

**Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und
Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen
Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit
türkischem Migrationshintergrund**

(Laufzeit: 10/2014-03/2017; Projektförderung: DRV Bund und vffr)

– Abschlussbericht –

Mitarbeiterinnen:

Tugba Aksakal (Technische Universität Chemnitz), Jana Langbrandtner (Universität zu Lübeck), Yüce Yilmaz-Aslan (Universität Bielefeld)

Projektleitung:

Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska
Technische Universität Chemnitz
Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften
Institut für Soziologie, Juniorprofessur für Epidemiologie
D-09107 Chemnitz
Telefon: 0371/531-36179
E-Mail: patrick.brzoska@soziologie.tu-chemnitz.de

PD Dr. Ruth Deck
Universität Lübeck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
Telefon: 0451/500-51211
E-Mail: ruth.deck@uksh.de

Prof. Dr. Oliver Razum
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Abt. Epidemiologie & International Public Health
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld
Telefon: 0521/106-3837
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

30.06.2017

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Migrationshintergrund machen einen großen Bevölkerungsteil in Deutschland aus. Sie arbeiten häufig in psychisch und physisch belastenden Berufen, was sich in höheren Arbeitsunfall-, Berufskrankheits- und Erwerbsminderungsraten widerspiegelt. Trotz eines erhöhten Rehabilitationsbedarfs werden rehabilitative Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen als von Menschen ohne Migrationshintergrund. Zudem zeigen sich bei dieser Bevölkerungsgruppe ungünstigere Rehabilitationsergebnisse sowie eine geringere Versorgungszufriedenheit.

Unerfüllte Versorgungserwartungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation und eine daraus resultierende Unzufriedenheit mit der Versorgung können sich nachteilig auf die Wirksamkeit von rehabilitativen Angeboten bei Menschen mit Migrationshintergrund auswirken. Um diesen eine bedürfnisgerechtere Gesundheitsversorgung anzubieten und bessere Versorgungsergebnisse zu erzielen, wurden im Laufe der letzten Jahre unterschiedliche Maßnahmen entwickelt. Bisher ist unklar, welche migrationssensiblen Maßnahmen, mit denen die Rehabilitation bedarfs- und bedürfnisgerechter gestaltet werden könnte, in Rehabilitationseinrichtungen zum Einsatz kommen.

Ziel der VeReMi-Studie war es, die Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund in Bezug auf den Rehabilitationsprozess zu untersuchen. Darüber hinaus sollten bestehende Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund sowie hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ermittelt werden.

Methodik: Mit Hilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes und einem Triangulationsdesign wurden die Daten im Rahmen der Studie erhoben und analysiert. Die Datenerhebung fand parallel in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein statt. Vier Forschungszugänge kamen zur Beantwortung der Fragestellungen zum Einsatz: Um Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung zu erfassen, wurden Hausärzte/innen mittels leitfadengestützter Experteninterviews befragt. Zur Erhebung von Versorgungserwartungen aus Sicht von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund wurden leitfadengestützte Einzelinterviews in unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses durchgeführt. Bestehende Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund wurden mit einer quantitativen postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Parallel dazu wurde eine Dokumentenanalyse der Internetauftritte der befragten Rehabilitationskliniken hinsichtlich migrationssensibler Angebote durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse erfolgten leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitern/innen verschiedener Versorgungsbereiche der medizinischen Rehabilitation.

Ergebnisse: Bei türkeistämmigen Rehabilitanden/innen handelt es sich um eine sehr heterogene Patientengruppe. Dies spiegelt sich auch in der Erwartungshaltung und den Zielen der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund zu Beginn der Maßnahme wider. Die Erwartungshaltung scheint dabei stark vom Bildungsgrad, dem Krankheits-/Medizinverständnis der Rehabilitanden/innen und der zugrundeliegenden Indikation abhän-

gig zu sein. Den Studienergebnissen zufolge zeigen insbesondere Rehabilitanden/innen der ersten Generation hohe (teilweise unrealistische) Erwartungshaltungen zu Beginn der Rehabilitation (z.B. Gesundheit, Schmerzfreiheit).

Verständigungsprobleme stellen aus Sicht der Befragten die größte Herausforderung bei der Antragstellung sowie bei der Durchführung der Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund dar. Dabei führen nicht nur sprachliche Defizite seitens der Rehabilitanden/innen zu Kommunikationsschwierigkeiten, sondern auch persönliche und kulturbedingte Unterschiede wie beispielsweise ein anderes Krankheitsverständnis. Eine unzureichende Aufklärung über die bevorstehende Rehabilitation führt dabei zu meist unerfüllten Erwartungen, die die Zufriedenheit und den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden/innen verringern können. Einer migrationssensiblen Ausrichtung wird von den meisten befragten Einrichtungen ein hoher Stellenwert beigemessen. 83,6% der befragten Einrichtungen schätzen Migrations-sensibilität als wichtig/teilweise wichtig ein. Migrationssensible Maßnahmen kommen dennoch nur vereinzelt zum Einsatz. Rund 30% der Einrichtungen bieten nach eigenen Angaben keinerlei migrationssensible Maßnahmen an. Vor allem fehlende finanzielle Ressourcen werden als Hindernis bei der Implementierung von migrationssensiblen Konzepten angesehen (71%). Weitere Hürden liegen in strukturellen (32,7%) und organisatorischen (38,2%) Problemen.

Diskussion: Obwohl eine migrationssensible Versorgung von den befragten Rehabilitationseinrichtungen als wichtig erachtet wird und Menschen mit Migrationshintergrund in fast allen Einrichtungen zum Patientenprofil gehören, kommen entsprechende Maßnahmen nur unsystematisch zum Einsatz. Neben den oben genannten Gründen spielt auch die fehlende Sensibilität im Umgang mit persönlichen und kulturbedingten Herausforderungen auf Seiten des Personals eine zentrale Rolle. Zusammen genommen können sich diese Faktoren negativ auf den Zugang zur Rehabilitation, die Versorgungszufriedenheit sowie den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund auswirken. Um die bestehenden Barrieren, die bisher eine umfassende Implementierung solcher Angebote verhindern, zu überwinden, benötigen Rehabilitationseinrichtungen strukturelle und organisationale Unterstützung bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen, insbesondere von Kostenträgerseite. Vor dem Hintergrund beschränkter finanzieller Ressourcen müssen diese Maßnahmen kosteneffizient sein. Ein Diversity-Management-Konzept stellt hierfür eine vielversprechende Strategie dar.

Weiterer Forschungsbedarf: Um die Frage nach der Wirksamkeit migrationssensibler Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund und einem damit nachhaltigen Rehabilitationserfolg zu beantworten, wäre ein Anschlussprojekt erforderlich, welches in unterschiedlichen Projektphasen folgende Forschungsfragen adressiert:

1) In einem ersten Projekt werden bei Reha-Antragstellern mit Migrationshintergrund die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe erfasst. Hierfür soll ein Screeningfragebogen entwickelt werden, der u.a. (Sprach-)Barrieren und kulturelle Besonderheiten erfasst. Auf Basis der Ergebnisse des Screenings und anhand der Erkenntnisse des VeReMi-Projektes wird ein Konzept mit Handlungsanweisungen zur migrationssensiblen Versorgung für

Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Im Zentrum dieses Projektteils stehen die Überwindung von Hürden und Hindernissen bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

2) Im Rahmen eines zweiten Projektes soll das neu entwickelte Konzept in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen implementiert und auf Machbarkeit und Akzeptanz (Feasibility) geprüft werden.

3) In einem dritten Projekt werden die Wirksamkeit des Konzepts und sein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung des Reha-Erfolgs evaluiert. Parallel wird ein Manual für das Konzept erstellt (Transfer) und die für das Konzept erforderlichen Kosten erhoben, um auch auf Trägerseite die Bereitschaft zur Finanzierung entsprechender Angebote und Strukturen zu erhöhen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	2
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	8
1. Hintergrund	9
1.1 Theoretischer Rahmen und Relevanz	9
1.2 Stand der Forschung.....	9
1.3 Ziele und Fragestellung	12
2. Methodik	13
2.1 Studiendesign und -ablauf.....	13
2.2 Experteninterviews	13
2.2.1 Hauptzielgrößen.....	13
2.2.2 Leitfaden und Pretestung	13
2.2.3 Einschlusskriterien	14
2.2.4 Durchführung	15
2.2.5 Kategoriensystem	15
2.3 Patienteninterviews	17
2.3.1 Hauptzielgrößen.....	17
2.3.2 Leitfäden und Pretestung	17
2.3.3 Einschlusskriterien	18
2.3.4 Durchführung	18
2.3.5 Kategoriensystem	19
2.4 Postalische Befragung	20
2.4.1 Hauptzielgrößen.....	20
2.4.2 Fragebogenentwicklung und Messinstrumente.....	20
2.4.3 Datenerhebung	20
2.5 Dokumentenanalyse.....	21
2.5.1 Hauptzielgrößen.....	21
2.5.2 Datenaufbereitung.....	21
2.5.3 Kategoriensystem	22
2.6 Fokusgruppeninterviews	24
2.6.1 Hauptzielgrößen.....	24
2.6.2 Leitfaden und Pretestung	24
2.6.3 Durchführung	25
2.6.4 Kategoriensystem	26

2.7	Stichprobengröße/Powerkalkulation	27
2.8	Datenauswertung	27
2.8.1	Qualitative Daten.....	27
2.8.2	Quantitative Daten	28
2.8.3	Triangulation	28
2.9	Ethik und finanzielle Förderung	31
3.	Ergebnisse	32
3.1	Experteninterviews	32
3.1.1	Stichprobenbeschreibung.....	32
3.1.2	Kontakt zu Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund.....	32
3.1.3	Charakteristik türkischer Migranten/innen.....	33
3.1.4	Stellenwert der Rehabilitation.....	36
3.1.5	Informiertheit	38
3.1.6	Initiative zur Antragstellung und Motivation	40
3.1.7	Hürden und Hindernisse.....	41
3.1.8	Inanspruchnahme	45
3.1.9	Erwartungen und Ziele	46
3.1.10	Zufriedenheit	47
3.1.11	Wirksamkeit	49
3.1.12	Inanspruchnahme von Reha-Nachsorgeangeboten	50
3.1.13	Lösungsansätze	51
3.2	Patienteninterviews	55
3.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	55
3.2.2	Erfahrungen vor der Rehabilitation	56
3.2.3	Subjektive Erwartungen, Rehabilitationsziele	64
3.2.4	Zufriedenheit	75
3.2.5	Sprache und Versorgung	96
3.2.6	Kultur und Versorgung	100
3.2.7	Nachsorge.....	106
3.3	Postalische Befragung	109
3.3.1	Stichprobenbeschreibung und Partizipationsrate.....	109
3.3.2	Anteil behandelter Menschen mit Migrationshintergrund	110
3.3.3	Migrationsensible Ausrichtung.....	110
3.3.4	Mehrsprachige Angebote	111
3.3.5	Wahrgenommene Relevanz von Migrationssensibilität in der Rehabilitation ..	113
3.3.6	Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen	113

3.4	Dokumentenanalyse.....	114
3.4.1	Datenbasis	114
3.4.2	Migrationssensibilität	114
3.4.3	Migrationssensible Angebote	115
3.4.4	Mitarbeiter	116
3.4.5	Migrationssensible Projekte und Kooperation.....	116
3.4.6	Informationsangebot auf der Webseite	116
3.4.7	Usability	116
3.5	Fokusgruppeninterviews	117
3.5.1	Stichprobenbeschreibung.....	117
3.5.2	Charakteristik der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft	117
3.5.3	Informiertheit	120
3.5.4	Sprache und Kultur	122
3.5.5	Migrationssensibilität.....	136
3.5.6	Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Versorgungskonzepte	142
3.5.7	Fördernde Faktoren und Vorschläge.....	148
3.6	Triangulation der Ergebnisse.....	154
4.	Diskussion.....	158
4.1	Limitationen.....	158
4.2	Stärken der Studie.....	161
4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	161
4.4	Diskussion der Ergebnisse	166
4.5	Handlungsempfehlungen.....	176
4.6	Weiterer Forschungsbedarf	180
5.	Beteiligte, unterstützende Einrichtungen, Kooperationspartner.....	183
6.	Vorträge und Publikationen	184
7.	Literaturverzeichnis	185
8.	Anhang.....	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Rekrutierung von Hausärzten/innen	15
Tabelle 2:	Soziodemografische Charakteristika der Experten/innen	32
Tabelle 3:	Soziodemografische Charakteristika der qualitativ befragten Rehabilitanden/innen, absolute Anzahl	56
Tabelle 4:	Vorhandene Aspekte migrationssensibler Ausrichtung in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)	111
Tabelle 5:	Vorhandene mehrsprachige Angebote in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)	112
Tabelle 6:	Vorhandene migrationssensible Angebote bei der Unterbringung, Versorgung und Verpflegung in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)	112
Tabelle 7:	Wahrgenommene Relevanz von Migrationssensibilität in der Rehabilitation in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteile in %; n=55)	113
Tabelle 8:	Fokusgruppeninterviews - Stichprobenbeschreibung	117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kategoriensystem - Experteninterviews	16
Abbildung 2:	Kategoriensystem - Patienteninterviews	19
Abbildung 3:	Chronologischer Kategorienaufbau - Patienteninterviews	19
Abbildung 4:	Hauptkategorien – Patienteninterviews	19
Abbildung 5:	Arbeitsschritte der Dokumentenanalyse.....	22
Abbildung 6:	Kategoriensystem - Dokumentenanalyse.....	23
Abbildung 7:	Kategoriensystem – Fokusgruppeninterviews.....	26
Abbildung 8:	Mixed-methods-Triangulationsdesign - convergence model	29
Abbildung 9:	Triangulations-Codes.....	30
Abbildung 10:	Flow-Chart der Dokumentenanalyse.....	114

1. Hintergrund

1.1 Theoretischer Rahmen und Relevanz

Bedeutung des untersuchten Themas

Menschen mit Migrationshintergrund sind zu einem wichtigen Teil der Gesellschaft in Deutschland geworden. Dieser Bevölkerungsgruppe eine bedarfs- und bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung anzubieten, ist eine wichtige Aufgabe, der sich das Rehabilitationssystem und seine Institutionen stellen müssen. In Zukunft wird das noch wichtiger als heute sein. Auch bei der im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung jüngeren Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich ein demographischer Wandel feststellen (Razum et al. 2008). Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für altersbedingte (chronische) Erkrankungen. Hierdurch wird sich auch der Bedarf an Versorgungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe erhöhen und Institutionen der Rehabilitation vor veränderte Anforderungen stellen, auf die sie heute noch nicht eingestellt sind.

1.2 Stand der Forschung

Gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

In Deutschland besitzt fast ein Fünftel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2012). Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in gesundheitlicher Hinsicht von Menschen ohne Migrationshintergrund. So leiden insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufiger an bestimmten chronischen Erkrankungen, z.B. Diabetes mellitus, als Menschen ohne Migrationshintergrund gleichen Alters (Razum et al. 2008). Verfügbare Daten für die Teilgruppe der ausländischen Staatsangehörigen zeigen außerdem, dass diese Bevölkerungsgruppe häufiger von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung betroffen ist (Brzoska et al. 2013). Tertiärpräventiven Angeboten wie der medizinischen Rehabilitation kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da sie dazu beitragen können, durch Krankheit eingeschränkte körperliche und psychische Funktionen wiederherzustellen oder die Verschlimmerung bereits eingetretener Erkrankungen zu verhindern. Dadurch leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Sicherung gesellschaftlicher Teilhabechancen. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation allerdings deutlich seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund (Brzoska et al. 2010b; Voigtländer et al. 2013; Brause et al. 2012). Bei denjenigen Menschen mit Migrationshintergrund, die die Rehabilitation nutzen, werden im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ungünstigere rehabilitative Ergebnisse beobachtet. Das wird zum Beispiel an dem Risiko einer Erwerbsminderungsrente nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation deutlich (Brzoska & Razum 2012; Brause et al. 2012; Mösko et al. 2011).

Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der rehabilitativen Versorgung

Sowohl bei der Inanspruchnahme als auch dem Ergebnis der medizinischen Rehabilitation ist der Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund dabei nicht allein durch den Einfluss soziodemographischer und gesundheitlicher Faktoren zu erklären (Brzoska et al. 2010b; Brzoska & Razum 2012; Brause et al. 2012, Brzoska et al. 2016a). Zwei qualitative Studien, in denen Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und Personal von Rehabilitationseinrichtungen mittels Experten- bzw. Fokusgruppeninterviews befragt wurden, untersuchten Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, die über diese Faktoren hinausgehen (Brzoska et al. 2010a; Brause et al. 2010). Die Untersuchungen zeigen, dass neben Problemen mit der deutschen Sprache und unzureichend berücksichtigten kulturellen Besonderheiten, z.B. im Bereich subjektiver Krankheitsvorstellungen, unerfüllte Versorgungserwartungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation und eine daraus resultierende Unzufriedenheit mit der Versorgung maßgeblich die Wirksamkeit von Angeboten bei Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen können. Bei Versorgungserwartungen handelt es sich um ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt, das die Bedürfnisse, Wünsche und Antizipationen von Patienten/innen im Hinblick auf unterschiedliche Komponenten und Phasen ihrer Behandlung, einschließlich ihrer Therapieergebnisse, umfasst (Thompson & Suñol 1995). Unerfüllte Versorgungserwartungen hinsichtlich der Gestaltung von Rehabilitationsangeboten und des Ablaufs des Rehabilitationsprozesses können auch dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund rehabilitative Angebote nur mit großen Vorbehalten oder gar nicht erst in Anspruch nehmen – z.B., weil sie befürchten, dass Behandlungen nur gemischtgeschlechtlich angeboten werden (Brzoska et al. 2010a; Brause et al. 2010).

Im Zusammenhang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der rehabilitativen Versorgung stellen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund eine Bevölkerungsgruppe mit besonderer Vulnerabilität dar. Zum einen zeigen Auswertungen von Routinedaten, dass sie deutlich ungünstigere Rehabilitationsergebnisse als der Durchschnitt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aufweisen (Brzoska et al. 2010b; Brzoska & Razum 2012; Brzoska et al. 2016a) und auch unzufriedener mit ihrer Versorgung sind (Brzoska & Razum 2012). Vergleichbare Beobachtungen wurden in anderen Versorgungsbereichen wie der Geburtshilfe gemacht (Borde et al. 2002).

Während rehabilitative Versorgungserwartungen bei Rehabilitanden/innen unterschiedlicher Indikationen bereits im Fokus bisheriger Forschung standen (Deck 1999; Deck 2005; Deck et al. 2000; Deck & Bischof 2002), ist über die genaue Ausprägung von Versorgungserwartungen auf Seiten von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und insbesondere bei Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund bisher nur wenig bekannt. Vor allem ist unklar, wie sich Versorgungserwartungen in den einzelnen Phasen der Rehabilitation darstellen. Zu berücksichtigen sind dabei die Zeit vor der Antragstellung, die Zeit von der Bewilligung bis zum Antritt der Rehabilitation, der Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung sowie die Nachsorge. Diese vier Phasen gehen mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen einher, beispielsweise im Hinblick auf die Vorbereitung zur Rehabilitation oder die Verstetigung des Rehabilitationsergebnisses in der Nachsorge. Im

Rahmen der durchgeführten Studie wurden diese Phasen jeweils durch unterschiedliche methodische Zugänge abgedeckt. Auf Grund ihres großen Anteils in der Bevölkerung und ihrer Vulnerabilität für Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung (siehe oben) wurde dabei insbesondere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund fokussiert.

Notwendigkeit migrationssensibler Angebote

Einige Einrichtungen der rehabilitativen Versorgung haben in den vergangenen Jahren vereinzelte migrationsspezifische Angebote geschaffen, die das Ziel verfolgen, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarfs- und bedürfnisgerechter zu gestalten und Versorgungserwartungen hierdurch besser zu adressieren. Beispiele umfassen das Vorhalten von Informationsmaterial in den Muttersprachen der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sowie das Angebot von Speisen, die gemäß religiöser Speisevorschriften zubereitet wurden. Diese Angebote haben jedoch den Nachteil, dass sie sehr selektiv sind, da sie nur einem kleinen Teil der vielfältigen Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund begegnen. Außerdem sind sie nicht ergebnis evaluiert und können auch keine flächendeckende nutzerorientierte Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund sicherstellen, da sie ihrer Heterogenität und Dynamik nicht gerecht werden. So wandern vermehrt „neue“ Migranten/innen (z.B. aus Asien oder Afrika) nach Deutschland zu, wodurch die Bevölkerung der Menschen mit Migrationshintergrund zunehmend vielfältiger wird (Brzoska et al. 2012). Es ist davon auszugehen, dass diese neuen und damit weniger etablierten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund wie Menschen türkischer Herkunft zahlreichen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung begegnen (Schenk et al. 2009; Prasad 2009). Die Schaffung migrationsspezifischer Versorgungsangebote in der Rehabilitation, die versuchen, die Versorgungserwartungen einzelner Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zu adressieren, stößt hierbei verständlicherweise schnell an ihre Grenzen. Statt neue migrationsspezifische Angebote zu schaffen, muss es daher das Ziel sein, bestehende Angebote migrationssensibel auszurichten. Ziel ist es hierbei, Institutionen für die Vielfalt von Bedürfnissen und Bedarfen zu sensibilisieren, um dadurch die Versorgungserwartungen aller Menschen mit Migrationshintergrund adressieren zu können (Geiger & Razum 2012; Brzoska et al. 2012). Idealerweise sollte diese Migrationssensibilität als Teil eines umfassenden Diversity Managements implementiert werden. Hierdurch ist es möglich, der Tatsache Rechnung zu tragen, dass sich Bedürfnisse und Bedarfe nicht nur zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden, sondern ebenso von anderen Diversitätsmerkmalen wie dem Alter, dem Geschlecht oder der sozialen Lage abhängen (Brzoska et al. 2012). Durch die Implementierung von Strategien des Diversity Managements in gesundheitliche Versorgungsangebote kann die Versorgung aller Nutzer/innen bedarfs- und bedürfnisgerechter gestaltet werden (Geiger 2006; Gordin 2011; Meyer et al. 2014; Brzoska & Razum 2017).

Neben mangelndem Wissen über die Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund ist jedoch ebenso wenig bekannt, inwiefern sich

Rehabilitationseinrichtungen überhaupt in der Lage sehen, ihre bestehenden Angebote migrationssensibel auszurichten und wo fördernde und hindernde Faktoren der Implementierung migrationssensibler Versorgungsansätze liegen. Eingeschränkte Umsetzungspotenziale könnten eine wichtige Ursache dafür sein, dass verfügbare migrationssensible Ansätze wie Diversity Management in Rehabilitationseinrichtungen bisher kaum zur Anwendung kommen (Geiger & Razum 2012; Brzoska et al. 2012; Brzoska & Razum 2017).

1.3 Ziele und Fragestellung

Ziel des VeReMi-Projekts war es vor diesem Hintergrund zum einen, die Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund in Bezug auf den Rehabilitationsprozess aus unterschiedlichen Perspektiven und unter Anwendung eines Methoden-Mix zu untersuchen. Hierbei sollten alle Phasen der Rehabilitation berücksichtigt werden, auch Probleme bei der Antragstellung. Zum anderen sollten bestehende Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund sowie hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation untersucht werden.

Die Erkenntnisse der durchgeführten Studie fließen in die Formulierung von Handlungsempfehlungen darüber ein, wie die Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund besser berücksichtigt werden können. Die Handlungsempfehlungen sollen dabei alle Phasen der Rehabilitation umfassen und sich daher nicht nur auf Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch auf Hausärzte/innen beziehen, die eine wichtige Rolle beim Zugang von Patienten/innen zur Rehabilitation spielen. Gleichzeitig sprechen wir Empfehlungen aus, wie mit Faktoren in Einrichtungen umgegangen werden kann, die sich hinderlich auf die Implementierung von migrationssensiblen Strategien auswirken. Das Projekt leistet dadurch einen wichtigen Beitrag zu einer nutzerorientierteren und zielgruppensensibleren rehabilitativen Versorgung. Seine Bedeutung spiegelt sich nicht zuletzt darin wider, dass auch Institutionen der Forschungsförderung in der Rehabilitation die Relevanz von Studien im Bereich Migration und Rehabilitation erkannt haben. Beispielsweise hat der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) die Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund zu einem prioritären Förderthema im Jahr 2013 erklärt.

2. Methodik

2.1 Studiendesign und -ablauf

Die Fragestellung des Projektes wurde mittels vier Forschungszugängen bearbeitet, in denen jeweils qualitative oder quantitative Erhebungsmethoden zum Einsatz kamen. Beim quantitativen Studienabschnitt erfolgte eine postalische Befragung von Rehabilitationseinrichtungen mit einem standardisierten Fragebogen (s. Kapitel 2.4). Neben diesem quantitativen Studienteil gab es weitere qualitative Studienabschnitte mit offenen leitfadengestützten Interviews/Fokusgruppen mit unterschiedlichen Personen (Hausärzte/innen, Rehabilitanden/innen, Mitarbeiter/innen von Reha-Kliniken) sowie eine Dokumentenanalyse.

Das VeReMi-Projekt wurde gemeinschaftlich von der Universität Bielefeld, der Universität Lübeck und der TU Chemnitz durchgeführt. Die Datenerhebung fand in zwei Bundesländern Deutschlands (Nordrhein-Westfalen: NRW und Schleswig-Holstein: SH) statt, wodurch sich unterschiedliche Kontrastierungsebenen ergeben. Bei den beiden Bundesländern handelt es sich um Regionen mit einer jeweils unterschiedlichen Zuwanderungsgeschichte und unterschiedlichen Bevölkerungsprofilen, die mit jeweils anderen Herausforderungen für regionale Anbieter von Rehabilitationsleistungen einhergehen. Da sich die regionalen Bevölkerungsprofile unterscheiden, ist zu erwarten, dass Rehabilitationseinrichtungen in den genannten Bundesländern auch mit den Herausforderungen einer vielfältiger werdenden Bevölkerung anders umgehen. Die kontrastierende Betrachtung im Rahmen des Projektes erlaubt es, diesbezüglich unterschiedliche Strategien zu identifizieren, sie gegenüberzustellen und zusammenzuführen. Hierdurch sollten Erkenntnisse für die Implementierung einer migrations-sensiblen Versorgung abgeleitet werden.

2.2 Experteninterviews

2.2.1 Hauptzielgrößen

Als Zielgrößen der qualitativen Befragung von Hausärzten/innen wurden die Hürden und Hindernisse, denen Menschen mit Migrationshintergrund aus Sicht der Befragten bei der Beantragung einer Rehabilitation begegnen, untersucht. Die Befragten wurden u.a. danach gefragt, welche Erfahrungen sie mit der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit der Beantragung einer Rehabilitation gemacht haben, mit welchen Fragen sie konfrontiert werden und welche Antworten sie darauf finden.

2.2.2 Leitfaden und Pretestung

Leitfadeninterviews sind ein Oberbegriff für eine bestimmte Art und Weise der qualitativen Interviewführung. Der Interviewverlauf wird bestimmt durch einen vorgegebenen Themenweg. Anhand des Themenwegs wird mithilfe des Gesprächsleitfadens gewährleistet, dass

bestimmte Themen während des Interviews behandelt werden. Wie, wann und auf welche Weise die Befragten diese thematischen Interessen behandeln, obliegt ihnen ganz allein (Kruse 2014). Die Anwendung eines Leitfadens hilft bei der Fokussierung auf den Themenschwerpunkt. Auch ermöglicht ein Leitfaden, im Hinblick auf die Datenauswertung, einen inhaltlichen (thematischen) Vergleich der Experteninterviews (Meuser & Nagel 2005). Die Experteninterviews wurden daher als Leitfadeninterviews geplant und mittels eines Gesprächsleitfadens strukturiert.

Der Leitfaden für die Interviews mit Hausärzten/innen wurde von der Arbeitsgruppe entwickelt und mit dem Beirat beim Kick-off-Treffen diskutiert, anschließend überarbeitet und pregetestet.

Der entwickelte Leitfaden enthält verschiedene Themenbereiche und basiert auf Erfahrungen, Vorwissen aus anderen Studien im Bereich medizinische Rehabilitation und Migration sowie theoretischen und konzeptionellen Überlegungen, die für die Fragestellung von Relevanz sind. Der entwickelte Leitfaden beinhaltet folgende Themenbereiche:

- 1) Charakteristik von Patienten/innen türkischer Herkunft
- 2) Informationen und Stellenwert
- 3) Gründe für Rehabilitation und Initiierung von Reha-Leistungen
- 4) Antragstellung und Zugang zur Rehabilitation – Inanspruchnahme (Hürden und Hindernisse)
- 5) Erwartungen der Patienten an die Reha
- 6) Zufriedenheit und Wirksamkeit
- 7) Nachsorge
- 8) Verbesserungsvorschläge

Um zu prüfen, ob die Leitfragen die angezielten Themenbereiche erfassen und diese verständlich formuliert sind, erfolgte eine Pretestung des Interviewleitfadens. Im Januar 2015 wurde mit einer türkischen Hausärztin, den Einschlusskriterien entsprechend, ein Pretest durchgeführt. Der Pretest ergab, dass die relevanten Themenbereiche im Leitfaden abgedeckt werden und die Fragen verständlich formuliert sind. Für einen optimalen Gesprächsfluss wurde die Reihenfolge einiger (Leit-)Fragen angepasst. Der Leitfaden ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

2.2.3 Einschlusskriterien

Niedergelassene Ärzte/innen stellen für Patienten/innen wichtige Ansprechpartner/innen bei der Beantragung einer Rehabilitation dar. Erfahrungen aus früheren Untersuchungen zeigen, dass sie wertvolle Erkenntnisse über Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung liefern können (Brzoska et al. 2010a). Um Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung zu erfassen, waren sechs leitfadengestützte Experteninterviews mit Hausärzten/innen geplant (Bogner et al. 2009). Hierbei sollten Ärzte/innen interviewt werden, die eine jeweils unterschiedliche

Einbindung in die türkische Community haben (u.a. Ärzte/innen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund, die einen großen Stamm an Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund haben, sowie Ärzte/innen, die nur vereinzelt Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund behandeln [Einschlusskriterien]). Diese Kontrastierung ist wichtig, da Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur Ärzte/innen aufsuchen, die den gleichen Migrationshintergrund oder viel Erfahrung in der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund haben. Insbesondere in Arztpraxen, die nur vereinzelt Menschen mit Migrationshintergrund behandeln, kann es zu Schwierigkeiten bei der Beantragung einer rehabilitativen Maßnahme kommen.

2.2.4 Durchführung

Für die Rekrutierung von Hausärzten/innen wurden in der Zeit von Dezember 2014/Januar 2015 über verschiedene Internetportale z.B. www.arztindex.de und Ärztenetze Ärzte/innen in den untersuchten Regionen mit den angezielten Einschlusskriterien recherchiert. Diesen wurde beim Erstkontakt per Telefon die Studie kurz vorgestellt. Interessierte Ärzte/innen erhielten anschließend einen Studienflyer mit ausführlichen Informationen (s. Anhang 2) sowie die Einwilligung zur Teilnahme (s. Anhang 3) an der Studie. Die Terminvereinbarung erfolgte telefonisch oder per E-Mail. In der Zeit von Februar bis März 2015 wurden in NRW und SH insgesamt zehn Interviews (NRW: 5 und SH: 5) per Telefon oder auch persönlich durchgeführt. Es war notwendig, zehn statt der vorgesehenen sechs Interviews durchzuführen, um einerseits die Einschlusskriterien (unterschiedliche Einbindung in die türkische Community) zu erfüllen und andererseits eine Informationssättigung zu erreichen. Die Interviews erfolgten in SH auf Deutsch und in NRW auf Deutsch und Türkisch. Tabelle 1 gibt einen Überblick zur Rekrutierung von Hausärzten/innen im Rahmen der Studie.

Tabelle 1: Rekrutierung von Hausärzten/innen

	Nordrhein-Westfalen	Schleswig-Holstein
kontaktiert	17	68
N	5	5
weiblich	2	2
mit Migrationshintergrund	4	2

2.2.5 Kategoriensystem

Im Rahmen eines deduktiven Verfahrens wurden aus den theoretischen Explorations Hauptkategorien abgeleitet (Mayring 2007). Diese Kategorien wurden im vorliegenden Forschungsbericht in Anlehnung an die inhaltliche Strukturierung des Interviewleitfadens festgelegt. In einem anschließenden induktiven Verfahren wurden von den beteiligten Projektmitar-

beitern/innen aus dem qualitativen Datenmaterial weitere Kategorien generiert, diskutiert und konsentiert (Kuckartz 2008). Insgesamt wurde auf diese Weise ein Kategoriensystem mit 12 Hauptkategorien und 32 Subkategorien auf zweiter Ebene erarbeitet (s. Abbildung 1).

Eine detaillierte Beschreibung der Kategoriengenerierung und qualitativen Datenauswertung erfolgt im Kapitel 2.8.1.

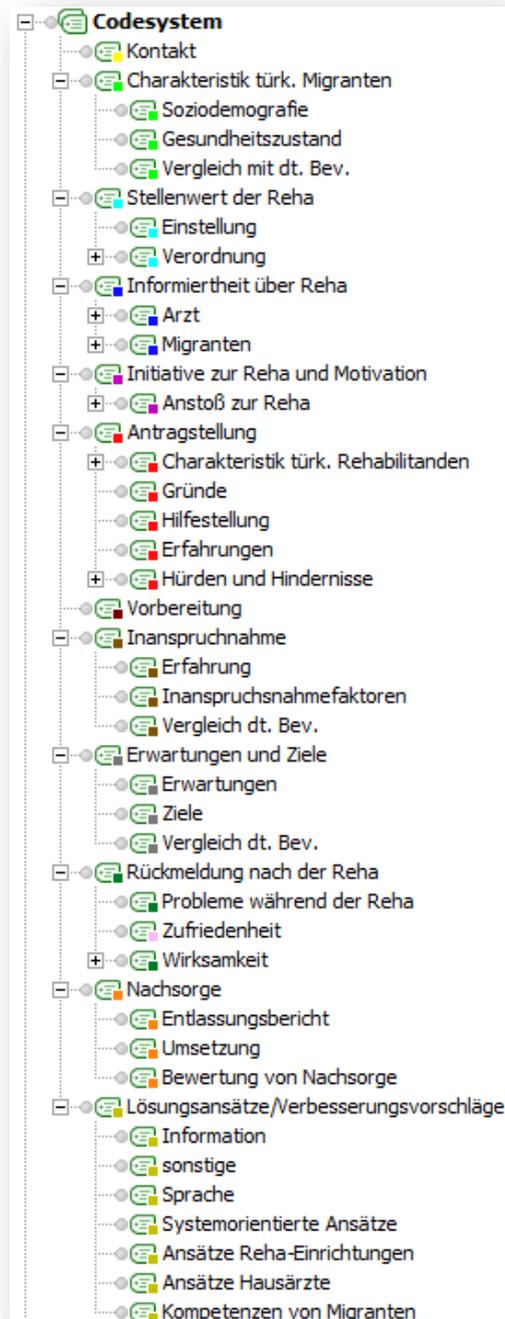


Abbildung 1: Kategoriensystem - Experteninterviews

2.3 Patienteninterviews

2.3.1 Hauptzielgrößen

Mittels Einzelinterviews mit Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund wurden die Versorgungserwartungen dieser Bevölkerungsgruppe bezüglich der Rehabilitation leitfadenbasiert erhoben. Rehabilitanden/innen wurden hierbei u.a. nach ihren Erwartungen im Hinblick auf die ärztliche, pflegerische und psychologische Betreuung, auf die Rehabilitationsplanung/-zielsetzung, Unterbringung, Verpflegung, Beratung, die Art und den Umfang von Angeboten, den Therapieablauf, das Rehabilitationsergebnis, auf eine mögliche Berentung und die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation befragt.

2.3.2 Leitfäden und Pretestung

Um die Erfassung der Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund in unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses zu erfassen, wurden Leitfadeninterviews gewählt.

Die Leitfäden für die Befragung von Rehabilitanden/innen wurden vom Projektteam entwickelt, während des Kick-off-Treffens mit dem Beirat diskutiert und anschließend überarbeitet (siehe Anhang 4). Die Erstellung der Leitfäden orientierte sich dabei am Ablauf der Rehabilitation (T0: zu Beginn der Reha, T1: am Ende der Reha, T2: 1 Monat nach der Reha/Nachsorge). Somit zeichnen sich diese durch einen Prozesscharakter aus. Die entwickelten Leitfäden enthalten verschiedene Themenbereiche und basieren auf Vorwissen aus früheren Studien und Erfahrungen. In die Leitfäden flossen unter anderem Dimensionen des Fragebogens zu rehabezogenen Erwartungen und Motivation (FREM-17) ein (Deck 1999).

Die Patienten-Leitfäden beinhalten folgende Themenbereiche:

- 1) Erfahrungen vor der Reha
- 2) Subjektive Erwartungen, Rehabilitationsziele
- 3) Versorgungswünsche an die Reha
- 4) Zufriedenheit
- 5) Sprache und Versorgung (Verständigungs- und Verständnisprobleme)
- 6) Kultur und Versorgung

Im Rahmen der T1- und T2-Befragungen wurden zusätzliche Aspekte „Wirksamkeit“, „Barrieren und Lösungsansätze“ und „Reha-Nachsorge“ erfragt.

Die überarbeiteten Leitfäden wurden Ende April 2015 mit zwei Rehabilitanden/innen pregetestet. Die Pretestung hat ergeben, dass die Leitfäden in der vorliegenden Form eingesetzt werden können.

2.3.3 Einschlusskriterien

Die leitfadengestützten Einzelinterviews wurden mit Nutzern/innen der Rehabilitation in unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses durchgeführt, wobei exemplarisch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der orthopädischen Rehabilitation fokussiert wurden. Einbezogen wurden türkische und deutsche Staatsangehörige, die selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil in der Türkei geboren wurde, sowie Menschen, die Türkisch als Muttersprache angaben. Diese Einschlusskriterien wurden im Laufe der Erhebung aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten auf einen weiteren Indikationsbereich (Kardiologie) erweitert. Darüber hinaus wurden neben Rehabilitanden/innen im Heilverfahren auch Rehabilitanden/innen in der Anschlussheilbehandlung befragt.

2.3.4 Durchführung

Die Rekrutierung von Rehabilitanden/innen erfolgte in Kooperation mit den beteiligten Kliniken in NRW und SH in der Zeit von Mai 2015 bis Januar 2016. In NRW wurden die Rehabilitanden/innen in der MEDIAN-Klinik in Bad Salzuflen und in der Salzetalklinik in Bad Salzuflen rekrutiert. In SH wurden die Rehabilitanden/innen in der Mühlenbergklinik in Bad Malente, in der Vital-Klinik (Klinik Buchenholm) in Bad Malente, in der Asklepios Klinik am Kurpark in Bad Schwartau und in der Reha-Klinik Damp rekrutiert. Der Migrationshintergrund wurde durch eine mündliche Abfrage der Einschlusskriterien ermittelt. Die Rekrutierung der Rehabilitanden/innen in den Kliniken erfolgte über Kontaktpersonen (Mitarbeiter/innen). Diese informierten potentielle Teilnehmer zu Beginn der Rehabilitation über die Studie und luden zur Studienteilnahme ein. Bei Interesse erhielten die Rehabilitanden/innen einen Flyer, der ausführlich über die Studieninhalte und den Ablauf informierte (s. Anhang 5). Für Rehabilitanden/innen, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, wurde über die Therapieplanung ein Termin für das erste Interview innerhalb der ersten drei Tage vereinbart.

Die Befragungen zu den Zeitpunkten T0 und T1 fanden in den Rehabilitationseinrichtungen statt. Die Befragung zum Zeitpunkt T2 fand ca. vier Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung statt. Die Interviews wurden in SH überwiegend in deutscher Sprache (ein Interview auf Türkisch) und in NRW in deutscher und türkischer Sprache durchgeführt. In NRW konnten bis Ende September 2015 18 Rehabilitanden/innen befragt werden, 16 Rehabilitanden/innen nahmen an allen drei Interviews teil. In SH wurden insgesamt 14 Rehabilitanden/innen bis November 2015 befragt, 12 erklärten sich zur Teilnahme an allen drei Interviews bereit. Das Rekrutierungsziel wurde damit erreicht.

Die Rehabilitanden/innen wurden zu Beginn der Befragung über den Datenschutz und die Anonymisierung der erhobenen Informationen aufgeklärt. Darüber hinaus wurden sie darum

gebeten, soziodemografische Daten, darunter Angaben zum Geschlecht, Alter und Beruf anzugeben.

Die Länge der Interviews umfasste bei der T0-Befragung ca. 40 Minuten, bei der T1-Befragung ca. 30 Minuten und bei T2-Befragung ca. 20 Minuten.

2.3.5 Kategoriensystem

Die Ableitung des Kategoriensystems zur Auswertung der Patienteninterviews erfolgte vorerst deduktiv auf Basis der erarbeiteten Interviewleitfäden mit anschließender ergänzender induktiver Kategoriengenerierung aus dem erhobenen Datenmaterial. Um die Bewertung verschiedener interessierender Aspekte aus Sicht von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund in den unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses zu berücksichtigen, wurde für die Auswertung des erhobenen qualitativen Datenmaterials aller drei Patienteneinzelinterviews ein Kategoriensystem erarbeitet. Die vier Hauptkategorien wurden hierbei aus dem chronologischen Ablauf des Rehaprozesses abgeleitet (s. Abbildung 3). Neben den Hauptkategorien wurden für weitere Subkategorien wie beispielsweise für die Kategorie „Erwartungen“ Unterkategorien für die verschiedenen Messzeitpunkte - zu Beginn der Rehabilitation (T0), am Ende der Rehabilitation (T1) und 3 Monate nach der Rehabilitation (T2) - ergänzt (s. Abbildung 4). Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, Veränderungen in der Erwartungshaltung, Bewertung oder auch Zufriedenheit der befragten Personen im Hinblick auf rehabezogene Aspekte zu erfassen. Das ausdifferenzierte Kategoriensystem zeigt Abbildung 2.

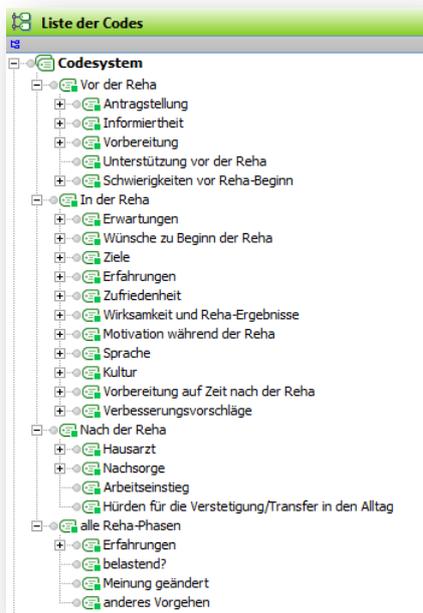


Abbildung 4: Hauptkategorien – Patienteninterviews



Abbildung 2: Kategoriensystem - Patienteninterviews

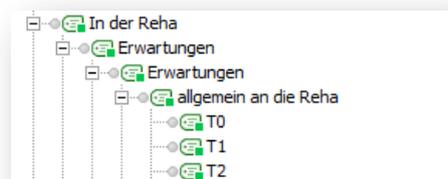


Abbildung 3: Chronologischer Kategorienaufbau - Patienteninterviews

Eine detaillierte Beschreibung der Kategoriengenerierung und der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt im Kapitel 2.8.1.

2.4 Postalische Befragung

2.4.1 Hauptzielgrößen

Im Rahmen der quantitativen postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen wurde die Erhebung von Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Identifizierung von hindernden und fördernden Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in diesen Einrichtungen angezielt.

2.4.2 Fragebogenentwicklung und Messinstrumente

Die Inhalte des Erfassungsbogens wurden auf Basis bestehender Standards/Empfehlungen einer migrationssensiblen Versorgung (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015; Blum & Steffen 2012) sowie eigener Vorarbeiten (Brzoska & Razum 2015; Brzoska et al. 2010a; Brzoska et al. 2012) erstellt. Sie umfassen die wahrgenommene Relevanz von Migrationssensibilität in der Einrichtung, deren Implementierung in der strategischen und strukturellen Ausrichtung der Einrichtung sowie die Umsetzung von migrationssensiblen Maßnahmen bei der Unterbringung, Versorgung und Verpflegung von Rehabilitanden/innen (siehe Anhang 6).

Darüber hinaus wurde mit dem Fragebogen der Anteil Behandelter mit Migrationshintergrund sowie wahrgenommene Hürden bei der Implementierung migrationssensibler Maßnahmen erhoben. Der Fragebogen umfasst insgesamt sechs Seiten und wurde vor dem Einsatz mit Hilfe von zwei Klinikvertreter/innen pregetestet. Neben allgemeinen Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Studie informierte ein Beiblatt zum Fragebogen Befragte darüber, welche Bevölkerungsgruppe mit Menschen mit Migrationshintergrund gemeint ist, sowie, was unter Migrationssensibilität verstanden wird.

Der Fragebogen, der für die postalische Befragung im Rahmen der Studie entwickelt wurde, erhebt u.a. das Vorhandensein von diversitäts-/migrationssensiblen Leitbildern, die Beschäftigung von Personal mit Migrationshintergrund in unterschiedlichen Versorgungsbereichen, das Angebot von Weiterbildungsangeboten im Bereich interkultureller Handlungskompetenz für Mitarbeiter/innen, die Beschäftigung von Diversitybeauftragten sowie die in Einrichtungen zur Verfügung stehenden Maßnahmen für den Umgang mit der Vielfalt von (migrationsspezifischen) Bedürfnissen und Bedarfen.

2.4.3 Datenerhebung

Über die Datenbank www.rehakliniken.de wurden im Februar 2015 die Kontaktadressen sowie Telefonnummern aller orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen in NRW und SH recherchiert, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden. Insgesamt konnten

dort 122 solcher Einrichtungen identifiziert werden (92 in NRW und 30 in SH). Von jeder Einrichtung wurde die Verwaltungs- und ärztlichen Leitungen im März 2015 postalisch kontaktiert und in einem Anschreiben um die Beantwortung des Erfassungsbogens (s. Anhang 7) gebeten. Eine telefonische Kontaktierung, der nicht antwortenden Einrichtungen mit der Bitte um Beantwortung des Fragebogens oder der Angabe von Gründen für die Nichtteilnahme, erbrachte keine zusätzlichen Informationen.

2.5 Dokumentenanalyse

2.5.1 Hauptzielgrößen

In Ergänzung zu den anderen Forschungszugängen der VeReMi-Studie sollte die Dokumentenanalyse zu einem umfassenderen Bild bei der Bewertung der Migrationssensibilität in rehabilitativen Versorgungseinrichtungen beitragen.

Im Rahmen der Analyse sollte u.a. untersucht werden, inwieweit sich Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund in der Außendarstellung rehabilitativer Einrichtungen widerspiegeln. In der vorliegenden Studie wurden hierfür bewusst Webseiten von Rehabilitationseinrichtungen untersucht, da sich die Einrichtungen auf diesen der Öffentlichkeit präsentieren und über Inhalte informieren. Angezielt wurde die Identifizierung von implementierten migrationssensiblen Versorgungsstrategien und -konzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, exemplarisch für Menschen türkischer Herkunft.

2.5.2 Datenaufbereitung

Die Dokumentenanalyse wurde parallel zur postalischen Befragung durchgeführt. In die Analysen wurden ausschließlich die Webseiten der in der postalischen Befragung angeschriebenen Rehabilitationskliniken einbezogen.

Über vier verschiedene Portale (www.rehakliniken.de, www.medfuehrer.de, www.kurklinikverzeichnis.de, www.deutsche-rentenversicherung.de) wurden die Webseiten der orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen in NRW und SH recherchiert. Einrichtungen, die nicht von der DRV belegt werden sowie ambulante Einrichtungen wurden von der Analyse ausgeschlossen. Nach Vorlage der Suchergebnisse wurden die identifizierten Webseiten mit Verlinkungen, Grafiken, Newslettern, Qualitätsberichten, Bildern, Videos und Downloads originalgetreu mit der freien Software WinHTTrack lokal auf der Festplatte gespeichert. WinHTTrack bietet die Möglichkeit, mehrere Webseiten zeitgleich lokal zu speichern. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass Internetauftritte zu einem Zeitpunkt gesichert werden können, die gespeicherten Webseiten gegenüber Veränderungen stabil sind und jederzeit originalgetreu im Browser aufgerufen werden können.

Im Anschluss an die lokale Speicherung erfolgte die Aufbereitung der gesicherten Webseiten mit dem PDFCreator. Über diesen wurde jeder einzelne lokal gespeicherte Internetauftritt zuzüglich aller Unterseiten und Verlinkungen in ein PDF-Dokument konvertiert.

Für die qualitative Textanalyse wurden die erzeugten PDF-Dokumente je Einrichtung in einem letzten Schritt in MAXQDA überführt.

Die systematische Vorgehensweise im Rahmen der Dokumentenanalyse zeigt Abbildung 5.

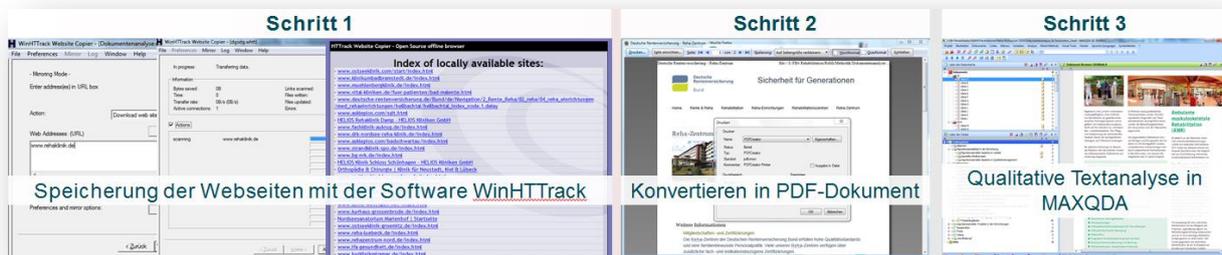


Abbildung 5: Arbeitsschritte der Dokumentenanalyse

Die Analyse der qualitativen Daten der Dokumentenanalyse erfolgte anschließend anhand einer Globalauswertung (Legewie 1994) mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 2010).

2.5.3 Kategoriensystem

Die Generierung der Kategorien erfolgte in erster Linie auf Grundlage der Aspekte der quantitativen Befragung. Die Generalisierung von weiteren Haupt- und Unterkategorien resultierte anschließend aus den eingeschlossenen Dokumenten. Abbildung 6 zeigt das ausdifferenzierte Kategoriensystem.



Abbildung 6: Kategoriensystem - Dokumentenanalyse

Um eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien des erarbeiteten Kategoriensystems vornehmen zu können, wurden Definitionen sowie Ankerbeispiele für jede einzelne Kategorie beschrieben.

Da es sich bei den untersuchten Dokumenten um keine inhaltlich zu interpretierenden Textpassagen wie bei der Inhaltsanalyse von Interviews handelt, war eine doppelte Kodierung des Datenmaterials nicht erforderlich. Zur Überprüfung der Ergebnisse wurde jedes dritte PDF-Dokument (N=16) von zwei Personen unabhängig voneinander kodiert. Anschließend erfolgte ein Abgleich der zugeordneten Codings. Im Anschluss an die Kodierung und die Überprüfung der Zuordnungen wurden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Fragestellung und des zu Grunde gelegten Kategoriensystems ausgewertet.

2.6 Fokusgruppeninterviews

2.6.1 Hauptzielgrößen

Der Interviewleitfaden für die Fokusgruppeninterviews wurde unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen erstellt. Er ist darauf ausgerichtet, vertiefende Einblicke in hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten.

2.6.2 Leitfaden und Pretestung

Für die Befragung des Gesundheitspersonals wurde ein Leitfaden erstellt. Dieser entspricht den Richtlinien der qualitativen Forschungsmethode und sollte als Gesprächsleitfaden, aber auch als „roter Faden“ im Befragungsprozess dienen (Kaufmann 1999). Die Fragen und Themenblöcke des Leitfadens basieren auf den Ergebnissen der quantitativen Befragung des VeReMi-Projekts und darüber hinaus auf vorherigen Erfahrungen und Studien zum Thema Migration und Rehabilitation. Auch der jeweilige Zustand der Klinik, z. B. subjektiv vom Gesundheitspersonal wahrgenommene Schwierigkeiten, die durch persönliche oder kulturelle Unterschiede der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund entstehen können, oder aber auch bereits implementierte migrationssensible Versorgungskonzepte in der Klinik, wurde erfasst. Der Leitfaden wurde in insgesamt fünf Kategorien aufgeteilt (siehe Anhang 8). Anhand dieser Themenblöcke fand auch die Auswertung statt. Die Leitfadenkategorien sind folgende:

- Sprache und Kommunikation
- Kultur und Kommunikation
- Bestehende Migrationssensibilität in der Rehabilitationseinrichtung
- Migrationssensible Versorgung
- Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte

Die Pretestung ergab, dass die Themenblöcke und Fragen des Leitfadens sinnvoll strukturiert und verständlich formuliert sind. Aus diesem Grund konnte der Leitfaden unverändert zur Befragung der Fokusgruppen eingesetzt werden.

2.6.3 Durchführung

Basierend auf den Ergebnissen der quantitativen Befragung sollten insgesamt 10 Einrichtungen ausgewählt werden, in denen jeweils ein leitfadengestütztes Fokusgruppeninterview mit Experten/innen verschiedener Hierarchieebenen und Versorgungsbereiche im System der medizinischen Rehabilitation (medizinisches, pflegerisches und psychologisches Personal und Personal aus den Heil- und Hilfsberufen) geführt werden sollte. Geplant war die Durchführung von jeweils fünf Fokusgruppen in NRW und in SH.

Für die Fokusgruppenbefragungen wurden insgesamt vier Kliniken in NRW und vier Einrichtungen in SH rekrutiert. Die Durchführung der zehn Fokusgruppenbefragungen wurde somit nicht realisiert. Gründe hierfür waren Schwierigkeiten bei der Rekrutierung weiterer Einrichtungen und die ohnehin bereits erreichte Informationssättigung.

Ein Teil der Rehabilitationseinrichtungen wurde auf Basis der Ergebnisse aus den Fragebogenbefragungen ausgewählt, postalisch oder telefonisch kontaktiert und um die Teilnahme an der Fokusgruppenbefragung gebeten; darunter Kliniken, die einen hohen Anteil an Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft behandeln oder sich in anderer Weise besonders für oder gegen eine migrationssensible Versorgung ausgesprochen haben, z. B. in den Freitextbereichen des Fragebogens. Vier Fokusgruppenbefragungen wurden in Kooperationskliniken des VeReMi-Projektes durchgeführt, also in einer Einrichtung, in denen bereits Patienten/innen zum Forschungsthema befragt wurden. Die Zusammenstellung der Fokusgruppen erfolgte über bereits bekannte Ansprechpartner/innen vor Ort oder über die Klinikleitung. Zur Unterstützung des Rekrutierungsprozesses wurde ein Informationsschreiben (s. Anhang 9) erstellt. Während der Rekrutierungsphase wurde schnell deutlich, dass die angedachte Teilnehmerzahl von sechs bis neun Personen pro Befragung aufgrund Personalengpässen nicht immer realisierbar ist, daher variiert die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen vier und neun. Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden 50 Mitarbeiter/innen (NRW: N=21; SH: N=29) aus zehn verschiedenen Berufsgruppen in acht Rehabilitationseinrichtungen befragt. Die acht Fokusgruppenbefragungen wurden von Dezember 2015 bis März 2016 durchgeführt. Sie fanden jeweils in Konferenzräumen der Rehabilitationseinrichtungen statt und wurden jeweils von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen (Moderatorin und Komoderatorin) umgesetzt. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und die Sprecherreihenfolge handschriftlich protokolliert. Die Dauer der Befragungen variierte zwischen 45 bis 60 Minuten. Die Mitarbeiter/innen wurden zu Beginn der Befragung über den Datenschutz und die Anonymisierung der erhobenen Informationen aufgeklärt. Darüber hinaus wurden sie darum gebeten, soziodemografische Daten, darunter Angaben zum Geschlecht, Alter, Berufsbezeichnung und ihrer bisherigen Berufserfahrung anzugeben. Die befragten Personen stimmten der Aufnahme der Befragung durch ein Tonbandgerät mündlich und schriftlich zu.

2.6.4 Kategoriensystem

In einem ersten Arbeitsschritt wurden die Fokusgruppentranskripte parallel und unabhängig voneinander von den beiden Arbeitsgruppen in NRW und SH bearbeitet und relevante Kategorien für die Analysen abgeleitet. Anschließend wurden die Ergebnisse gemeinsam besprochen und unter Berücksichtigung des Leitfadens ein Konsens hinsichtlich der verwendeten Kategorien erarbeitet (deduktive Kategorienbildung). Während des Kodierprozesses wurden weitere relevante Kategorien ergänzt und das Kategoriensystem erweitert (induktive Kategorienbildung). Der eingesetzte Codebaum umfasst insgesamt acht Hauptkategorien und 29 Unterkategorien. Abbildung 7 zeigt das konsenterte Kategoriensystem.



Abbildung 7: Kategoriensystem – Fokusgruppeninterviews

Zusätzlich wurde als Kodierhilfe zu Beginn der Auswertungen für jede Kategorie ein Memo mit Ankerbeispiel und einer Beschreibung der Kategorie erstellt, um die Interpretation unklarer Textstellen zu erleichtern.

2.7 Stichprobengröße/Powerkalkulation

Bei den angegebenen Stichprobengrößen für die qualitativen Befragungen handelt es sich um Orientierungswerte auf Basis bisheriger Forschung im Bereich Migration und Rehabilitation (Brause et al. 2010; Brzoska et al. 2010a). Erfahrungen aus diesen Studien zeigen, dass bei einer Fallzahl von sechs befragten Ärzten/innen (Experteninterviews) mit einer Informationssättigung (Auerbach & Silverstein 2003) im Hinblick auf Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung zu rechnen ist. Gleiches gilt im Hinblick auf die Durchführung von zehn Fokusgruppeninterviews mit je sechs bis acht Mitarbeitern/innen in Rehabilitationseinrichtungen. Mit Blick auf die qualitative Längsschnittbefragung von Rehabilitanden/innen lässt sich aus den oben genannten Studien ebenso schließen, dass während der Rehabilitation nur mit einem geringen Loss to Follow-up zu rechnen ist. Es wurde daher angenommen, dass bei 24 Personen, die zum Zeitpunkt T0 rekrutiert werden, zum Zeitpunkt T1 noch mindestens 22 Personen und zum Zeitpunkt T2 noch mindestens 20 Personen für die Befragung zur Verfügung stehen. Insofern sollten über die Projektlaufzeit insgesamt 66-72 Interviews mit Rehabilitanden/innen geführt werden. Da auch die Zustimmungsquoten von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund zur Teilnahme an interviewbasierten Studien vergleichsweise hoch sind (sofern keine schriftliche Einwilligungserklärung unterzeichnet werden muss) war davon auszugehen, dass zu Beginn der Rekrutierung nicht mehr als 30 Personen kontaktiert werden müssen, um zum Zeitpunkt T0 24 Personen befragen zu können.

Auf Basis von aktuellen Studien, in denen ebenfalls postalisch Organisationsmerkmale von Einrichtungen erhoben wurden, war bei der postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen mit einer Rücklaufquote von 40-50% nach einmaliger Erinnerung zu rechnen (Kockert & Schott 2014; Stamer et al. 2013). Bei 124 angeschriebenen Einrichtungen war daher davon auszugehen, quantitative Daten von mindestens 50 Einrichtungen auswerten zu können.

2.8 Datenauswertung

2.8.1 Qualitative Daten

Die Tonaufnahmen der Studie wurden mit Hilfe eines Audiotranskriptionsprogramms f4 transkribiert. Auf die Transkription paraverbalen Äußerungen sowie auf die Transkription von Betonungen, Pausen, Sprechgeschwindigkeit und Stimmlage wurde weitgehend verzichtet. Da die Priorität der Befragung im Inhalt des Gesprächs lag, wurde aufgrund der besseren Lesbarkeit eine Glättung von Umgangssprache und Dialekten vorgenommen. Bei allen durchgeführten leitfadengestützten Patienten-, Experten- sowie Fokusgruppeninterviews erfolgte eine vollständige Verschriftlichung im Rahmen der Transkription (Bogner et al. 2009; Mayring 2010). Die Verschriftlichung des erhobenen Materials wurde dabei ausschließlich in anonymisierter Form, ohne Orts- und Namensangaben vorgenommen.

Für die qualitative Inhaltsanalyse in MAXQDA wurden Codes aus den Leitfäden der jeweiligen Forschungszugänge generiert und in einem Codebaum zusammengestellt (deduktive Kategorienbildung). Die Kategorien wurden innerhalb der Arbeitsgruppe gemeinsam diskutiert und ein Konsens hinsichtlich der verwendeten Kategorien erarbeitet. Induktiv wurden Codes aus den Interviews ergänzt. Die generierten Kategorien wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und ggf. ergänzt. Für eine eindeutige und klare Zuordnung wurden Codierregeln aufgestellt sowie Memos mit Ankerbeispielen und Kategorienbeschreibungen angelegt. Zur Unterstützung der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) wurde das Programm MAX QualitativeDataAnalysis (MAXQDA) 2010 verwendet.

Um die Ergebnisse multiperspektivisch zu validieren, wurden die Transkripte anhand des festgelegten Kategoriensystems in NRW und SH zunächst durch zwei unterschiedliche Professionen unabhängig voneinander kodiert. Im Anschluss an die Codierungsphase erfolgte eine Konsensbildung bezüglich der vorgenommenen Kodierungen. Hierbei wurden offene Kodierungsfragen gemeinsam diskutiert und konsentiert.

Anschließend wurden mittels empirischer Generalisierung die den einzelnen Kategorien zugeordneten Textpassagen analysiert. Hierbei wurde von einzelnen Beobachtungen auf allgemeine Zusammenhänge geschlossen und allgemeinere Aussagen getroffen.

2.8.2 Quantitative Daten

Die erhobenen Daten wurden deskriptiv mittels Stata 13.0 (StataCorp 2013) ausgewertet. Neben den Punktschätzern in Form von Anteilen in % werden die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle (95%-CI) angegeben. Der Anteil fehlender Werte lag im Durchschnitt bei weniger als 2%. Fehlende Werte wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

2.8.3 Triangulation

Das Triangulationsverfahren bietet die Möglichkeit einen Forschungsgegenstand aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Je nach Fragestellung werden hierzu verschiedene empirische Methoden und Settings miteinander kombiniert. Dabei geht die Triangulation deutlich über einen Mixed-Methods-Ansatz hinaus, indem neben der Verbindung von quantitativen und qualitativen Methoden weitere Ebenen miteinander verknüpft werden, z.B. verschiedene Methoden, Forschungszugänge, Einbezug unterschiedlicher Forscher und Disziplinen. Die VeReMi-Studie zeichnet sich neben ihrem Mixed-Methods-Ansatz durch die Verwendung eines solchen Triangulationsverfahrens aus. Dieses sollte dazu dienen, unterschiedliche, aber komplementäre Daten zu demselben Thema zu erheben und zu verknüpfen. Ziel war es, eine höhere Validität der Forschungsergebnisse zu erreichen sowie das Auftreten systematischer Fehler zu verringern.

Vorgehen im Rahmen der VeReMi-Studie

Als Triangulationsdesign wurde das „convergence model“ (Creswell & Clark 2007; siehe Abb. 8) verwendet. Bei diesem Verfahren erfahren die Daten aus allen Quellen die gleiche Gewichtung und werden während der Interpretationsphase verknüpft, um valide Schlussfolgerungen bezüglich des Forschungsgegenstands ziehen zu können. Dieses Vorgehen eignet sich besonders für explorative Studien, die der ersten Erkundung eines Untersuchungsgegenstands dienen.

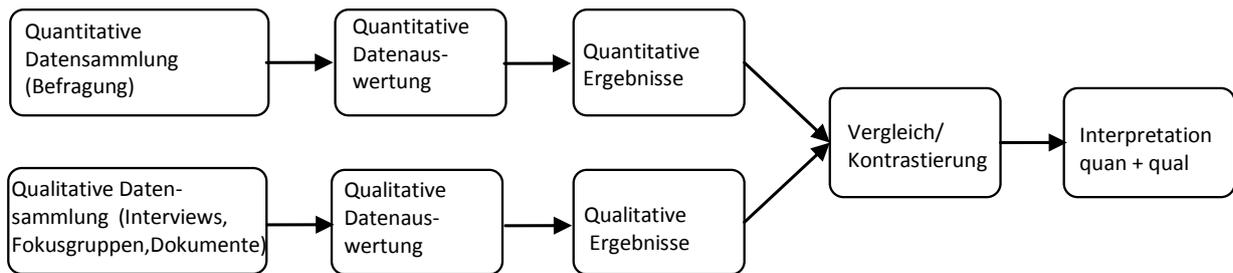


Abbildung 8: Mixed-methods-Triangulationsdesign - convergence model

In einem ersten Schritt wurden Triangulations-Codes aus den fünf unterschiedlichen Forschungszugängen der Studie abgeleitet. Hierbei wurden ausschließlich Kategorien berücksichtigt, die in mindestens zwei verschiedenen Zugängen erhoben wurden.

Die abgeleiteten Triangulations-Codes wurden anschließend in der Arbeitsgruppe diskutiert, konsentiert und weitere relevante Unterkategorien festgelegt. Für eine bessere Zuordnung der Ergebnisse, folgte eine inhaltliche Abgrenzung und Definition der Triangulations-Codes. Eine Übersicht zu den neun konsentierten Hauptkategorien und den 19 Unterkategorien gibt Abbildung 9.

Kategorien (Triangulations-Code)	Experteninterviews	Patienteninterviews	Postalische Befragung	Dokumentenanalyse	Fokusgruppeninterviews
Charakteristik türkischer Migranten	✓	-	-	-	✓
Informiertheit der Rehabilitanden	✓	✓	-	-	✓
Bekanntheit der Reha	✓	✓	-	-	✓
Informiertheit über Inhalte	✓	✓	-	-	✓
Erfahrungen vor der Reha/Initiative zur Reha/Motivation	✓	✓	-	-	-
Antragstellung (positiven/negativen Erfahrungen)	✓	✓	-	-	-
Erwartungen und Ziele von Rehabilitanden mit MH	✓	✓	-	-	-
Generelle Erwartungen an die Reha	✓	✓	-	-	-
Erwartungen an den Reha-Erfolg	✓	✓	-	-	-
Reha-Ziele	✓	✓	-	-	✓
Zufriedenheit mit der Reha	✓	✓	-	-	-
Generelle Zufriedenheit mit der Reha	✓	✓	-	-	-
Zufriedenheit mit dem Reha-Erfolg/Wirksamkeit	✓	✓	-	-	-
Wirksamkeit der Reha	✓	✓	-	-	-
Sprache, Kultur und Versorgung	-	✓	-	-	✓
Sprach- und Verständigungsprobleme	-	✓	-	-	✓
Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge	-	✓	-	-	✓
Kulturspezifische Herausforderungen	-	✓	✓	-	✓
Umgang mit kulturspezifischen Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge	-	✓	✓	-	✓
Nachsorge	✓	✓	-	-	-
Migrationssensibilität	-	-	✓	✓	✓
Migrationssensible Ausrichtung (bestehende Konzepte)	-	-	✓	✓	✓
Bewertung und Stellenwert migrationssensibler Versorgungskonzepte	-	-	✓	-	✓
Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen	-	-	✓	-	✓
Finanzielle Ressourcen	-	-	✓	-	✓
Strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten	-	-	✓	-	✓
Fehlender Anreiz	-	-	✓	-	✓
Verbesserungsvorschläge (fördernde Faktoren)	-	-	✓	-	✓

Abbildung 9: Triangulations-Codes

Auf Basis der erarbeiteten Triangulations-Codes wurden die generalisierten Ergebnisse der einzelnen Forschungszugänge getrennt für die einbezogenen Bundesländer zusammengefasst und den Kategorien zugeordnet. Während der folgenden Interpretationsphase erfolgte zunächst ein bundeslandübergreifender Vergleich der Ergebnisse. Anschließend wurden die

Ergebnisse zugangübergreifend verglichen, kontrastiert und interpretiert. Dabei wurden die Daten aus den unterschiedlichen Quellen gleich gewichtet und verknüpft, um valide Schlussfolgerungen bezüglich des Forschungsgegenstands ziehen zu können. Durch dieses Verfahren wurden die Erhöhung der Aussagefähigkeit der Ergebnisse sowie eine Erweiterung des Erkenntnisgewinns angestrebt.

2.9 Ethik und finanzielle Förderung

Die Erhebung wurde von den zuständigen Ethikkommissionen der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Ethikvotum AZ 2014-665-b-S; 13. Januar 2015) sowie der Universität zu Lübeck (Ethikvotum AZ 14-147; 12. August 2014) begutachtet und als unbedenklich eingeschätzt.

Die vorliegende Studie wurde durch Mittel der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und SH (vffr) unterstützt. Das Projekt wurde gemeinschaftlich von der Universität Bielefeld, der TU Chemnitz und der Universität Lübeck unter der Leitung von Herrn Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska, Frau PD Dr. Ruth Deck und Herrn Prof. Dr. Oliver Razum durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1 Experteninterviews

3.1.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Expertenbefragungen wurden insgesamt elf Hausärzte/innen zum Forschungsthema interviewt. Die Befragungen erfolgten in den jeweiligen Hausarztpraxen der Befragten. Während der Rekrutierung der Experten/innen wurde auf die Heterogenität, also Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter und Berufserfahrung, der Interviewpartner/innen geachtet. Tabelle 2 zeigt die rekrutierte Stichprobe.

Tabelle 2: Soziodemografische Charakteristika der Experten/innen

Interviewperson	Interviewort	Alter	Geschlecht	Berufserfahrung in Jahren
(Pretest)	Bielefeld	43	weiblich	15
Exp_IP1	Bielefeld	40	männlich	10
Exp_IP2	Dortmund	65	männlich	30
Exp_IP3	Dortmund	54	männlich	30
Exp_IP4	Hannover	65	männlich	40
Exp_IP5	Hannover	48	weiblich	10
Exp_IP6	Steinberg	50	männlich	24
Exp_IP7	Lübeck	46	männlich	20
Exp_IP8	Lübeck	50	männlich	18
Exp_IP9	Bad Segeberg	44	weiblich	10
Exp_IP10	Lübeck	51	weiblich	24

In den folgenden Kapiteln sollen die Ergebnisse aus der qualitativen Datenanalyse anhand der einzelnen Kategorien dargestellt werden.

3.1.2 Kontakt zu Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund

3.1.2.1 Ergebnisse aus NRW

Alle Experten/innen haben Kontakt zu Patienten/innen mit Migrationshintergrund, darunter auch türkischer Herkunft. In einigen Hausarztpraxen wurde berichtet, dass der Großteil der Patienten/innen türkischer Herkunft ist, andere Experten/innen werden mehrmals in der Woche von Patienten/innen mit Migrationshintergrund aufgesucht.

➔ „[...] wir haben hier zu 99% türkische Menschen, ein paar Deutsche nur.“ (IP3)

3.1.2.2 Ergebnisse aus SH

Der Anteil an türkeistämmigen Patienten/innen fällt in den befragten Hausarztpraxen sehr unterschiedlich aus. Während ein Arzt und eine Ärztin von nur wenigen Konsultationen im Quartal berichteten, gaben zwei weitere Ärzte/Ärztinnen an, einen großen Patientenstamm türkischsprachiger Patienten/innen zu betreuen. Ein weiterer Arzt informierte darüber, etwa einen Patienten/eine Patientin mit türkischem Migrationshintergrund in der Woche zu versorgen.

→ *„Nur wenige türkische Patienten kommen in meine Praxis.“ (Exp_IP8)*

→ *„Das wechselt so tageweise. Aber fünf, sechs, mit türkischem Hintergrund pro Tag ist der Durchschnitt.“ (Exp_IP10)*

Praxen in Stadtteilen mit erhöhtem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund wiesen auf häufigere Konsultationen durch türkeistämmige Patienten/innen hin, Praxen in ländlichen, bevölkerungsärmeren Regionen berichteten einen geringeren Anteil an Patienten/innen mit türkischer Herkunft.

→ *„Allerdings, weil ich ja hier auf dem Land ärztlich tätig bin, auf dem flachen Land, sind Patienten mit Migrationshintergrund relativ selten bei mir.“ (Exp_IP6)*

→ *„[...] Das ist ja hier ein Stadtteil, wo es viele gibt. Ob das nun alles Türken sind weiß ich nicht, aber also mit osteuropäischem, süd-ost-europäischem Hintergrund bestimmt [...]“ (Exp_IP7)*

3.1.3 Charakteristik türkischer Migranten/innen

3.1.3.1 Ergebnisse aus NRW

Charakteristik der Patienten/innen türkischer Herkunft

Die Experten/innen schätzen das Bildungsniveau ihrer Patienten/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu ihren deutschen Patienten/innen als eher niedriger ein. Vor allem ältere türkische Patientinnen hätten den Aussagen der Befragten zufolge häufig keinen Schulabschluss oder lediglich die Grundschule beendet. Eine Interviewpartnerin (IP5) erklärt, dass ältere Patienten/innen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen, häufiger Analphabeten/innen seien, als deutsche Patienten/innen. Den Experten/innen zufolge unterschieden sich jüngere Patienten/innen mit Migrationshintergrund hinsichtlich des Bildungsniveaus kaum von Patienten/innen ohne Migrationshintergrund im gleichen Alter.

→ *„Wir haben hier natürlich ein ganz niedriges Bildungsniveau, ganz wenige Akademiker, die Akademiker sind jetzt eher die dritte Generation.“ (IP3)*

→ *„Meistens.. gar keine Ausbildung, gar keine schulische Ausbildung.“ (IP5)*

Krankheitsbild und Krankheitszustand

Den Aussagen der Ärzte/innen zufolge sei der Gesundheitszustand von Patienten/innen türkischer Herkunft im Vergleich zum Gesundheitszustand ihrer deutschen Patienten/innen deutlich schlechter. Dies begründen die Experten/innen insbesondere dadurch, dass Menschen mit Migrationshintergrund oftmals schwerer körperlicher Arbeit nachgehen und daher einer höheren physischen und psychischen Belastung ausgesetzt seien. Diagnosen, die bei Menschen türkischer Herkunft häufig von den befragten Hausärzten/innen gestellt würden und unter anderem zu einer Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme führen, seien vor allem chronische Schmerzerkrankungen im orthopädischen Bereich und psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen. Ein Experte erklärt, dass der Gesundheitszustand vom Zeitpunkt der Migration abhängig ist.

- *„die müssen ja nun meistens schwerer arbeiten.“ (IP2)*
- *„...die sind auf jeden Fall viel kränker als die deutsche Bevölkerung [...]“ (IP5)*
- *„...ich habe sehr viele depressive Menschen, ich habe sehr viele Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen, mit Wirbelsäulen usw. Aber chronisch, wir nennen es somatisiert. Wo das also schon so sehr Teil der Gesamtkrankheit ist.“ (IP3)*
- *„Das hängt natürlich sehr davon ab, wie lange die Menschen schon hier in Deutschland leben. Wenn sie gerade migriert sind, ist das natürlich auch was anderes, aber ich denke die Leute, die schon lange hier leben, haben dieselben Probleme, wie die Deutschen.“ (IP1)*

3.1.3.2 Ergebnisse aus SH

Charakteristik der Patienten/innen türkischer Herkunft

Die befragten Ärzte/innen unterschieden bei der Charakterisierung ihrer türkeistämmigen Patienten/innen zwischen zwei Gruppen - türkeistämmige Patienten/innen der ersten und der zweiten Generation.

Türkische Migranten/innen der ersten Generation wurden von den Ärzten/innen als eher bildungsfern beschrieben. Insbesondere Frauen dieser Generation hätten den befragten Ärzten/innen zufolge ein meist niedriges Bildungsniveau, schlechte Sprachkenntnisse und seien häufig gesellschaftlich wenig integriert. Zudem wurde betont, dass es in dieser Bevölkerungsgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund auch viele Analphabeten gebe. Hingegen werden Männer der ersten Generation von den Ärzten/innen als gesellschaftlich integriert mit geringeren Sprachbarrieren beschrieben.

- *„Die Männer sprechen gut Deutsch oder akzeptabel. Die Frauen eher schlecht Deutsch, das muss man ganz ehrlich sagen. Das ist nach wie vor ein Problem, auch wenn die zwanzig Jahre hier sind, ist das selbst in der Hausarztpraxis schwierig. Geht häufig nur mit den Töchtern als Dolmetscher.“ (Exp_IP7)*
- *„Die Männer sind hier integriert, haben sich sozusagen in einem Betrieb, häufig als Arbeiter, bewährt und sind hier integriert. Die haben, ob die was gelernt haben, weiß ich nicht, aber die wirken*

in die Gesellschaft integrierter. Die Frauen, keine Schulbildung normal, türkischer, ländlicher Standard von vor dreißig Jahren.“ (Exp_IP7)

→ *„Das Bildungsniveau der türkischen Migranten ist sehr schlecht. Vor allem der ersten Generation.“ (Exp_IP8)*

Bei türkischen Patienten/innen der zweiten Generation liege nach Aussagen der Befragten keine Sprachbarriere vor. Im Vergleich zur ersten Generation zeichnet sich diese Gruppe durch ein höheres Bildungsniveau aus. Dieses sei vergleichbar mit dem Bildungsniveau der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. In der zweiten Generation wird auch bei den Frauen mit Migrationshintergrund eine höhere Bildung von den befragten Ärzten/innen wahrgenommen.

→ *„[...] Stadtteil in (Stadt), wo das auch unter Deutschstämmigen, ähnlich ist. Also auch sehr viele Jugendliche, die jetzt in irgendwelchen Maßnahmen hängen. Da fallen jetzt die Türkischstämmigen gar nicht mal unbedingt auf. Ich habe aber auch welche, die super gut ihren Realschulabschluss gemacht haben, die in Ausbildung sind, die einfach sehr fit sind.“ (Exp_IP7)*

Krankheitsbild und Krankheitszustand

Als häufigste Erkrankungen dieser Bevölkerungsgruppe werden von den Ärzten/innen chronische Erkrankungen z.B. chronische Stoffwechselerkrankungen, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgeführt. Darüber hinaus berichteten drei Ärzte/innen von psychischen Problemen, die häufig bei dieser Gruppe auftraten. Zumeist litten insbesondere Hausfrauen mit türkischem Migrationshintergrund unter depressiven Störungen, da diese durch die familiäre und häusliche Verantwortung überbelastet seien.

→ *„[...] Bei älteren türkischen Frauen, viele Probleme einfach mit Zucker und Gelenkbeschwerden und Adipositas.“ (Exp_IP10)*

→ *„[...] depressive Störungen bei meistens Ehefrauen, die überlastet sind mit der Situation der Kinder und dem Haushalt.“ (Exp_IP6)*

→ *„Sehr viele seelische Probleme bei Patienten mit Migrationshintergrund.“ (Exp_IP8)*

Türkeistämmige Patienten/innen der zweiten Generation unterschieden sich den Experten/innen zufolge kaum von der deutschen Bevölkerung. In Bevölkerungsschichten mit als auch ohne türkischen Migrationshintergrund träten der Erfahrung der interviewten Ärzte/innen zufolge vergleichbar häufig Erkrankungen wie beispielsweise Adipositas auf.

→ *„[...] Also wie gesagt, ich finde das ist auch in niedrigeren sozialen Schichten [...] genauso bei den Deutschen. Also einfach eine gewisse Unaufgeklärtheit.“ (Exp_IP10)*

→ *„Die jungen Frauen haben die gleichen Probleme wie die deutschen jungen Frauen. Das ist eins zu eins zu setzen. [...]“ (Exp_IP7)*

3.1.4 Stellenwert der Rehabilitation

3.1.4.1 Ergebnisse aus NRW

Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zur Rehabilitation

Die Meinungen und der Stellenwert der Experten/innen hinsichtlich rehabilitativer Maßnahmen unterscheiden sich voneinander. Während der Großteil der befragten Hausärzte/innen die medizinische Rehabilitation für sinnvoll und notwendig erachtet, erklärten einige Experten/innen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter bestimmten Voraussetzungen von Nutzen seien. Des Weiteren wird beschrieben, dass die medizinische Rehabilitation nicht auf Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund ausgerichtet sei. Zudem sei die Rehabilitation, der Meinung der Experten/innen zufolge, häufig nur ein Zwischenschritt für die Beantragung einer Rente.

- ➔ *„[...] Reha im Allgemeinen finde ich keine sinnvolle Sache und deswegen gibt es für mich keine unterstützende Empfehlung oder sowas, ja?“ (IP4)*
- ➔ *„Hier geht es für mich um Sinn der Reha.. also für mein Empfinden ist .. ja .. ca. bei 50% der Patienten ist Reha rausgeschmissenes Geld [...] naja zumindest bei türkischen Patienten.. irgendwie andere Lebensformen, wenn die auch zur Reha gehen, da fühlen sie sich erst mal nicht wohl, ja? Und.. aber.. die.. sagen wir mal, die meisten gehen zur Reha nur um die.. ihre Pflicht, nach dem Motto ‚Reha vor Rente‘ zu erfüllen.“ (IP4)*
- ➔ *„[...] meistens um die Rente.. es ist so eine, nochmal eine Etappe die man durchmachen muss.“ (IP4)*

Das sogenannte „Rentenbegehren“ wird von den befragten Ärzten/innen eher kritisch betrachtet. Allerdings sehen die Experten/innen beim Rentenbegehren keinen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

- ➔ *„Wenn ich nur ein Begehren sehe, dann kriegen sie auch keine Unterstützung von mir. Dann versuche ich das so ein bisschen nach hinten zu drängen.“ (IP2)*

3.1.4.2 Ergebnisse aus SH

Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zur Reha

Die Rehabilitation wurde von den befragten Experten/innen als eher sinnvolles Angebot bewertet und hat bei diesen einen hohen Stellenwert.

- ➔ *„Ich halte das für eine sehr, sehr wichtige Institution in unserer Medizin, in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. [...] Es ist eine sehr, sehr wichtige Säule in unserer ärztlichen, in der medizinischen Versorgung.“ (Exp_IP6)*
- ➔ *„[...] sinnvolle Versorgung insgesamt die Reha Leistung. Also ist schon sinnvoll.“ (Exp_IP9)*

Einschränkend wurde von zwei Ärzten/innen darauf hingewiesen, dass rehabilitative Versorgungsangebote nur dann nützlich und effektiv seien, wenn sich Patienten/innen dazu bereit

erklären, freiwillig daran teilzunehmen. Auch die Motivation sich aktiv bei der Umsetzung solcher Maßnahmen einzubringen und ein klar formuliertes Ziel zu haben, sei entscheidend.

- *„Also Leistung finde ich das falsche Wort. Das ist ein Angebot, wo die Patienten mitmachen müssen. Die Patienten müssen das wollen, dann ist es gut. Und die Patienten müssen ein Ziel haben, ein klar formuliertes Ziel, was hinterher dabei herauskommen soll, oder wo sie im Leben hinwollen. Dann halte ich es für eine sehr sinnvolle Maßnahme. So nach dem Motto: ‚Ich könnte ja mal eine Reha machen‘, das halte ich für totalen Schwachsinn. [..], das hat keinen nachhaltigen Effekt.“ (Exp_IP7)*
- *„Also ich finde, [..] dass die meisten Leute, die irgendwie motiviert sind und selber auch bereit sind was zu tun, davon wirklich profitieren. Ich habe nicht so gute Erfahrung gemacht, wenn ich Leute da quasi versucht habe unbedingt hinzubringen, die eigentlich dagegen eingestellt waren. [..].“ (Exp_IP10)*

Die Mehrheit der befragten Ärzte/innen gab an, Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund bei einer erhöhten Chronizität und ausgeschöpften ambulanten Therapiemöglichkeiten zur Reha-Teilnahme zu motivieren. Die Antragstellung sowie ggf. Widerspruchsverfahren werden dabei von den interviewten Ärzten/innen unterstützt.

- *„Ja, wenn eine auftritt und ich auch nicht mehr weiterkomme. Wenn die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.“ (Exp_IP9)*
- *„Ich beantrage natürlich auch im Namen meiner Patienten Rehabilitationsmaßnahmen und ich leiste auch Hilfe hinsichtlich beim Ausfüllen von Widersprüchen und dergleichen.“ (Exp_IP6)*

Ein Arzt berichtete hingegen von einer eher passiveren Unterstützungshaltung. Er teilte mit, Patienten/innen nur begrenzt im Antragsverfahren zu unterstützen und diese zur eigenständigen Antragstellung zu motivieren. Aus der Perspektive des Arztes stellt sich so eine Hürde für die Patienten/innen, die ausschließlich aktive Patienten/innen bewältigen können. Diese gehören letztendlich zu den Patienten/innen, die am ehesten von der Rehabilitation profitieren.

- *„[..] Ich versuche jedenfalls die Leute zu aktivieren, das selber zu machen. Also ich mache möglichst wenig für die, denn es hat keinen Sinn, wenn ich das alles mache, da kommt nichts bei heraus. Die sollen sich selber darum kümmern. Das ist ja auch eine kleine Stufe, die sie erst mal überwinden müssen. Sie müssen da hinlaufen, sie müssen sich informieren, das sollen sie hinkriegen. Wenn sie das nicht hinkommen, hat eine Reha keinen Sinn.“ (Exp_IP7)*

Grundsätzlich wurde von den befragten Ärzten/innen eine hohe Antrags-Bereitschaft signalisiert. Die teilnehmenden Ärzte/innen gaben diesbezüglich an, relativ häufig einen Reha-Antrag ihrer Patienten/innen zu unterstützen. Die Antragshäufigkeit variiert dabei nach Aussage der Ärzte/innen von zwei Anträgen im Monat bis zu zwei bis drei Anträgen in der Woche.

- *„Ja, also grundsätzlich, kommt es natürlich schon relativ häufig vor.“ (Exp_IP6)*
- *„[..] sagen wir mal zwei pro Monat.“ (Exp_IP9)*
- *„Jeden Tag, jeden zweiten Tag. Also jeden zweiten auf jeden Fall.“ (Exp_IP10)*

3.1.5 Informiertheit

3.1.5.1 Ergebnisse aus NRW

Grad der Informiertheit der Ärztinnen und Ärzte

Während der Befragungen wird deutlich, dass es Wissensdefizite bezüglich Rehabilitationsmaßnahmen auf Seiten der Experten/innen gibt. Einige der befragten Hausärzte/innen haben sich bisher noch nie mit Rehabilitationsanträgen auseinandergesetzt. Andere beschreiben den Prozess der Antragstellung als hochkomplex und intransparent.

→ *„[...] Und das ist so was von katastrophal, so was von verwirrend und schwierig, obwohl ich nicht unbedingt ungebildet bin und selbst vom Beruf bin. Also es ist zum Verzweifeln.“ (IP5)*

Informiertheit der Patienten/innen über die Rehabilitation

Der Grad der Informiertheit der Patienten/innen über die Rehabilitation wird von den Experten/innen unterschiedlich eingeschätzt. Während ein Teil der befragten Hausärzte/innen erklärt, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund schlechter über die Rehabilitation und deren Inhalte informiert seien, erklären weitere, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund von Freunden und Familienangehörigen, die bereits eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen haben, informiert werden. Laut den Experten/innen sind Patienten/innen mit Migrationshintergrund schlechter über Inhalte und Abläufe während der Rehabilitation informiert als deutsche Patienten/innen.

→ *„Die haben gar keine Vorstellung [...] fast nichts..fast nichts. Also nur Mund-zu-Mund-Propaganda..“ (IP3)*

→ *„Also ich finde eigentlich, dass die über Reha .. die Reha als solches.. zumindest vom Hörensagen irgendwo haben sie das gehört, dass es gut sei.“ (IP2)*

3.1.5.2 Ergebnisse aus SH

Grad der Informiertheit der Ärztinnen und Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte/innen berichteten, nicht ausreichend bis schlecht über die Rehabilitation informiert zu sein.

→ *„Also ich persönlich fühle mich allenfalls ausreichend informiert. [...] ich bin natürlich kein Facharzt für rehabilitative Medizin. Ich kann nicht von mir aus behaupten, dass ich alle Fassetten kenne.“ (Exp_IP6)*

→ *„Also ich fühle mich da selber, also insgesamt, als Leistung, was angeboten wird, was ich für Möglichkeiten auch habe, fühle ich mich eher schlecht informiert.“ (Exp_IP9)*

Ausschließlich ein befragter Arzt, der bereits in mehreren Rehabilitationseinrichtungen tätig war, äußerte keine Informationsdefizite bezüglich der Rehabilitation.

Informationsbedarfe bestehen auf Seiten der Ärzte/innen insbesondere bei Widerspruchsverfahren nach Ablehnung eines gestellten Reha-Antrags, der Auswahl einer geeigneten Klinik und im Bereich psychische Rehabilitation.

- *„Ja, es gibt schon Bereiche. Zum Beispiel wie ich Empfehlungen aussprechen soll bei Patienten, die zum wiederholten Mal versucht haben eine Reha zu bekommen und eine Ablehnung bekommen haben, auch wenn das medizinisch aus meiner Sicht erforderlich gewesen wäre. Dann wünschte ich mir schon, dass ich vielleicht effektiver beraten kann. Aber dafür müsste ich mich natürlich auch selbst richtig informieren können und da fehlen mir schon Institutionen.“ (Exp_IP6)*
- *„Naja, im Grunde müsste man eine Übersicht haben von den verschiedenen Institutionen hier im Umfeld mit einer Kreuzchenliste ‚Wer ist für was am besten geeignet?‘. Das wäre das Sinnigste.“ (Exp_IP7)*

Informiertheit der Patienten/innen über die Rehabilitation

Die reha-bezogene Informiertheit von Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund wurde von den Ärzten/innen eher gering eingestuft. Mehrere Ärzte/innen wiesen darauf hin, dass die Informiertheit die Kenntnis der Maßnahme voraussetzt. Dies sei häufig nicht der Fall.

Darüber hinaus räumte eine Ärztin ein, dass viele Patienten/innen ein falsches Verständnis von Rehabilitationsmaßnahmen hätten. Häufig wären Patienten/innen der Ansicht, dass es sich bei der Rehabilitation um einen Erholungsaufenthalt anstatt einer aktiven Maßnahme handeln würde.

- *„Das würde da voraussetzen, dass sie wissen, dass es eine Möglichkeit wie eine Reha gibt. Und das ist leider ja nicht der Fall. Ich denke die Meinung herrscht vor, dass in Deutschland Erkrankungen vorwiegend im Krankenhaus, in Akutkrankenhäusern behandelt werden und danach einfach nichts mehr kommt.“ (Exp_IP6)*
- *„Ich glaube da ist bei vielen eigentlich eher so am Anfang das Bild, so von mal eben so Urlaub machen, [...] das einfach sehr gezielt auch nach Aktivität gefragt ist und Teilnahme, ist glaube ich für viele nicht so klar.“ (Exp_IP10)*

Im Vergleich zur Gruppe der Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund wird von den befragten Ärzten/innen bei einem Großteil der Patienten/innen ohne Migrationshintergrund ein geringeres reha-bezogenes Informationsdefizit wahrgenommen. Auch die Kenntnis über die Verfügbarkeit von rehabilitativen Angeboten sei nach Auffassung einer Ärztin eher in der deutschen Bevölkerung verbreitet. Jedoch räumten die interviewten Ärzte/innen auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund einen ausgeprägten Informationsbedarf hinsichtlich rehabilitativer Maßnahmen ein.

- *„Besser sicherlich schon, aber ob die aus meiner Sicht ausreichend darüber informiert ist, das kann ich hier jetzt auch nicht sagen. Das möchte ich aber auch bezweifeln.“ (Exp_IP6)*
- *„[...] also mehr bei den Deutschen, da ist die Reha bekannt, bekannter. Die informieren sich dann mal eher als die mit türkischem Migrationshintergrund.“ (Exp_IP9)*

Nach Erfahrung eines interviewten Arztes gebe es bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede hinsichtlich der Informiertheit über die Rehabilitation. Die

reha-bezogene Informiertheit wurde von Seiten des Arztes sowohl bei Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund als schlecht bewertet.

→ „Nein, weder noch. Weder die Deutschen, noch die anderen.“ (Exp_IP7)

3.1.6 Initiative zur Antragstellung und Motivation

3.1.6.1 Ergebnisse aus NRW

Gründe für die Beantragung von Rehabilitationsleistungen und die Initiierung

Den Aussagen der Befragten zufolge sei die Verordnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme insbesondere dann notwendig, wenn ambulante Maßnahmen bei der Krankheitsbewältigung nicht (mehr) ausreichen. Darüber hinaus wird auch an dieser Stelle wiederholt vom Zwischenschritt „Reha vor Rente“ gesprochen.

→ „[...] was ambulant nicht mehr geht.“ (IP3)

→ „...Männer 40, 50 Rentenbegehren, ausgebrannt, also positiv ausgedrückt ausgebrannt, sie können nicht mehr, sie haben Schmerzen, sie können ihre Arbeitsleistung nicht mehr bringen. Und dann kommt die Idee, sollte er zur Reha gehen.“ (IP3)

Der Anstoß, eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen, kommt größtenteils von den behandelnden Ärzten/innen, aber auch Patienten/innen mit und ohne Migrationshintergrund ergreifen die Initiative und sprechen Ärzte/innen auf rehabilitative Leistungen an.

→ „als behandelnder Arzt in der Regel den Menschen das empfehle..“ (IP3)

→ „[...] das erste Gespräch kommt ja meistens dann so zu Stande, wenn es um eine Reha geht, dass die dann sagen:.. ‚Doktor ich habe gehört, von Bekannten oder in der Verwandtschaft, die das alles schon mal durchgeführt haben. Und wäre es nicht für mich so .. was?‘ So geht das meistens los.“ (IP2)

Ein Experte beschreibt in diesem Zusammenhang die Problematik, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund von Ärzten/innen keine rehabilitativen Leistungen empfohlen würden.

→ „Die werden auch vom Orthopäden nicht vorgeschlagen. D.h. der, der Migrant ist ein .. ausgebrannter chronischer Patient mit ..Sie kennen ja diesen Ganzkörperschmerz, Bosporussyndrom, Mittelmeersyndrom. D.h. der Orthopäde, der Chirurg, der weiß, dass das beim Migrant keinen Sinn macht, unterstelle ich jetzt mal..“ (IP3)

3.1.6.2 Ergebnisse aus SH

Gründe für die Beantragung von Rehabilitationsleistungen und die Initiierung

Die Bereitschaft eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, bewerteten die interviewten Ärzte/innen bei Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund als eher gering.

→ „Die Patienten sind wenig motiviert in die Reha zu gehen.“ (Exp_IP8)

Erfahrungsgemäß sei die Bereitschaft einen Rehabilitationsantrag zu stellen am höchsten, wenn die Initiative von den Patienten/innen selbst ausgehe. Von den befragten Ärzten/innen wird diesbezüglich eine erhöhte Eigeninitiative bei Patienten/innen ohne Migrationshintergrund erlebt. Von Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund würde hingegen nur sehr selten die Initiative zur Antragstellung ergriffen.

- ➔ *„Da ist die Bereitschaft meistens schon eher gegeben, da die Anregung von Reha-Maßnahmen auch oft von den Patienten selber kommt. Und von daher wird die positive Erwartungshaltung schon höher liegen als bei den Migranten.“ (Exp_IP6)*
- ➔ *„Das ist eher etwas, was dann von mir käme in dem Fall. Während Patienten mit deutschem Hintergrund auch viel häufiger von sich aus kommen.“ (Exp_IP10)*

Ausschließlich von türkeistämmigen Patienten/innen mit höherem Bildungsniveau und guten Sprachkenntnissen würden Informationen und Voraussetzungen zur Antragstellung nachgefragt.

- ➔ *„Da muss ich kurz überlegen. Ja doch eine, die sehr aufgeschlossen, fit ist und sehr gut Deutsch spricht. [..].“ (Exp_IP10)*

3.1.7 Hürden und Hindernisse

3.1.7.1 Ergebnisse aus NRW

Hürden und Hindernisse

Insbesondere der Prozess der Antragstellung wird sowohl für die Experten/innen als auch für die Patienten/innen als zu kompliziert und intransparent bezeichnet. Darüber hinaus erklären die befragten Hausärztinnen und Hausärzte, dass eine weitere Barriere durch fehlendes Wissen der Patienten/innen über rehabilitative Maßnahmen entstehe.

- ➔ *„Ja, man versteht es ja auch nicht. Ein Formular ist dafür und ein Formular das, ein Formular dies, das ist einfach nicht für unsereins gemacht.“ (IP5)*

Während der Befragungen betrachtet ein Experte die Begutachtung und Prüfung des Rehabilitationsantrages als besonders kritisch. Dabei betont er, dass insbesondere Anträge von türkischen Patienten/innen abgelehnt würden, da von Seiten der Gutachter/innen grundsätzlich von einem schlechteren Rehabilitationsergebnis ausgegangen werde. Gleichzeitig beschreibt er, dass die geringe Informiertheit der Patienten/innen mit fehlender Motivation für rehabilitative Leistungen gleichgesetzt werde, was wiederum zur Ablehnung des Antrags führen könne. Aus den Aussagen weiterer Experten/innen wird deutlich, dass Rehabilitationsanträge auch aus finanziellen Gründen vom Träger abgelehnt würden.

- ➔ *„Also die wissen, der türkische Patient, der will nur Rente. Der türkische Patient der macht so oder so nicht mit. Der türkische Patient versteht es nicht.“ (IP3)*
- ➔ *„Die Bewilligungsstellen, also die ärztlichen Gutachter, sind Verhinderer.“ (IP3)*

- „Und dann kommen ja auch noch eventuelle Ablehnungen zustande, wenn sie nicht nachweisen, dass sie alles auch ambulant schon versucht haben. Ja.. was ich allerdings für .. nicht immer für gerecht halte, weil da stecken ja von Seiten der Träger .. ja eben.. pekuniäre Gründe eine Rolle.“ (IP2)

Eine weitere Schwierigkeit bei der Beantragung bzw. Durchführung einer Rehabilitation seien den Experten/innen zufolge fehlende Sprachkenntnisse. Zwar wird erwähnt, dass in vielen Rehabilitationseinrichtungen gezielt mehrsprachige Mitarbeiter/innen eingestellt würden, allerdings oftmals mehrsprachige Ansprechpartner/innen fehlen, die die Beantragung unterstützen.

- „Und welche Rolle spielt die Sprache als limitierender Faktor?“ (IF)
- „Ja wohl die höchste!“ (IP5)
- „[...] aber inzwischen gibt es ja genug.. Reha-Einrichtungen mit dem.. türkischen, also türkischsprachigem Personal, Mitarbeiter und Therapeuten und die werden ja sowieso bevorzugt dahin geschickt und deswegen, das sehe ich zurzeit nicht als Problem.“ (IP4)

Hindernisse bzw. Hürden für Patienten/innen werden von den Experten/innen häufig mit dem kulturellen Hintergrund verknüpft. Beispielsweise wird erklärt, dass im Vergleich mehr männliche Patienten mit Migrationshintergrund eine rehabilitative Maßnahme beantragen würden als Frauen. Als Begründung dafür wird genannt, dass aus kultureller Sicht türkische Frauen von der Familie ungern für den langen Zeitraum einer Rehabilitationsmaßnahme getrennt würden. Gleichzeitig wird von einem befragten Hausarzt betont, dass es hinsichtlich dieses Aspektes einen Wandel gebe, wodurch es auch türkischen Frauen möglich ist, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen. Beispielsweise seien gleichgeschlechtliche Behandlungen für jüngere Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund, vor allem aus der zweiten und dritten Generation, nicht mehr ausschlaggebend.

- „.. die türkische Frau wird nicht so gern.. irgendwo allein hingeschickt. Ja? Ähm.. das ist so .. ähm .. naja..naja die gibt man nicht so gern aus der Hand von der Familie, sagen wir es mal so. Ja, das ist aber kulturell gesehen. Würde ich sagen, das ist jetzt also keine negative Sache.“ (IP2)
- „...die Frauen waren durch das Geschlecht gehindert und die zweite Generation ist jetzt auch offener, die nimmt das an, man weiß es gibt Gruppen, Gruppen mit migrantensensibler Betreuung, es gibt Pfleger die türkisch sprechen können zum Beispiel.“ (IP3)

Eine weitere Hürde für Patienten/innen sei das Vertrauen gegenüber Ansprechpartner/innen während des Rehabilitationsaufenthaltes. Auch wenn Patienten/innen mit Migrationshintergrund keine Sprachprobleme haben, falle es ihnen schwer, sich gegenüber dem Gesundheitspersonal ohne Migrationshintergrund in Rehabilitationseinrichtungen zu öffnen und ihm zu vertrauen.

- „Weil diese Rückreaktion nicht auf Türkisch stattfindet. Die haben das Gefühl, ja meine Mentalität ist anders, wenn ich das so ausdrücke, die können es eh nicht verstehen. Obwohl die Therapeuten dann immer sagen: ‘Ja wir verstehen sie immer, wir verstehen sie!’ Ist diese Schwelle dann auch ziemlich hoch, also um da einen anderssprachigen Gesprächspartner zu vertrauen.“ (IP5)

Als letzte zentrale Aussage lässt sich im Themenblock „Hürden und Hindernisse“ ableiten, dass Rehabilitationsmaßnahmen von Menschen mit Migrationshintergrund häufig abgelehnt

würden, weil sie keine oder falsche Vorstellung von der Rehabilitation hätten. Aus diesem Grund entstünden den Experten/innen zufolge Ängste und Hemmungen.

- ➔ *„Manche haben Angst, waren noch nie so weit weg von Zuhause. Für die gab's dann nur Türkei-Urlaub, haben in Deutschland ohne Kinder plötzlich weg, für drei Wochen, für sechs Wochen, also die haben keinerlei Vorstellung. Und dann ist es halt weit weg, d.h. wie eine Bestrafung, also wenn es stationäre Reha ist. Also man kann nicht sagen es ist schön am Meer oder es ist schön im Wald. Es ist weit weg.“ (IP3)*
- ➔ *„...ich denke jetzt an die Frauen, also was passiert in der Zeit. Wer betreut die Kinder?.“ (IP3)*

3.1.7.2 Ergebnisse aus SH

Hürden und Hindernisse

Die Sprachbarriere wurde von den meisten befragten Ärzten/innen als größte Herausforderung bei der Antragstellung benannt. In den Praxen sind nur wenige Informationsmaterialien in den entsprechenden Sprachen vorliegend, um die Betroffenen ausreichend über geeignete Maßnahmen zu informieren. Auch das Praxisteam deckt nicht alle Sprachen ab, die von den konsultierenden Patienten/innen gesprochen werden. Dies erschwert die Kommunikation und den Austausch mit den Patienten/innen.

- ➔ *„Sprach- und Kulturprobleme. Also Nummer eins Sprache [..]. Selbst wenn man das ihnen anbieten würde, scheitert es meistens an der notwendigen Sprache [..].“ (Exp_IP7)*
- ➔ *„Allerdings besteht die Hauptschwierigkeit in der Sprachbarriere nicht nur, dass die türkischen Migranten zu wenig Deutsch sprechen können, sondern das umgekehrt in unseren Praxen, ich in meiner natürlich auch, nicht genug oder ausreichend genug Möglichkeiten gibt in schriftlicher Form oder auch mündlicher Form auf die Bedürfnisse von türkischstämmigen Patienten einzugehen.“ (Exp_IP6)*

Darüber hinaus wurde das ausgeprägte Schamgefühl, das sich häufig bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zeige, als hinderlich bei der Antragstellung von Rehabilitationsmaßnahmen beschrieben. Hierdurch erschwerten sich insbesondere umfassende körperliche Untersuchungen seitens der Behandler/innen, aber auch der krankheitsbezogene Informationsaustausch werde durch das erhöhte Schamgefühl der Betroffenen eingeschränkt.

- ➔ *„Das Schamgefühl spielt eine große Rolle. Die Patienten lassen sich nicht untersuchen, Frauen erst recht nicht, aber auch Männer zum Beispiel bei Hämorrhiden. Patienten sprechen nicht über ihre Erkrankungen und gesundheitliche Probleme. [..] Erst nach Monaten mit Schmerzen sind Patienten bereit über ihre Probleme zu sprechen. Dann möchten sie nicht, dass die Familie etwas erfährt, insbesondere Frauen möchten nicht, dass ihre Ehemänner etwas erfahren. Die Frauen haben oft Angst.“ (Exp_IP8)*

Des Weiteren spielten Unwissenheit und die damit einhergehenden Ängste bei der Antragstellung eine übergeordnete Rolle.

- ➔ *„Unwissenheit macht ja auch eben Angst [..].“ (Exp_IP6)*

→ *„[...] das unter Umständen in solchen Maßnahmen auch Therapieformen unter Umständen gemacht werden könnten, wie zum Beispiel, ich sage mal, Wasserbad oder so was, was zum Beispiel mit Glaubensgrundsätzen nicht in Deckung gebracht werden könnte. [...]“ (Exp_IP6)*

Informationsdefizite werden sowohl übergeordnet hinsichtlich der Abläufe im deutschen Gesundheitssystem wahrgenommen als auch im Speziellen bezüglich des Ablaufes von rehabilitativen Maßnahmen. Hier fehle es nach Auffassung der Ärzte/innen an Aufklärung über Rahmenbedingungen (Verpflegung, Therapieangebote, Ausstattung) und Möglichkeiten kulturelle sowie religiöse Bedürfnisse während der Rehabilitation auszuleben.

→ *„[...] Die Patienten werden zu wenig informiert über die Abläufe im Gesundheitssystem.“ (Exp_IP8)*

→ *„Meines Erachtens ist eines der größten Probleme die Aufklärung.“ (Exp_IP6)*

Als weitere Barriere für die Antragstellung wurde zudem eine passive Haltung vieler Patienten/innen mit türkischer Herkunft genannt. Eine passive Haltung wird von den interviewten Ärzten/innen in erster Linie bei älteren Migranten/innen mit türkischer Herkunft erlebt.

→ *„Ich muss etwas tun, ist weniger verbreitet. Auch der aktive Teil an Krankheitsverarbeitung ist schwieriger umzusetzen oder ist nicht vorhanden.“ (Exp_IP7)*

→ *„Tatsächlich zum Teil von der Bereitschaft und Motivation in Aktivität und Bewegung zu gehen, das schon. Da erlebe ich einfach bei türkischem Hintergrund ein stärkeres Bedürfnis eigentlich nach Versorgung mit Schmerzmedikamenten und dass wir den Schmerz wegmachen, als eine Bereitschaft oder als die Erkenntnis: Es tut gut, auch etwas dafür zu tun. [...] Also wie gesagt, das sind jetzt so die Älteren, die ich vor Augen habe. Das trifft für mich nicht für die Jüngeren zu [...]“ (Exp_IP10)*

Die passive Haltung sei dabei häufig auf ein anderes Medizin- und Krankheitsverständnis zurückzuführen. Oftmals gehe dieses Verständnis auch mit einer arztzentrierter Versorgungserwartung einher.

→ *„Das ist einfach eine andere Herangehensweise. Ich gehe zum Doktor, der sagt mir was ich habe, der gibt mir ein Medikament und dann bin ich wieder gesund. Das ist auch eine Erwartung, die dahinter steckt. Und, ähm, das können wir auch nicht ändern.“ (Exp_IP7)*

Als hinderlich wird von den Ärzten/innen zudem das aufwendige Antragsverfahren mit der Einreichung umfangreicher Antragsformulare genannt.

→ *„[...] Da ist sicherlich einfach dieser Formalkram auch ein großer Hinderungsgrund.“ (Exp_IP10)*

Ein weiteres Problem, das von den Ärzten/innen beschrieben wurde, bezieht sich auf das fehlende Vertrauen in die ärztliche Behandlung auf Seiten von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. So würden beispielsweise Ratschläge von Freunden, Familienangehörigen und Bekannten eher in Erwägung gezogen und umgesetzt als die ärztlich verordnete Maßnahme.

→ *„Das zweite Problem ist, dass die Patienten mit Migrationshintergrund oft die Einstellung haben: ‚Das kann meine Frau, können meine Freunde auch machen, dafür brauche ich keinen Therapeuten‘. Zum Beispiel bei verordneten Massagen oder anderen Behandlungen.“ (Exp_IP8)*

Auch die familiäre Bindung spiele bei der Antragstellung bzw. der Inanspruchnahme einer Rehabilitation eine entscheidende Rolle. Eine starke familiäre Bindung wird von den Ärz-

ten/innen insbesondere bei Frauen der ersten Generation betont. Diese stehe nicht selten einer Antragstellung im Weg. Weiterhin werden Hürden in der Verpflegung sowie in der möglichen Isolation in den Rehabilitationseinrichtungen gesehen.

- ➔ *„Familiär-kulturell. Schon vielleicht auch kulturell. Also vielleicht dieses mehr eingebunden sein in der Familie.“ (Exp_IP10)*
- ➔ *„Die größten Hürden sind das Essen, dass sie sich in der Reha fremd fühlen, sie die Sprache nicht sprechen und nicht verständigen können, ihr zu Hause und die Familie vermissen. Sie können nicht so lange von der Familie und Freunden getrennt sein. Telefonieren mit der Familie reicht nicht aus [..].“ (Exp_IP8)*

3.1.8 Inanspruchnahme

3.1.8.1 Ergebnisse aus NRW

Inanspruchnahme

Rehabilitative Maßnahmen würden den befragten Experten/innen zufolge größtenteils von berufstätigen Männern mit und ohne Migrationshintergrund zwischen 40 und 50 Jahren in Anspruch genommen. Bei der Leistungsart beschreiben die Hausärzte/innen einen Geschlechterunterschied. Während Frauen häufiger eine ambulante Behandlung bevorzugen würden, wünschten sich männliche Patienten eher einen stationären Aufenthalt. Jüngere Patientinnen fragten den Angaben der Hausärzte/innen zufolge häufig nach Mutter-Kind-Kuren.

- ➔ *„Ich meine es gibt welche die ambulant wünschen und es gibt welche die stationär wünschen und da kann man als Besonderheit sagen, Frauen wünschen meistens ambulant und Männer wünschen meistens stationär.“ (IP4)*

3.1.8.2 Ergebnisse aus SH

Inanspruchnahme

Am ehesten würden rehabilitative Maßnahmen von Männern mit Migrationshintergrund sowie durch Migranten/innen der zweiten Generation, mit guter Bildung und Sprachkenntnissen in Anspruch genommen. Frauen der ersten Generation mit türkischem Migrationshintergrund nähmen aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen häufig keine Rehabilitation in Anspruch. Hier werde oftmals ein Widerstand von den Ärzten/innen auf Seiten der betroffenen Frauen, aus der Familie herausgenommen zu werden, erlebt.

- ➔ *„Eher die Männer. Also ich überlege gerade, ob ich mal eine Frau, also eine türkische Frau hatte, nein, ich kann mich nicht erinnern. Also wenn ich da etwas herauspulen soll, dann eher Männer als Frauen.“ (Exp_IP7)*
- ➔ *„Das sind meistens die zweite oder dritte Generation der klassischen Gastarbeiter, mit guten bis sehr guten deutschen Kenntnissen mit einer guten, bzw. sehr guten Ausbildung. Sie sind sehr gut*

informiert und in dieser Gruppe werden diejenigen sein, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen.“ (Exp_IP6)

➔ *„Und auch das weibliche Geschlecht, die sind doch mehr für die Familie da und müssen funktionieren [..].“ (Exp_IP9)*

3.1.9 Erwartungen und Ziele

3.1.9.1 Ergebnisse aus NRW

Erwartungen der Patienten/innen vor der Rehabilitation

Während der Befragungen machen die Experten/innen deutlich, dass die Patienten/innen sehr unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich des Rehabilitationsaufenthaltes haben. Den Experten/innen zufolge liege das vor allem am Grad der Informiertheit der Patienten/innen. Der Großteil der Patienten/innen, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, erwarte eine gesundheitliche Verbesserung. Ein Experte erklärt, dass eine geringere Informiertheit über die Rehabilitation zu unrealistischen Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich der gesundheitlichen Verbesserung von Patienten/innen führen könne. Bei den Fragen zu den Erwartungen von Patienten/innen hinsichtlich der Rehabilitation kommen die befragten Experten/innen wiederholt auf das Thema Rentenbegehren zu sprechen. Ihren Aussagen zufolge unterschieden sich die Erwartungen der Patienten/innen, wenn sie sich durch die Rehabilitationsmaßnahme die Beantragung der Rente erhoffen. Die Erwartung der gesundheitlichen Verbesserung sei für diese Rehabilitanden/innen nicht relevant. In diesem Fall dürfe sich die gesundheitliche Situation der Rehabilitand/innen nicht verbessern.

➔ *„Manche wollen völlig gesund wiederkommen. Manche wollen geheilt wiederkommen. Also im Grunde Erwartungshaltung hoch, weil aber inhaltlich wenig Wissen vorhanden ist, sind die nicht real die Erwartungen.“ (IP3)*

➔ *„...am Ende des Arbeitslebens, sie sind arbeitslos geworden, sie kriegen keinen Job, nur kurzfristig, einfache Tätigkeiten. Und da kommt halt diese Reha, wo das schon wieder kontraproduktiv ist, weil der der jetzt zur Reha geht, erwartet gar nicht mehr deutlich besser zu werden.“ (IP3)*

3.1.9.2 Ergebnisse aus SH

Erwartungen der Patienten/innen vor der Rehabilitation

Hinsichtlich der Erwartungshaltung türkischer Migranten/innen machten die befragten Experten/innen unterschiedliche Angaben. Während einige interviewte Ärzte/innen eine deutliche Unterscheidung der Erwartungshaltung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund beschrieben, gab ein weiterer Arzt an, dass die Erwartungshaltungen beider Patientengruppen vergleichbar wären.

Den Ärzten/innen zufolge zeigen sich unterschiedliche Erwartungen in Bezug auf die Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahme als auch hinsichtlich der Zielstellung.

Häufig werde hierbei von Patienten/innen mit Migrationshintergrund die Erwartung geäußert, durch die Rehabilitation gesund werden zu wollen.

- ➔ *„Sie haben ein ganz anderes Verständnis dafür, wie Reha auszusehen hat und sein sollte. Sie haben eine ganz andere Erwartung als deutsche Patienten.“ (Exp_IP8)*
- ➔ *„[...] Das kann daher kommen, dass die Erwartungshaltung unter Umständen, eine andere ist. Die ist ja auch relativ sehr stark, relativ stark kulturell geprägt. Was erwartet mich in der Reha und was erwarte ich von der Reha. Das kann durchaus sein. Wenn zum Beispiel ein deutscher Patient Linderung von Beschwerden als Ziel angeben würde, dann kann es durchaus sein, dass ein türkischer Patient als Ziel angibt als Ganzes gesund zu werden [...].“ (Exp_IP6)*

Darüber hinaus werde häufig von türkeitämmigen Rehabilitanden/innen im Rahmen der Rehabilitation die Reduktion bzw. die Erlangung einer Schmerzfreiheit erwartet.

- ➔ *„[...] die Schmerzen sollen weggehen. Also das Thema Schmerz ist da präsent. Das kommt immer wieder vor und zieht sich gerade bei Migranten wie ein roter Faden da durch.“ (Exp_IP7)*

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahme werde nach Erfahrung der Experten/innen speziell bei älteren Patienten/innen mit türkischen Wurzeln eher eine medikamentöse Umstellung/Therapie erwartet als eine aktive Involvierung im Rahmen von Ernährungs- und Bewegungsangeboten.

- ➔ *„Also insgesamt nochmal das Thema mit der Aktivität. Also, dass es besser ist ein paar Tabletten, die alles wegmachen, das ist, kommt besser oder wird eher angenommen, als so der Wunsch von mir aus auch grundsätzlich so Dinge umzustellen. Also ob das nun Ernährung oder Bewegung oder Sport ist - Also Sport ist ja da nun ein noch schwierigeres Thema, zumindest bei den Mittelalten und Älteren. Also sagen wir mal, der eher passive Versorgungsanspruch, der ist glaube ich da höher bei türkischen Patienten.“ (Exp_IP10)*

3.1.10 Zufriedenheit

3.1.10.1 Ergebnisse aus NRW

Zufriedenheit

Den Experten/innen zufolge hängt die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme stark mit der Erwartungshaltung bzw. mit dem Ziel der Patienten/innen zusammen. An dieser Stelle wird noch einmal auf den Grundsatz „Reha vor Rente“ eingegangen. Demnach könne sich die gesundheitliche Situation von Patienten/innen, die eine Rentenbeantragung wünschen, nicht verbessern. Laut den Experten/innen ist die Zufriedenheit dieser Patienten/innengruppe im Vergleich zu Patienten/innen, die sich eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation wünschen, geringer.

- ➔ *„...da gibt es zwei Sorten. Die Einen die Reha als Erholungsurlaub sehen und die Anderen wegen dem Rentenbegehren, die diese Phase durchmachen müssen. Und das deswegen mitnehmen [...] und die Ersteren, die kommen mit den positiven Erfahrungen und die Zweiten kommen eher mit subjektiven negativen Erfahrungen.“ (IP4)*

→ *„[...] wenn sie wirklich voller Hoffnung sind, dann gehen sie und werden in irgendeiner Weise befriedigt.“ (IP3)*

Gleichzeitig wird von den Experten/innen betont, dass die Rehabilitationseinrichtungen noch nicht ausreichend auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet seien.

→ *„Das Essen war schlecht, das war ganz anders.. das war streng, ich hatte gar keine Ruhe. Ich musste Sport machen, ich hatte Schmerzen. D.h. dann ist es wie eine Folter, dann ist es quasi wie eine geschlossene Einrichtung, vielleicht ist es wie eine Züchtigungsanstalt statt ein Erholungsaufenthalt.“ (IP3)*

→ *„...naja zumindest bei türkischen Patienten.. irgendwie andere Lebensformen, wenn die auch zur Reha gehen, da fühlen sie sich erstmal nicht wohl.“ (IP4)*

→ *„...gerade mit Migrationshintergrund die Bedürfnisse der Patienten.. denen kann man da nicht oder wird nicht immer gerecht.“ (IP2)*

3.1.10.2 Ergebnisse aus SH

Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Rehabilitation sei nach Aussage der interviewten Ärzte/innen bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund geringer als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.

→ *„Wenn sie in die Reha gehen, kommen sie meist sehr unzufrieden aus der Rehabilitation wieder.“ (Exp_IP8)*

Häufig würden die Therapien und Anwendungen als nicht erforderlich und hilfreich von den Rehabilitanden/innen bewertet, da andere Aspekte eine zentralere Bedeutung für Patienten/innen mit Migrationshintergrund haben wie beispielsweise das Vorhandensein eines WLAN-Anschlusses.

→ *„Ein Patient mit Migrationshintergrund, den ich nach seinem Aufenthalt fragte, meinte es gab nichts in der Klinik, es hätte nichts stattgefunden. Er hätte erwartet, dass es Internet - WLAN - gibt, was nicht der Fall war. Die Anwendungen und Behandlungen waren nebensächlich und wurden nicht als Teil der Therapie verstanden.“ (Exp_IP8)*

Enttäuschungen wurden den Ärzten/innen auch hinsichtlich der Ausstattung der Kliniken anvertraut. Patienten/innen fehle es dabei häufig an internationalen Fernsehsendern, frei verfügbarem Internet und Freizeitangeboten. Hierdurch fühlten sich die Patienten/innen nicht selten isoliert.

→ *„Die Fernsehsender sind ein weiteres Problem. Es gibt nur deutschsprachige und keine anderssprachigen Programme. Zudem gibt es kein Internet. Die Patienten sind allein auf dem Zimmer. Ihnen ist langweilig und sie fühlen sich isoliert, daher sind sie auch oft unmotiviert und arbeiten nicht aktiv mit.“ (Exp_IP8)*

Auch gemischtgeschlechtliche Angebote führten bei Patienten/innen manchmal zu Unzufriedenheit.

→ „Gemischte Saunen sind ein Problem, selbst nach 30 Jahren in Deutschland.“ (Exp_IP8)

Zudem wurde den befragten Ärzten/innen im Rahmen der ärztlichen Konsultation im Anschluss an die Rehabilitation die Unzufriedenheit u.a. mit dem Essen in der Einrichtung zurückgemeldet. Die Rehabilitation werde darüber hinaus häufig auch als sehr anstrengend erlebt.

→ „Ach, das war ja schon gut und das waren tolle Sachen und so, aber das sei ja doch anstrengend gewesen, das ist ein genereller Tenor. Das Essen wird thematisiert in der Reha und dann kommt meist so ein erschöpfter Satz: Naja, jetzt ist auch mal gut. Dass man ahnt, es geht jetzt wieder zurück in den Alltag. Also das war eine anstrengende Phase aber nun möchte man auch nicht weiter belästigt werden. Das ist mein Eindruck so.“ (Exp_IP7)

→ „Manchmal kommen sie auch, fällt mir grade ein, weil sie hinterher eine Krankschreibung brauchen. Sie müssen sich mal erholen für eine Woche, das kommt durchaus auch vor nach der Reha.“ (Exp_IP7)

3.1.11 Wirksamkeit

3.1.11.1 Ergebnisse aus NRW

Wirksamkeit und Reha-Erfolg

Der Rehabilitationserfolg hängt den Experten/innen zufolge stark von der Indikation ab. Haben Patienten/innen beispielsweise psychosomatische Erkrankungen könne mit größeren Erfolgen gerechnet werden als bei Patienten/innen mit orthopädischen Beschwerden. Zusätzlich wird im Rahmen der Befragungen beschrieben, dass ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Patienten/innen und dem Rehabilitationserfolg bzw. der Wirksamkeit besteht.

→ „[...] auf der psychosomatischen Seite da verspreche ich mir eigentlich mehr, von vornherein mehr davon, als von der orthopädischen Seite. Weil ich [...] hundertprozentig weiß, wenn die wiederkommen die sind ihre Schmerzen nicht los.“ (IP2)

→ „...wenn die Patienten sich nicht verstanden fühlen, auch in der Reha-Einrichtung, dann.. führt das auch.. zu keinem Erfolg.“ (IP2)

Bei den Themen Erwartungshaltungen, Zufriedenheit und Rehabilitationserfolg unterscheiden sich den Aussagen der Experten/innen zufolge deutsche Patienten/innen von Patienten/innen mit Migrationshintergrund. Demnach seien deutsche Patienten/innen besser informiert und haben aus diesem Grund auch eine realistischere Vorstellung sowie Erwartungshaltung hinsichtlich des Rehabilitationsaufenthaltes. Ein weiterer Punkt, der von den befragten Hausärztinnen und Hausärzten geschildert wurde, ist der, dass Menschen ohne Migrationshintergrund deutlich früher eine Rehabilitationsmaßnahme wahrnehmen als Menschen mit Migrationshintergrund und daher auch bessere Rehabilitationserfolge erreichen könnten.

→ „Der Unterschied ist, dass die [deutsche Patienten/innen] ja auch viel früher in die Reha gehen, können die dann nachher auch wieder in den normalen Alltag und in das .. Arbeitsleben wieder zurück.“ (IP5)

3.1.11.2 Ergebnisse aus SH

Wirksamkeit und Reha-Erfolg

Hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs erhielten die teilnehmenden Ärzte/innen sehr unterschiedliche Rückmeldungen von ihren Patienten/innen. Während die Patienten/innen mit Migrationshintergrund eines Arztes meist nur von einer leichten Erholung berichteten und die Erwartungen in den meisten Fällen nicht erfüllt würden, gab eine weitere Ärztin an, dass ihre Patienten/innen von der Rehabilitationsteilnahme profitiert hätten. Einschränkend wurde von der Ärztin jedoch betont, dass der Erfolg der Rehabilitation von der Motivation der Patienten/innen abhängig sei.

→ „Einige berichten von einer leichten Erholung in der Reha, aber überwiegend werden die Erwartungen nicht erfüllt.“ (Exp_IP8)

3.1.12 Inanspruchnahme von Reha-Nachsorgeangeboten

3.1.12.1 Ergebnisse aus NRW

Nachsorgeempfehlungen

Nachsorgeangebote werden von den meisten Experten/innen entsprechend dem Abschlussbericht verordnet. Die Nachsorgeempfehlungen umfassen dabei meistens ambulante Therapieangebote oder medikamentöse Behandlungen.

→ „Ja, das hängt von dem Reha-Ergebnis auch ab oder dem Zustand nach der Reha. Manche müssen ambulant weiter behandelt werden, Medikamente usw.“ (IP3)

→ „In der Regel soweit es möglich ist, wird es umgesetzt.“ (IP3)

Für türkische Patienten/innen könne es insbesondere bei Nachsorgeempfehlungen im psychologischen Bereich zu Schwierigkeiten kommen, wenn keine türkischen Psychologen/innen oder Psychotherapeuten/innen zur Verfügung stehen. Den Experten/innen zufolge ist bei einer psychologischen Behandlung die Arzt-Patienten-Beziehung von großer Bedeutung.

→ „Und ein ganz großes Problem wieder psychosomatische Patienten, türkischsprachige Psychotherapie hast du nicht vorhanden. Und dann ist das natürlich wieder so ein Ping-Pong-Spiel, d.h. der Patient sagt: ‚Ich soll aber Psychotherapie kriegen‘, dazu sagt man: ‚Ja, kriegst du auch, hier hast du deinen Überweisungsschein, aber es gibt keinen Psychotherapeuten dort..‘ Das ist quasi nicht durchführbar und das gibt dann wieder eine Diskrepanz, dann fragt man sich natürlich, was hat dann die Reha gebracht?“ (IP3)

Ein Problem sehen die Experten/innen bei der Verordnung von Nachsorgeangeboten. Die Hausärzte/innen halten die Regelung, dass Patienten/innen nur eine begrenzte Anzahl von Überweisungen erhalten dürfen für verbesserungswürdig.

- ➔ *„Eine Krankengymnastik ist ja schon schwierig, da gibt es zwei Verordnungen, die Dritte, die ist schon schwer, eine dritte Verordnung, also Krankengymnastik zu verschreiben und dann.. kommen so viele Sachen dann wieder zurück.“ (IP5)*

3.1.12.2 Ergebnisse aus SH

Inanspruchnahme von Nachsorgeempfehlungen

Der Anteil an Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund, die im Anschluss an die Rehabilitation eine Rehabilitationsnachsorge in Anspruch nahmen, wurde von den Ärzten/innen sehr unterschiedlich bewertet. Während ein Arzt von einem eher geringen Interesse seitens türkeistämmiger Migranten/innen berichtete, wurde die Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft im Hinblick auf Nachsorgeangeboten von einem weiteren Arzt im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden/innen bei Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft als eher hoch eingestuft.

- ➔ *„Also bei den deutschen Patienten ist das schon so, dass der Anteil ja eigentlich nicht ausreichend ist, der da meines Erachtens nach mitmachen müsste. Und bei den türkischen Patienten denke ich, wird das noch viel geringer sein, wahrscheinlich gar nicht möglich sein.“ (Exp_IP6)*
- ➔ *„Die sind schon ganz dankbar, wenn man sagt: ‚Pass mal auf, wir müssen jetzt das, das, das machen und dann machen wir das jetzt‘. Die Deutschen sind da eher: ‚Ja, nein, lieber nicht‘. Und das ist da schon einfacher mit denen da ein bisschen direkter zu arbeiten.“ (Exp_IP7)*

3.1.13 Lösungsansätze

3.1.13.1 Ergebnisse aus NRW

Um zu erfassen, wie die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund optimiert werden kann, wurden die Experten/innen nach Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Vertrauenspersonen

Ein Vorschlag der befragten Hausärzte/innen ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund Vertrauenspersonen bzw. Ansprechpartner/innen zur Seite gestellt werden, die sie in allen Phasen der Rehabilitation unterstützen können.

- ➔ *„Da wäre es natürlich auch schön, wenn da irgendwo auch in den Krankenkassen, wenn man sagt: ‚Ja also, fragen Sie mal nach‘, oder ‚Holen Sie mal irgendwas darüber‘. Das man sagen kann, da hat die Krankenkasse oder die LVA eine Person dazu [...] ja, wäre schon schön, wenn die auch die Sprache könnten, sonst kann man ja überall hingehen und nachfragen, aber es bringt ihnen ja nichts, wenn sie keiner verstehen kann.“ (IP5)*

Optimierungsvorschläge für Rehabilitationskliniken

Von den Experten/innen wurde während der Befragungen vorgeschlagen, dass Rehabilitationseinrichtungen mehr mit kulturvermittelnden bzw. religiösen Vereinen und Institutionen

zusammenarbeiten sollten, um sich auf die Bedürfnisse ihrer Patienten/innen besser einstellen zu können. Ein weiterer Vorschlag der Hausärzte/innen ist die Einstellung von mehrsprachigem Personal.

- *„Da müsste von irgendeinem Verbund.. oder von Vereinen mehr Initiative kommen, finde ich, dass da.. in diesen Einrichtungen mehr möglich gemacht wird [...] dass die auch ihren.. traditionellen Glauben verrichten können, aber.. dass sie sich nicht verstecken müssen..“ (IP2)*
- *„..wir brauchen einfach Physiotherapeuten mit türkischer Sprache, dann Sozialtherapeuten usw..“ (IP5)*

Individual-sensible Gestaltung der Rehabilitation

Die Experten/innen erklären, dass die Berücksichtigung von Individualität in Rehabilitationseinrichtungen bisher kaum thematisiert wird. Ihnen zufolge sollten sich Rehabilitationseinrichtungen auf einen einzelnen Indikationsbereich spezialisieren, um auf die Individualität ihrer Rehabilitanden/innen optimal eingehen zu können. Ein weiterer Punkt, der während der Befragungen vorgeschlagen wurde, ist, dass die Rehabilitationseinrichtungen vor dem Beginn der Rehabilitationsmaßnahme mit den Patienten/innen kommunizieren sollten, um mögliche Bedarfe und Bedürfnisse erfassen zu können.

- *„Jeder lebt ja sein eigenes Leben, seinen Alltag und das man einfach schaut, was ist für dieses Individuum bedeutsam, wie, was für einen Tagesablauf hat der, was isst er, was trinkt er, was macht er.. weil man sonst immer in eine Schablone reingepresst wird und die Reha-Einrichtungen, die sind ja recht flexibel und ich könnte mir vorstellen, bei der Masse und Menge auch an Reha-Einrichtungen, dass man dann vielleicht nicht dieses kultursensible sondern vielleicht dieses individual-sensible macht, so wie eben bei Hochleistungssportlern.“ (IP3)*
- *„Also ich sehe da keinen Sinn. Entweder Schwerpunkt Psychosomatik oder Schwerpunkt.. orthopädisch..“ (IP2)*

Verbesserung des Systems

Wie auch schon bei anderen Themenblöcken kritisieren die Experten/innen den Grundsatz „Reha vor Rente“. Den Aussagen der Hausärzten/innen zufolge werden Patienten/innen, die ihrer Meinung nach berentet werden sollten, zu Rehabilitationsmaßnahmen gedrängt. Als Verbesserungsvorschlag führen die Experten/innen auf, diesen Grundsatz zu überarbeiten und Rehabilitationsmaßnahmen nur dann zu empfehlen, wenn sie eine Möglichkeit auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten und sie von den Rehabilitanden/innen gewünscht ist.

- *„Sinn der Reha müsste eigentlich überdacht werden. Wofür machen wir Reha, für wen machen wir Reha. Das wird ja wie.. also sehr.. ungezielt gemacht. Vor allem diese Geschichte mit Reha vor Rente, das ist so ein Unsinn, ja? Also es gibt Leute, die.. berentet werden müssten, ohne.. zur Reha zu gehen und sie werden trotzdem zur Reha gezwungen und dann werden Leute, naja, die überhaupt nicht rentenreif sind, auch dahin geschickt, damit der Schritt erledigt ist.“ (IP4)*

Vorbereitung vor der Rehabilitationsmaßnahme

Die Experten/innen erklären, dass detaillierte Informationen über die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund in einer einfachen Sprache bzw. mehrsprachig zur Verfügung gestellt werden sollten. Dadurch könnten sich Patienten/innen besser auf die Rehabilitation vorbereiten und hätten eine realistischere Vorstellung von dem, was sie erwartet.

- ➔ *„Vielleicht, dass man eine allgemeine Information hat, was macht die Reha überhaupt? Welche Patienten profitieren davon? Und dann halt, wenn eine Anmeldung erfolgt ist und dann einer bestimmten Klinik zugeordnet wird, dass man dann vielleicht von der Klinik eine Bestätigung bekommt: ‚Ja, das machen wir. Oder Sie kommen ja wegen der und der Erkrankung.‘“ (IP3)*

Einsatz seitens der Ärzte/innen

Die Experten/innen sind sich einig darüber, dass behandelnde Ärzten/innen einen großen Einfluss auf die Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme hätten. Aus ihrer Sicht würden Patienten/innen mit Migrationshintergrund, insbesondere aus der ersten Generation, von mehrsprachigen Ärzten/innen profitieren, die auch gleichzeitig ihre Kultur und Religion verstehen. Darüber hinaus wird kritisiert, dass Ärzte/innen Patienten/innen mit Migrationshintergrund oftmals keine rehabilitativen Leistungen empfehlen. Dies wird darin begründet, dass das Antragsverfahren bei dieser Patientengruppe mit mehr Zeit- und Ressourcenaufwand für den überweisenden Arzt oder Ärztin verbunden sei.

- ➔ *„Diese Mentalität wird ja nicht verstanden.“ (IP5)*
- ➔ *„Wir brauchen mehr türkischsprachige Ärzte und.. wir brauchen auch Ärzte, deutsche Ärzte, zu denen auch die türkischen Patienten gehen, die auch freiwillig auch mal sie darauf hinweisen, dass sie eine Reha machen sollen oder machen können.“ (IP5)*
- ➔ *„Also ich denke, das ist schon von den Personen abhängt, dass man sagt: ‚Okay, der kann ja nicht sprechen, den schieben wir weg.‘“ (IP5)*
- ➔ *„Also es ist schwer das zu sagen. Ich möchte das Wort nicht sagen, aber, nicht Wert genug.“ (IP5)*

3.1.13.2 Ergebnisse aus SH

Verbesserte Informationsvermittlung

Als Unterstützung der Antragstellung wurden mehrere Ansätze für eine verbesserte Informationsvermittlung von den Ärzten/innen beschrieben. In erster Linie wurde darauf hingewiesen, dass Patientenbroschüren und Informationsmaterialien in türkischer Sprache die Antragstellung sowie die Informationsvermittlung erleichtern würden.

- ➔ *„Es wäre sicherlich von Vorteil, wenn man, wenn man, zumindest bei den gängigsten Krankheitsbildern nicht nur in deutscher Sprache eine Patientenbroschüre hätte, sondern auch in türkischer Sprache. Auch wenn man über Nacht natürlich kein Türkisch lernen kann, das ist schon ganz klar, muss ja auch keiner. Aber man sollte schon, denke ich, so wie das den deutschen Patienten ja auch angeboten wird, auch Broschüren in der Heimatsprache anbieten können.“ (Exp_IP6)*

→ *„Also türkischsprachige Informationsblätter wären nicht schlecht.“ (Exp_IP10)*

Zudem wurde ein Austausch innerhalb kleiner muttersprachlicher Gruppen als hilfreich bewertet. Hierbei wurde die Wichtigkeit des Einbezugs von Familienangehörigen betont. Eine weitere Möglichkeit wurde in der direkten Aufklärung durch Familienangehörige gesehen. Zusätzliche Informationskanäle, die nach Auffassung der Ärzte/innen genutzt werden sollten, stellen verschiedene Medien dar.

→ *„In kleinen Gruppen, sozialen Selbsthilfegruppen Informationen anbieten, in der Muttersprache.“ (Exp_IP6)*

→ *„Treffen organisieren, wo auch Familien kommen können. Müssen ja nicht getrennt kommen, können auch beide kommen. Und halt in einem angemessenen Rahmen Frage und Antwort stehen, welche Möglichkeiten es gibt und was man da machen kann.“ (Exp_IP6)*

→ *„Für einen besseren Reha-Zugang sollten mehr Informationen über Medien gegeben werden.“ (Exp_IP8)*

→ *„Betroffene sollten über Angehörige über die Reha informiert werden, über die zweite Generation. Die zweite Generation sollte eingebunden werden.“ (Exp_IP8)*

Optimierungsvorschläge für Rehabilitationskliniken

Muttersprachliche Ansprechpartner/innen in den Praxen und auch in den Rehabilitationseinrichtungen wurden ebenfalls als Lösungsansatz benannt. Durch diese könnten u.a. muttersprachliche Gruppensitzungen sowie Einzeltherapien in den Einrichtungen gewährleistet werden.

→ *„[...] es gibt Gruppensitzungen, je nachdem was für eine Reha man macht. Und da fände ich so muttersprachliche Gruppen sinnvoll.“ (Exp_IP10)*

Verbesserung des Systems und individual-sensible Gestaltung der Rehabilitation

Darüber hinaus wurde die Flexibilisierung von Rehabilitationskonzepten als sinnvoll erachtet. Hierbei sollten sich die Maßnahmen an die Bedürfnisse und Problembelastung des jeweiligen Patienten/in anpassen. Durch die Entzerrung der Maßnahme wäre der Zugang für vulnerable Gruppen niedrigschwelliger und eine Inanspruchnahme naheliegender.

→ *„Und vielleicht könnte man eine Reha entzerren, dass man anstatt drei Wochen im Block einen Tag die Woche macht über einen Zeitraum von 20 Wochen oder so. Also das könnte ich mir vorstellen, dass es sinnvoll ist, dass die Leute regelmäßig einen kleinen Motivations- und Anleitungskick bekommen. Vielleicht ist es auch niederschwelliger, wenn man nicht drei Wochen irgendwie weg geht, sondern wenn man sagt: ‚Ich gehe nur montags oder nur dienstags dahin‘. Man muss den Rest der Zeit aber vielleicht auch einen Eigenanteil leisten.“ (Exp_IP7)*

Verbesserte Informationsmöglichkeiten für Ärzte/innen

Auf Seiten der Ärzte/innen wurden ebenfalls einige Wünsche zur Unterstützung der Versorgung von entsprechenden Patientengruppen gewünscht. Hierzu zählen Informationsmateria-

lien über Beratungsstellen mit türkischsprachigen Mitarbeitern, Türkischsprachkurse für Ärzte/innen sowie Medikamentenpläne in den verschiedenen Sprachen.

- ➔ *„Und, also das weiß ich zum Beispiel auch gar nicht, ob es irgendwo eigentlich auch Beratungsstellen gibt, wo Leute mit Migrationshintergrund hingehen können und sich auch unterstützen lassen bei dem Ausfüllen von Anträgen. Das wäre sicherlich hilfreich. Weil, da habe ich auch nichts an der Hand, wo ich sagen kann: ‚Da gehen Sie mal hin‘.“ (Exp_IP10)*
- ➔ *„Aber wie gesagt, wenn es irgendwie, ich fände es zum Beispiel neben diesem Türkisch-Buch für Ärzte, auch sehr praktisch, wenn zum Beispiel so ein Medikamentenplan, wo dann [...] mittags noch irgendwie in Türkisch draufsteht. Wenn man so Pläne hätte, wo man dann einfach mal einen Plan auf Türkisch ausfüllen könnte. So was fände ich gut. Oder zum Beispiel ein Informationsblatt auf Türkisch. Also solche Sachen würden dann vielleicht auch den Zugang erleichtern und die Hemmschwelle geringer machen.“ (Exp_IP10)*

3.2 Patienteninterviews

3.2.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Patientenbefragungen wurden insgesamt 18 Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft zu drei Zeitpunkten befragt. Die erste Befragung erfolgte innerhalb der ersten Woche der Rehabilitationsmaßnahme. Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung waren die Rehabilitanden/innen in der letzten oder vorletzten Woche der Rehabilitation. Die letzte Befragung wurde telefonisch etwa einen Monat nach dem Rehabilitationsprozess durchgeführt. Bei der Rekrutierung der Rehabilitanden/innen wurde auf die Heterogenität, also Geschlecht und Alter der Interviewpartner/innen geachtet. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse aus der qualitativen Datenanalyse anhand der untersuchten Kategorien dargestellt.

Die Gruppe von Befragten ist in Hinblick auf die Auswahl von Fällen in der qualitativen Forschung heterogen. Für die methodische Sättigung und für die optimale Berücksichtigung aller Auswahlkriterien wurden mehr Befragungen als geplant durchgeführt. Tabelle 3 gibt einen Überblick zur befragten Stichprobe.

Tabelle 3: Soziodemographische Charakteristika der qualitativ befragten Rehabilitanden/innen, absolute Anzahl

		Nordrhein-Westfalen	Schleswig-Holstein
N (T0/T1/T2)		18 (18/18/16)	14 (14/12/12)
Weiblich		8	5
Alter (Mittelwert)		49,7	46,1
Schulabschluss	Abitur	1	3
	Realschule	3	4
	Hauptschule	8	3
	Schule in der Türkei	3 (5 Jahre), 1 (8 Jahre)	1
	Keinen	2	3
Geburtsland	Türkei	16	13
	Deutschland	2	1
Indikation	Orthopädie	18	12
	Kardiologie	-	2
Verfahren	Heilverfahren	15	10
	Anschlussheilbehandlung	3	4

T0: Rehabilitationsbeginn, T1: Rehabilitationsende, T2: einen Monat nach der Rehabilitation

3.2.2 Erfahrungen vor der Rehabilitation

3.2.2.1 Ergebnisse aus NRW

Grund der Antragstellung und Motivation zur Rehabilitation

Im Rahmen der Befragungen wurden größtenteils Rehabilitanden/innen mit orthopädischen Erkrankungen interviewt. Für den Großteil der Befragten waren Schmerzen im Wirbelsäulenbereich der Grund für die Beantragung einer rehabilitativen Maßnahme. Einige der interviewten Rehabilitanden/innen wurden unmittelbar vor dem Rehabilitationsaufenthalt operiert und wurden im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung versorgt. Die meisten Rehabilitationsanträge kommen dabei durch die Arzt-Patienten-Kommunikation zustande, d.h. entweder Patienten/innen sprechen ihren behandelnden Arzt bzw. Ärztin auf eine rehabilitative Maßnahme an oder Ärzte/innen empfehlen ihren Patienten/innen eine Rehabilitation. Während der Befragungen wird auch von Fällen erzählt, bei denen zu einer rehabilitativen Maßnahme seitens der Krankenversicherung gedrängt wurde.

➔ „Der Arzt hat mir das empfohlen.. Mein Orthopäde.“ (IP5)

➔ „Ich habe meinem Arzt gesagt ich kann nicht mehr. Ich habe gefragt: ‚Was ist für mich gut?, ich hab gehört Reha soll gut sein.“ (IP11)

Bei der Antragstellung machen Patienten/innen mit Migrationshintergrund sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Insbesondere Menschen mit wenig Deutschkenntnissen sind auf

die Hilfe von Anderen angewiesen. Jüngeren Menschen mit Migrationshintergrund ohne Sprachschwierigkeiten fällt der Prozess der Antragstellung deutlich einfacher.

- „Da sind nur Fragen, die man nicht versteht.“ (IP5)
- „War die Antragstellung so wie Sie es sich gewünscht haben? Alles so reibungslos?“ (IF)
 - „Also bis jetzt ist alles gut.“ (IP5)

Unterstützung bei der Antragstellung

Unterstützt wurden die Befragten in den meisten Fällen von der Krankenkasse und Familienangehörigen, selten vom überweisenden Arzt bzw. der Ärztin. Probleme bei der Antragstellung gab es vor allem aufgrund der Komplexität des Verfahrens. Der Umfang an Formularen wird von den Befragten als sehr hoch und die Verständlichkeit der Fragen als zu schwierig eingeschätzt.

- „Meine Frau hat es für mich ausgefüllt.“ (IP13)
- „Für mich war es sehr einfach, weil ich es nicht selbst ausfüllen musste. Die Krankenkasse hat das übernommen.“ (IP9)
- „Papierkram war schon bisschen schlimm, ne, weil ich wollte schon ehrlich gesagt, absagen, weil das abgeben, das abgeben, das abgeben und ich wusste auch nicht, was ich da reinschreiben soll, dann wie ich das reinschreiben soll, ne.. deswegen.“ (IP10)

Dementsprechend ist auch die Belastung durch die Antragstellung bei vielen Befragten hoch. Schwierigkeiten bei der Antragstellung können den Befragten zufolge auch durch Verzögerungen seitens der behandelnden Ärzte/innen entstehen. Auch der Umgang mit Schwierigkeiten bei der Antragstellung fiel jüngeren bzw. den Befragten mit guten Deutschkenntnissen leichter.

- „Ja, es war belastend, sie fragen nach sehr viele Sachen.“ (IP13)
- „Die Belastung auf einer Skala von 1-10 lag bei 7 [...] Ja, es ist sehr belastend, ich bin krank, deshalb ist es belastend.“ (IP11)
- „Mein Facharzt sich da viel Zeit gelassen [...] war nervtötend. Ich habe jeden Tag angerufen.. ‚Kann ich meinen Schein jetzt abholen? Und abschicken?‘ – ‚Er ist noch nicht fertig, ist noch nicht fertig. Doktor hat keine Zeit dafür.‘ ‚Wie gesagt, ich muss in die Reha‘.“ (IP9)

Wünsche und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Antragstellung beziehen sich vor allem auf den Umfang der Formulare und die Vereinfachung der Sprache.

- „Was hätte Ihnen auch geholfen? (IF)
 - „Na nicht so viele Fragen stellen.“ (IP10)
- „Dass er schneller ausgefüllt hätte. Das waren nur 2-3 Punkte, die er ausfüllen musste und unterschreiben musste, das war nicht viel Arbeit.“ (IP9)

Informiertheit über die Rehabilitation

Die Informiertheit der Befragten über die Rehabilitation ist sehr unterschiedlich. Vielen der interviewten Rehabilitanden/innen war die Leistung bis zum Antritt der Rehabilitation gänzlich unbekannt. Für einige der Befragten war es nicht der erste Rehabilitationsaufenthalt.

→ „Ich wusste überhaupt nicht, dass es so etwas gibt.“ (IP4)

→ „Ja, weil ich ja schon mal war, wusste ich alles.“ (IP5)

- „Vor dem ersten Reha-Aufenthalt?“ (IF)

- „Überhaupt nicht, kannte ich nicht.“ (IP5)

Die Anwendungen und Therapien während der Rehabilitation waren dem Großteil der Befragten bis zum Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes gänzlich unbekannt. Andere Rehabilitanden/innen hatten rudimentäres Wissen über die Maßnahmen.

→ „Also.. ich hab ne kurze Information erhalten, aber da stand nichts. Da stand nur, wie ich mich vorbereiten soll. Naja wie dieser Ablauf hier, konkret.. stattfindet, wusste ich da nichts von. Also habe ich erst erfahren, als ich hier war.“ (IP9)

→ „Ich würde schätzen so 60% von dem wie es hier abläuft war mir bekannt, nur was ich vorher schon gehört hatte von Bekannten.“ (IP4)

Informationsquellen

Neben den Institutionen, die an der Antragstellung beteiligt sind (Ärzte, Krankenkasse, Rentenversicherung, Reha-Klinik), informieren Familienangehörige und Freunde die Befragten über die Rehabilitation. Darüber hinaus gibt der Großteil der Befragten an, sich selbst über das Internet informiert zu haben.

→ „[...] ich habe im Antrag alles gelesen und was ich nicht wusste, habe ich bei der Krankenkasse nachgefragt, vom Arzt habe ich nur wenig Informationen erhalten.“ (IP8)

→ „[...] von Freunden, die schon eine Rehabilitation gemacht haben.“ (IP4)

→ „Also jetzt heutzutage geht man ja sofort ins Internet, ich habe sofort geguckt wo das ist.“ (IP5)

Wünsche, die die Befragten hinsichtlich der Informierung über die Rehabilitation äußern, beziehen sich vor allem auf die Verständlichkeit des Materials. Der Großteil der Befragten erklärt, dass sie nicht genau verstanden haben, was sie in der Rehabilitation erwartet, dennoch fühlen sie sich ausreichend informiert.

→ „Wenn man gut belesen ist, ist das gut. Ist in Ordnung, aber .. ich kenn einige die Probleme damit hatten, weil viele Fachausdrücke auch drin sind. Wenn man das nicht kennt, weiß man nicht was Hydro ist, was ist Hydro?“ (IP9)

→ „Ich hab gesagt, ich lasse mich überraschen. Einfach da hingehen und mitmachen.“ (IP8)

Während der Befragung äußern Rehabilitanden/innen nicht nur den Wunsch mehr Informationen im Allgemeinen zu erhalten, sondern auch zu einem früheren Zeitpunkt informiert zu werden. Die befragten Rehabilitanden/innen wünschen sich mehr individuelle Informationen hinsichtlich ihrer Erkrankung, des Rehabilitationsaufenthaltes, der angebotenen Therapien

und der Freizeitmöglichkeiten während des Aufenthaltes. Darüber hinaus hätte der Großteil der Befragten Informationen vor dem Rehabilitationsaufenthalt bevorzugt.

→ „Ja, dass die einzelnen vielleicht Anwendungen wie man da reinschreibt auch in Klammern reinschreibt, was es ist.“ (IP9)

Vorbereitung auf die Rehabilitation

Mit der „Vorbereitung auf die Rehabilitation“ hat der Großteil der Befragten, das Packen von Kleidung verbunden. Aus diesem Grund haben sich die meisten gut vorbereitet gefühlt. Einige Rehabilitanden/innen hätten sich gewünscht, besser vom überweisenden Arzt informiert und vorbereitet zu werden. Ein Rehabilitand berichtet davon, dass er sich selbst durch Informationen im Internet auf den bevorstehenden Rehabilitationsaufenthalt vorbereitet hat.

→ „Doch, ich habe mich informiert, wo die Anträge jetzt kamen, habe ich im Internet dann Klinik und was es da für Geräte gibt und was ich machen muss und was für mich geeignet ist.“ (IP3)

Schwierigkeiten vor der Rehabilitation

Schwierigkeiten vor dem Antritt der Rehabilitation hatten hingegen nur wenige Rehabilitanden/innen. Die Schwierigkeiten beziehen sich dabei meistens auf den überweisenden Arzt bzw. auf die überweisende Ärztin oder auf Probleme mit der Arbeitsstelle. Einige Rehabilitanden/innen berichten davon, dass ihnen unterstellt wurde, arbeitsunwillig zu sein. Darüber hinaus können temporäre finanzielle Ausfälle, bedingt durch den Rehabilitationsaufenthalt, auch zu interfamiliären Problemen führen.

→ „Ich denke, die meisten, ich habe das so gefühlt, also gemerkt, dass sie dachten, ich bin jemand der nicht arbeiten möchte, sondern irgendwie so Kur-Zeit haben möchte.“ (IP3)

→ „Ich hatte ein paar Schwierigkeiten mit meiner Arbeitsstelle.“ (IP6)

→ „[...] kamen finanzielle Probleme dazu [...] ich muss sagen indem Punkt, wenn man finanziell nicht gut ist, kann man auch nicht klar denken.“ (IP3)

3.2.2.2 Ergebnisse aus SH

Grund der Antragstellung und Motivation zur Rehabilitation

Von den Rehabilitanden/innen wurden sehr unterschiedliche Gründe für die Antragstellung angegeben. Neben Antragsgründen aufgrund eines Herzinfarktes, eines Bandscheibenvorfalles, eines Asthma bronchiale, eines Arbeitsunfalls, einer Knie-Operation sowie einer doppelten Bypass-Operation wurden Rückenschmerzen als häufigster Grund benannt. Ebenfalls wurde als Grund für die Antragstellung die Unzufriedenheit mit der ambulanten Versorgung angeführt. Diesbezüglich wurde insbesondere der Wunsch nach mehr ärztlicher Betreuung und mehr Zeit mit den behandelnden Ärzten/innen geäußert.

→ „Und ich wollte mich doch, ja, dass Ärzte sich mehr Zeit nehmen. Vor allem darum ging es mir. Und dass man, dass ich die Möglichkeit habe, quasi intensiver untersucht zu werden. Von ja, sa-

gen wir, von Ärzten, die sich wirklich Zeit nehmen. Weil vor Ort, ich habe, wegen meinem Rückenleiden, sagen wir, war ich bei mehreren Ärzten. Und egal wo ich da war, die haben sich relativ wenig Zeit genommen. Man hat sich so wie eine Ware, oder wie im Fließband war das. Und dann habe ich mich für eine Reha entschlossen.“ (T0_Herr A)

Die Idee zur Antragstellung ging von verschiedenen Personen bzw. Institutionen aus. Benannt wurde hauptsächlich der/die behandelnde Arzt/Ärztin, aber auch die Krankenkasse, der Arbeitgeber, Sozialberater und Bekannte. Vereinzelt wurden auch Anträge aus Eigeninitiative gestellt.

→ *„Die Initiative kam von mir auf jeden Fall.“ (T0_Herr A)*

Einige befragte Rehabilitanden/innen äußerten nachdrücklich Kritik, dass die Antragstellung vom behandelnden Arzt gezwungenermaßen erfolgte. Die Motivation zur Rehabilitationsteilnahme war bei diesen Personen eher geringfügig ausgeprägt.

→ *„[...] mein Arzt hat gesagt, dass ich in Reha benutzen können. Habe ich immer sieben Monate verschoben, weil wollte ich gar nicht. Und danach, die Arzt hat mich so richtig genervt. [...] und dann habe ich mir gesagt, na gut. Das wird, beruhigt wird es. Gehe einmal hin und besuche ich da.“ (T0_Herr B)*

→ *„Orthopäde hat da gesagt: ‘du musst dahin gehen’. Und deswegen bin ich hier.“ (T0_Herr C)*

Die Antragstellung wurde von der Mehrheit der Befragten als eher unkompliziert und reibungslos erlebt.

→ *„Die ging überraschenderweise flott und unkompliziert, ehrlich gesagt.“ (T0_Herr A)*

Dennoch wurden von einigen Rehabilitanden/innen Schwierigkeiten bei der Beantragung eingeräumt. Die Bearbeitung des Rehabilitationsantrags wurde vereinzelt als sehr zeitaufwändig und die Formulare als zu umfangreich wahrgenommen. Zudem äußerte ein Befragter, dass der Antrag ohne Unterstützung nicht zu bearbeiten gewesen wäre. Auch mit Unterstützung wurde das Antragsverfahren teilweise als zu aufwändig erlebt.

→ *„[...] Naja, war viele Sache unnötig, was da gefragt wurde. Beispiel, ich musste viel Papierkram erledigen [...].“ (T0_Herr M)*

→ *„[...] da muss man schon jemanden haben, der jemanden hilft. Als Ausländerin alleine schafft man das nicht. Ich bin ja zu einer Beratungsstelle gegangen und habe mich das helfen lassen. Manchmal, manche Sachen versteht man ja nicht, was das bedeutet [...]. Also Hilfe brauchte man schon für den Antrag, alleine ist das schon zu schwer gewesen.“ (T0_Frau K)*

Weitere Schwierigkeiten, die von den befragten Rehabilitanden/innen bei der Antragstellung geschildert wurden, beziehen sich auf die schlechte Erreichbarkeit der DRV-Servicestellen, die Termin- und Klinikfestlegung durch die DRV ohne Einbezug des Antragstellers, die Mitnahme von Kindern sowie das Widerspruchsverfahren nach Ablehnung eines Antrags.

→ *„Ich weiß, wenn ich jetzt ein bisschen zurückdenke, dass die Deutsche Rentenversicherung sehr schwer erreichbar war, [...]. Wenn man eine Frage hatte oder so. Man kam an die Warteschleife, zwanzig Minuten oder so und keiner ging ran oder es kam direkt auf besetzt. Man musste echt Glück haben, sage ich mal, die zu erreichen.“ (T0_Herr A)*

- ➔ „Ich wollte ja, eine andere Einrichtung haben. Ein anderen Standort und da musste ich, echt kämpfen [..].“ (T0_Herr A)
- ➔ „Also es war ja ganz am Anfang so dass ich den Reha Antrag gestellt habe mit Brief, dass ich zwei Kinder habe, alleinerziehend bin etc., etc. Und dann musste ich ja einen Widerspruch einlegen, weil die ja die Reha nur für mich genehmigt haben [..].“ (T0_Frau F)

Unterstützung bei der Antragstellung

Unterstützung bei der Antragstellung erhielten die befragten Rehabilitanden/innen vor allem durch ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärztin. Darüber hinaus wurden die Antragsteller bei der Bearbeitung der Antragsformulare überwiegend von der Familie und Freunden unterstützt.

- ➔ „Also meine Ärztin hat auch natürlich mir dabei geholfen. Sage ich mal, allein die Krankenakte, glaube ich, zu sammeln bzw. die ganzen Befunde.“ (T0_Herr A)
- ➔ „[...] Ich habe angerufen und Sie ist gekommen. Sie ist meine Tochter. Sie hat es gelesen und ausgefüllt. Mich gefragt, sollen wir das so machen. Ich habe ok gesagt. Wir beide haben es zusammen ausgefüllt [..].“ (T0_Frau H)

Von einigen Patienten/innen wurden aufgrund begrenzter Sprachkenntnisse Servicestellen zur Bearbeitung des Antrages in Anspruch genommen.

- ➔ „Ich konnte das nicht selber ausfüllen. Ich war im Schreibbüro, hab ich mir schreiben lassen. Die haben mir geholfen. Ausgefüllt.“ (T0_Herr E)
- „Ich bin dann, ich bin ja selber hier, ich leb ja schon 40 Jahre hier. Aber ich kann, ich lese manches und manches verstehe ich nicht, nicht alle, nicht so und dann bin ich zu einer Beratungsstelle gegangen, es gibt ja bei uns im Dorf. [...] und die hat mir geholfen.“ (T0_Frau K)

Um die Antragstellung einfacher für Patienten/innen zu gestalten, wurden verschiedene Vorschläge von den Befragten geäußert. Angeregt wurde die gemeinsame Klinikauswahl mit dem Kostenträger sowie die gemeinsame Abstimmung des Termins für die Durchführung der Maßnahme. Darüber hinaus wurde ein direkter und kurzfristig zu erreichender Ansprechpartner/in auf Kostenträgerseite als wünschenswert beschrieben.

- ➔ „Vielleicht, dass man mit dem Träger, generell zusammen aussucht, was das Beste für einen ist, welche Rehaklinik. [...] Also, erst mal, dass man gemeinsam erst einmal einen Termin aussucht und gemeinsam auch eine Einrichtung wählt.“ (T0_Herr A)
- ➔ „[...] es ist immer schön, sage ich mal, eine Ansprechpartnerin zu haben, mit der man gleich kommunizieren kann. Das war so was, wenn ich mich jetzt zurückerinnere, wo ich sage, einen Ansprechpartner oder der direkt erreichbar ist.“ (T0_Herr A)

Im Hinblick auf vorhandene Sprachbarrieren wurde von einer Teilnehmerin angeregt, Antragsformulare in verschiedenen Sprachen vorzuhalten. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach verständlicheren und kürzeren Antragsformularen beschrieben. Auch der Einbezug von Personen, die bei Übersetzungen und Fragen beiseite stehen, wurde als sinnvoll erachtet.

- ➔ „Diesen Papierkram sollte man bisschen verständlicher machen, wenig wie möglich Fragen [..].“ (T0_Herr M)

- ➔ *„[...] auch türkisch, oder je nachdem, kurdisch, syrische Formulare in der Schriftform einfach zu haben.“ (T0_Frau F)*
- ➔ *„Es ist immer gut, dass es jemand [...] dann auch bisschen übersetzt.“ (T0_Frau K)*

Informiertheit über die Rehabilitation

Die Mehrheit der befragten Teilnehmer/innen gab an, dass ihnen die Rehabilitation nur vom Hörensagen z. B. über Familienangehörige oder Freunde bekannt sei. Zwei Rehabilitanden/innen hatten bis zu ihrer Antragstellung keine Kenntnis über rehabilitative Maßnahmen. Eine befragte Patientin mit offensichtlicher Sprachbarriere wies im Rahmen des Interviews darauf hin, dass ihr der Begriff „Rehabilitation“ nicht bekannt sei.

Ausschließlich Patienten/innen, die bereits Rehabilitationserfahrungen gemacht hatten, schilderten eine ausreichende Informiertheit über die Inhalte und den Ablauf der Maßnahme.

- ➔ *„Ich hatte gar keine Erfahrung mit Reha. Ich hatte nur mal von Bekannten gehört, dass man das alle 4 Jahre einmal beantragen kann.“ (T0_Herr I)*
- ➔ *„[...] Was heißt das? Das verstehe ich nicht. Dieses Wort, was du gesagt hast. [...] Ich habe nicht verstanden, was das ist.“ (T0_Frau H)*

Nur wenige Patienten/innen berichteten, vorab z. B. von ihrem Arzt/ihrer Ärztin über die Maßnahme informiert worden zu sein. Ein Patient äußerte zudem, dass er nicht wisse, warum er an einer Rehabilitation teilnimmt.

- ➔ *„Es war gar keine Information. Informationen über die Reha gab es nicht, [...]“ (T0_Frau G)*
- ➔ *„Ne. Warum bin ich hier, das weiß ich auch nicht.“ (T0_Herr C)*

Informationsquellen

Ein Großteil der Befragten berichtete, sich über Familienmitglieder, Bekannte oder Kollegen, die bereits Rehabilitationserfahrung haben, informiert zu haben. Ebenso das Internet wurde von einigen Rehabilitanden/innen als Informationsquelle genutzt.

- ➔ *„Meine Mutter war in Reha. Und da, ja Bekannte waren auch in Reha. Daher wusste ich schon was eine Reha oder eine Kur ist.“ (T0_Herr I)*
- ➔ *„Ich habe mich im Internet eine bisschen informiert, da war es natürlich etwas mager geschildert [...]“ (T0_Herr L)*

Vereinzelt schilderten die interviewten Patienten/innen, dass sie sich vor Antritt der Rehabilitation gar nicht informiert und erst in der Rehabilitationseinrichtung Informationen über die Inhalte und den Ablauf der Maßnahme erhalten hätten. Einige Patienten/innen erwarteten zudem, dass sie während der Rehabilitation ausführlich informiert werden würden.

- ➔ *„Ja, und hier hab ich heute angefangen, weiß ich nicht was kommt.“ (T0_Herr C)*
- ➔ *„Aber ich habe gesagt, wenn ich hier komme die werden mich informieren.“ (T0_Herr E)*

Verständlichkeit von Informationen

Hinsichtlich der Verständlichkeit von Informationen waren die Befragten unterschiedlicher Meinung. Während einige Befragte die im Internet gefundenen oder vom Arzt erhaltenen Informationen als verständlich beschrieben, wurden insbesondere von Patienten/innen mit Sprachbarriere die Informationen als nicht verständlich eingestuft. Der Umfang an zur Verfügung gestellten Informationen wurde von der Mehrheit der Befragten als ausreichend bewertet.

- *„Wie gesagt, in meinem Falle, mir persönlich hat das ausgereicht. Ich brauch da nicht sehr viel. Ich bin jetzt nicht der Mensch der jetzt da großartig so Nachforschungen betreibt. Ich frag dann einfach ein, zwei, drei Leute, wenn die sagen: ‚das ist gut‘, dann ist das in Ordnung. Dann probiere ich das.“ (T0_Herr I)*
- *„Ja, ich hab da gelesen, dass muss schon jemand. Da muss schon jemand für sie das schon, für sie mitlesen. Und, und das ihnen erklären [..].“ (T0_Frau K)*

Vereinzelt wurde dennoch der Wunsch nach mehr Informationen geäußert. Hierbei wurden insbesondere Wünsche nach speziellen Informationen wie dem Wunsch- und Wahlrecht beschrieben. Darüber hinaus wünschte sich ein Teil der Befragten eine generelle Aufklärung über existierende Maßnahmen wie die medizinische Rehabilitation. Die Aufklärung solle dabei in erster Linie mündlich erfolgen.

- *„Ja, das man mir vorher gesagt hätte, dass ich sofort ein Wunsch habe.“ (T0_Frau K)*
- *„Es sind viele Leute, die das nicht wissen, dass man diese Leute, wie sagt man da aufklärt.“ (T1_Frau K)*
- *„Mündlich. Mündlich und im Nachhinein. Also Ansprache und im Nachhinein eine Information.“ (T0_Herr L)*

Vorbereitung auf die Rehabilitation

Die Mehrheit der befragten Rehabilitanden/innen fühlte sich auf die Rehabilitation nicht vorbereitet bzw. gab an, keine Vorbereitung erhalten zu haben.

- *„Es gab ja keine Vorbereitung.“ (T0_Frau G)*
- *„Also Vorbereitung hatte ich jetzt nicht.“ (T0_Herr L)*

Die Teilnahme an der Rehabilitation wurde bei allen interviewten Rehabilitanden/innen vom Umfeld (Familie, Freunde, Arzt, Arbeitgeber) unterstützt. Im Vorfeld hätten sich die Befragten keine weitere Unterstützung z.B. durch ihre Angehörigen gewünscht.

- *„Also die Familie hat alles mitgemacht.“ (T0_Frau G)*
- *„Arbeitgeber hat natürlich auch mitgeholfen und Familie auch [..].“ (T0_Herr M)*

Schwierigkeiten vor der Reha

Persönliche, berufliche oder soziale Schwierigkeiten hinsichtlich der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation wurden von den Befragten nicht erlebt. Ausschließlich eine Pa-

tientin mit einer zu pflegenden Angehörigen und eine Patientin, die sich um die Mehrbelastung ihrer Familie während ihrer Abwesenheit sorgte, gaben Bedenken an.

- *„Nein, auch nicht. Überraschenderweise auch nicht. Also hängt sicherlich auch mit dem Job, mit der Konstellation, was bei uns in der Firma passiert ist. Ich sage mal, so etwas ist total unkompliziert.“ (T0_Herr A)*
- *„Ich habe zu Hause eine kranke Schwester. [...] Weil ich krank bin, kann ich die Pflegedings nicht auf mich nehmen.“ (T0_Frau H)*
- *„Ich hatte jetzt vor kurzem, bevor ich hier kam auch schlechtes Gewissen, weil mein Mann, wir haben Mehrfamilienhaus und da waren die Maler und dann hat er gesagt: ‚Oh, musst du mich jetzt alleine lassen?‘ Dann kriegt man schon schlechtes Gewissen [...].“ (T0_Frau K)*

3.2.3 Subjektive Erwartungen, Rehabilitationsziele

3.2.3.1 Ergebnisse aus NRW

Erwartungen an die Rehabilitation

Der Großteil der befragten Rehabilitanden/innen gab im Rahmen der ersten Befragung an, vor allem Erholung und eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erwarten. Ein weiterer häufig genannter Punkt ist die Schmerzlinderung und der bessere Umgang mit der Erkrankung. Einige Rehabilitanden/innen erwarten Schmerzfreiheit und die Erhöhung der Arbeitsleistung durch die Rehabilitationsmaßnahme.

- *„Energie tanken, natürlich besser fühlen.“ (T0_IP5)*
- *„Ja, mit wenig Schmerzen nach Hause gehen. Ich möchte weiter arbeiten.“ (T0_IP8)*
- *„Also ich weiß, dass das Knie nie wieder besser wird. Wir können nur versuchen die Schmerzen zu verringern.“ (T0_IP3)*

Erwartungen an die Behandlungen und Seminare

Die Erwartungen hinsichtlich der Behandlungen sind von Rehabilitand/in zu Rehabilitand/in sehr unterschiedlich. Ein Punkt, der vergleichsweise häufig genannt wird, ist der Wunsch nach individueller Behandlung und Betreuung. Die Rehabilitanden/innen erwarten bzw. erhoffen sich vor allem während der zweiten Befragung, dass bei Einzelbehandlung und -therapie verstärkt individuell auf ihre Erkrankung eingegangen wird. Auch erwarten die befragten Rehabilitanden/innen, den dauerhaften Umgang mit ihrer Erkrankung zu lernen.

- *„... dass die bisschen spezieller auf die Person zugehen.“ (T0_IP10)*
- *„Ich erwarte, dass man auf den Patienten auch ein bisschen individuell eingeht.. weil diese Gruppentherapien finde ich zu groß. Ja.. da kann man auch, sag ich mal, die Therapeuten können nicht auf jeden einzelnen eingehen, das ist mehr so eine Massenabfertigung. Finde ich unpassend.“ (T1_IP9)*

- „Ja, hauptsächlich wegen meinem Rücken erwarte ich, dass sie da mir bestimmte Übungseinheiten da richtig zeigen, dass ich das, der Arzt in der Uni hat gesagt.. ‚Sie werden da bestimmte Übungen anlernen und das müssen Sie jeden Tag machen, jeden Tag.‘“ (T0_IP10)

Erwartungen an die Rehabilitationseinrichtung

Hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtung ist den Rehabilitanden/innen während der Befragungen am wichtigsten, dass die Räumlichkeiten sauber sind. Je nach Einrichtung würden sich die befragten Rehabilitanden/innen bei einer weiteren Rehabilitationsmaßnahme eine etwas modernere Einrichtung wünschen.

- „Einrichtung, da sollte einmal die Zimmer sauber sein.“ (T0_IP9)
- „Bisschen moderner ist vielleicht dann schöner.“ (T2_IP5)

Erwartungen an die Behandelnden und die Betreuung

Auch die Erwartungen der Rehabilitanden/innen an die Behandelnden und die Betreuung sind sehr unterschiedlich. Häufig wurde genannt, dass die Rehabilitanden/innen von den Behandelnden ernst genommen werden möchten. Einfühlsamkeit, Freundlichkeit, ein offener und ehrlicher Umgang sowie individuelle Betreuung sind weitere Punkte, die von den Rehabilitanden/innen geäußert werden. Die Erwartungen der Rehabilitanden/innen hinsichtlich der Behandelnden und der Betreuung hat sich im Laufe der drei Befragungen nicht geändert.

- „Ein bisschen Freundlichkeit.“ (T0_IP10)
- „Ja, sie sollten aufmerksam sein [...] sie sollten in allen Dingen unterstützen.“ (T0_IP4)
- „...dass sie mich auch vernünftig auch untersuchen.“ (T0_IP8)
- „Einen offenen so. .. Das man offen und ehrlich sprechen kann, bzw. .. ja sich verstehen kann.“ (T2_IP5)

Erwartungen an den Rehabilitationserfolg

Einige Rehabilitanden/innen haben während der ersten Befragung hohe Erwartungen hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs und erhoffen sich eine vollständige Genesung. Es gibt aber auch Rehabilitanden/innen, die bereits mit einem Misserfolg rechnen.

- „Ich muss ehrlich sagen, ich habe da wenig Hoffnung.“ (T0_IP3)

Erwartungen an die Verpflegung

Den befragten Rehabilitanden/innen ist wichtig, dass auf ihre individuellen Wünsche bei der Verpflegung eingegangen wird. Ein häufig genannter Punkt ist die umfassende Information über Inhaltsstoffe. Für muslimische Rehabilitanden/innen ist insbesondere eine Verpflegung ohne Schweinefleisch von großer Bedeutung.

- „Die Aufklärung ist wichtig, Aufklärung, also dass auch mag es in der Kantine sein jetzt für Moslems, es gibt ja Deutsche und es gibt Moslems halt, so dieses Essen-Trennen ohne Schweine-

fleisch für Moslems, gibt es auch Leute wie ich, ich esse keinen Fisch, also sowas ist mir sehr wichtig.“ (T0_IP5)

Erwartungen an die Freizeitaktivitäten

Erwartungen an die Freizeitaktivitäten haben die befragten Rehabilitanden/innen zu Beginn ihrer Reha-Maßnahme überhaupt nicht. Erst im weiteren Verlauf der Behandlung und nach der Rehabilitation, äußern die Rehabilitanden/innen den Wunsch nach mehr Möglichkeiten, ihre Freizeit besser zu gestalten. Auf die angebotenen Freizeitaktivitäten müsste laut den Aussagen der Befragten zufolge zu Beginn der Rehabilitation besser aufmerksam gemacht werden.

Erfüllung der Erwartungen

Die meisten Rehabilitanden/innen haben die Frage am Ende der Reha, ob sie ihre Erwartungen als erfüllt ansehen, verneint. Dies wird von den Befragten häufig mit der unveränderten gesundheitlichen Situation begründet. Die Rehabilitanden/innen, deren Erwartungen nicht erfüllt worden sind, haben häufig mit einer deutlichen Verbesserung der gesundheitlichen Lage und einer Linderung ihrer Schmerzen gerechnet.

→ *„Es hat sich nichts verändert.“ (T1_IP4)*

→ *„Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? (IF) - „100% nein.“ (T1_IP10)*

→ *„Nein, nein was Schmerzen angeht wurde nicht, im Gegenteil also ich hab momentan mehr Schmerzen.“ (T1_IP9)*

Einzelne Rehabilitanden/innen berichten wiederum, dass ihre Erwartungen erfüllt seien. Bei einigen Rehabilitanden/innen wurde im Rahmen der Gespräche mit Behandelnden geklärt, mit welchen Fortschritten gerechnet werden kann. Diese Rehabilitanden/innen sehen ihre Erwartungen auch eher erfüllt, als Rehabilitanden/innen, bei denen es keine Besprechung der Erwartungen und Ziele gab.

→ *„Meine Erwartungen wurden noch übertroffen. Ich habe mit so viel Aufmerksamkeit nicht gerechnet.“ (T1_IP1)*

→ *„Ja, die Schmerzen kriegst du nicht weg, das wusste ich schon von Anfang an schon, dass ich die Schmerzen alle nicht wegkriege.“ (T1_IP8)*

Ähnliche Aussagen treffen die Rehabilitanden/innen auch während der Befragung im Zeitraum nach der Rehabilitationsmaßnahme. Häufig fühlen sich die Rehabilitanden/innen zwar erholt, allerdings werden die Erwartungen an eine gesundheitliche Verbesserung nicht erfüllt.

→ *„Ja, Erholung hatte ich schon [...] Ich konnte abschalten, ich konnte sag ich mal, bisschen Ruhe in mein Leben einkehren lassen. Das war das positive an der Geschichte, aber rein körperlich war das nichts.“ (T2_IP9)*

Unterstützende/Fördernde und hemmende Faktoren

Auf die Frage, welche Faktoren die Rehabilitanden/innen bei der Erfüllung ihrer Erwartungen unterstützt haben, gaben sie vor allem die Betreuung durch die Behandelnden an. Darüber hinaus wurden häufig die körperliche Betätigung oder einzelne rehabilitative Angebote aufgezählt.

→ „Tja.. ich sag mal von den Ärzten, dass die da bisschen mir helfen dabei.“ (T1_IP10)

→ „Ja, das man sich dem Körper bisschen was tut.“ (T1_IP8)

Während der Befragungen gaben Rehabilitanden/innen häufig an, dass Gruppentherapien ihrer Meinung nach nicht immer sinnvoll organisiert werden. So werden Rehabilitanden/innen mit verschiedenen Erkrankungen aus unterschiedlichen Indikationsabteilungen der Klinik in den gleichen Gruppentherapien behandelt.

→ „Alles so.. Leute in einen Raum gestellt und alle haben die gleichen Übungen gemacht. Das kann ja nicht gut sein.“ (T1_IP10)

Anpassung und Veränderung der Erwartungen

In den meisten Fällen haben sich die Erwartungen der Rehabilitanden/innen nicht verändert. Einige Rehabilitanden/innen haben im Laufe des Rehabilitationsprozesses eingesehen, dass ihre Erwartungen nicht erfüllt werden und neue Erwartungen entwickelt bzw. ihre Erwartungen selbstständig angepasst. Andere konnten wiederum während des Aufnahmegesprächs gemeinsam mit Behandelnden diskutieren, welche Ziele realistisch sind und welche nicht.

→ „Also die Erwartungen hab ich hier nicht gesehen [...] weil diese Klinik ist spezialisiert auf alles. Hier ist ja alles. Die Reha, die ich meinte, die war nur auf Skoliose spezialisiert. Hier sind ja Krebskranke, hier sind alles.“ (T1_IP10)

→ „Jetzt weiß ich, dass meine Erwartungen nicht erfüllt werden.“ (T1_IP11)

Wünsche zu Beginn der Rehabilitation

Den Rehabilitanden/innen ist es während der Befragungen generell schwer gefallen, zwischen Wünschen und Zielen zu unterscheiden, dementsprechend wurden die Begriffe größtenteils synonym verwendet. Wie auch bei den Erwartungen, haben die Rehabilitanden/innen zum Großteil den Wunsch nach gesundheitlicher Verbesserung und Linderung ihrer Schmerzen. Darüber hinaus wünschen sie sich, freundlich und einfühlsam behandelt zu werden.

→ „Ich wünsche mir, dass ich alleine laufen kann.“ (T0_IP2)

→ „Also ich.. zunächst mal keinen Stress, bisschen den Kopf frei..erholt und vielleicht mit bisschen weniger Schmerzen.“ (T0_IP3)

Rehabilitationsziele

Wie auch bei den Erwartungen und Wünschen, haben die Rehabilitanden/innen größtenteils das Ziel, eine gesundheitliche Verbesserung zu erreichen. Je nach Erkrankung und Indikationsbereich haben die Rehabilitanden/innen teils auch sehr konkrete Ziele formuliert.

- ➔ „Genaueres Ziel? Schmerz lindern und ein bisschen abschalten.“ (T0_IP2)
- ➔ „Mindestens über 20kg abnehmen und dann mal schauen, wie es mit dem Knie aussieht, ob ich dann immer noch die Schmerzen habe oder nicht.“ (T0_IP3)

Einige Rehabilitanden/innen berichten davon, ihre persönlichen Ziele mit den behandelnden Ärzten/innen besprochen zu haben. Andere haben davon berichtet, dass während des Aufnahmegesprächs nicht über Ziele gesprochen wurde bzw. nicht gesprochen werden konnte.

- ➔ „Ja, er hat gesagt: ‚Nichts wird sein wie vorher. Es wird Ihnen besser gehen, Ihre Schmerzen werden weggehen, natürlich wird das seine Zeit brauchen drei bis sechs Monate. Aber danach werden Sie wieder vollständig gesund sein‘, hat er gesagt.“ (T0_IP1)
- ➔ „Ja so kurz, vielleicht nicht so lange, ich habe halt angekreuzt, da habe ich auch gefragt: ‚Was meinen Sie damit?‘ und so, haben die mir dann erklärt, dass man so und so, dann dies und das ankreuzt, so intensiv wurde noch nicht gesprochen.“ (T0_IP3)
- ➔ „Viel hat sie nicht gesprochen, nein. Hat sie nicht gesprochen, sie spricht wenig.“ (T0_IP8)
- ➔ „Was wollen Sie mit dem [Arzt] reden? (lacht) Der möchte ja nichts hören [...] Der hat mich auch nicht gefragt also.. ich hätte, ich glaube auch nicht, dass er mich ausreden gelassen hätte.“ (T0_IP9)

Zielumsetzung

Während der Befragungen gaben die Rehabilitanden/innen an, dass sie zum Erreichen ihrer Ziele, die Vorgaben der Behandelnden und den Therapieplan befolgen müssen. Der Großteil der Befragten ist sich dessen bewusst, dass sie für die Umsetzung ihrer festgelegten Ziele aktiv mitwirken müssen.

- ➔ „Also ich mache erst mal hier mit, was sie mir vorschlagen.“ (T0_IP3)
- ➔ „Wovon das abhängig ist? Bisschen von mir, bisschen von ihnen. Die müssen mir auch entgegenkommen, ich muss auch entgegenkommen, wir müssen uns gegenseitig helfen und dann müssen wir gucken, was daraus wird.“ (T0_IP3)
- ➔ „Mitmachen bei allen Therapien.“ (T0_IP18)

Erreichen der Ziele

Ähnlich wie bei den Erwartungen wurden die Ziele einiger Rehabilitanden/innen vollständig erfüllt. Andere Rehabilitanden/innen berichten davon, dass ihre Ziele überhaupt nicht erreicht wurden.

- ➔ „Ja, ich fühl mich wirklich gut, also nicht ausgelaugt, Energie getankt jetzt kann ich zurück nach Hause.“ (T1_IP5)
- ➔ „Nein, ich habe meine Ziele überhaupt nicht erreicht.“ (T0_IP3)

Fördernde und hemmende Faktoren

Auf die Frage, was ihnen bei der Umsetzung ihrer Ziele geholfen hat, haben die Rehabilitanden/innen das eigene motivierte Mitwirken und die gute Betreuung durch die Behandelnden angegeben.

→ „Dass ich da mitgemacht habe [...] Wenn man keine Lust hat und das nicht mitmacht, dann passiert nichts, also die Lust muss schon da sein, man muss schon wollen.“ (T1_IP5)

→ „...dass ich mutig war und Selbstvertrauen hatte [...] dass ich einen guten Arzt hatte.“ (T1_IP1)

Wie auch bei den Erwartungen, kritisieren die Rehabilitanden/innen auch in Bezug auf die Erfüllung der Ziele die breitgefächerte Spezialisierung der Einrichtungen.

→ „Ich halte von der Art der Therapien hier wenig. Weil es ist eine Massenabfertigung und man geht nicht auf den Patienten direkt ein [...] Es ist wie in einer Arztpraxis, der nächste bitte, der nächste bitte.“ (T1_IP9)

3.2.3.2 Ergebnisse aus SH

Erwartungen an die Rehabilitation

Die vorrangige Erwartung der Rehabilitanden/innen an die Maßnahme bestand in der Erlangung einer Schmerzfreiheit. Neben dieser Hoffnung äußerte ein Großteil der befragten Patienten/innen die Erwartung während der Rehabilitation zur Ruhe zu kommen und Zeit zum Abschalten zu finden. Eine weitere Erwartung, die nur von wenigen Befragten beschrieben wurde, bezieht sich auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

→ „Ja, dass ich wieder arbeitsfähig bin. Ja, ohne Probleme. Schmerzfrei natürlich. [...]“ (T0_Herr A)

→ „Also schmerzfrei, das war mir ganz arg wichtig, dass einfach diese Schmerzen weg sind.“ (T2_Frau F)

→ „Dass ich mich erhole. Dass ich mich fit fühle [...]“ (T0_Herr L)

Darüber hinaus erwarteten viele der Teilnehmer von der Rehabilitationsmaßnahme eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Diesbezüglich wurde von den meisten Befragten die allgemeine Erwartung „gesund zu werden“ formuliert.

→ „Ich habe keine Erwartungen. Ich möchte gesund werden, andere Erwartungen habe ich nicht.“ (T0_Frau H)

Ein Teil der Rehabilitanden/innen äußerte, dass sie ohne große Erwartungen zur Rehabilitation gekommen sei.

→ „Erwartungen hatte ich jetzt nicht [...]“ (T0_Herr L)

Erwartungen an den Rehabilitationserfolg

Die Erwartungen an den Erfolg der Rehabilitation waren bei der Mehrzahl der Rehabilitanden/innen zu Beginn der Rehabilitation eher gering. Teilweise gaben die Befragten an, dass sie keine Erwartungen an den Rehabilitationserfolg hätten. Nur wenige Teilnehmer äußerten die Hoffnung, ihre Ziele während der Rehabilitation erreichen zu können. Von einer Rehabilitandin wurde zudem bemerkt, dass die Rehabilitation nur bei einer aktiven Beteiligung erfolgreich verläuft.

→ „Also, ich nehme alles mit, was ich kriegen kann. Und was ich erwarte, werde ich nicht erreichen.“ (T0_Frau G)

- „In drei Wochen, ob ich gesund werden kann, weiß ich nicht.“ (T0_Herr E)
- „Also das, das hilft mir bestimmt, diese die Reha.“ (T0_Herr L)
- „[...] ich denke, wenn man alles mitmacht und nicht die Reha abbricht, wird sich da schon was, wird sich schon erfolgreich in beiden Seiten. Man wird dann ruhiger, gesundheitlich wird es gut und ich denke schon, dass das Vorteile hat. [...] wo diese Person von Anfang an sagt, das ist nichts für mich, hier will ich nicht und so, wenn man nur so eine Einstellung hat, dann ist es auch dann.“ (T0_Frau K)

Erwartungen an die Behandlungen

Die Erwartungen an die Behandlungen fielen sehr unterschiedlich aus. Während einige Patienten/innen sehr konkrete Therapieerwartungen wie Krankengymnastik und Massagen äußerten, erhoffte sich ein Teil der Patienten/innen zu Beginn der Rehabilitation eine umfangreichere diagnostische Aufklärung, eine stärkere Fokussierung auf die medikamentöse Therapie und eine intensive ärztliche Betreuung während der Rehabilitation. Einige wenige Befragte gaben an, keine speziellen Erwartungen an die Behandlung zu haben.

- „Dass man genau schaut auf den Körper. Weil der ist doch immer individuell. Und man muss genau schauen was. Sicherlich hängt es auch von mir selber, genau zu gucken, zu beobachten. Aber ich glaube, durch fachkundige Ärzte oder Physiotherapeuten, erhoffe ich mir viel. Also, was das angeht.“ (T0_Herr A)
- „Dass die Diagnostik auf jeden Fall halt gemacht wird. Also so, das was man sagt, wenn man dann wirklich Schmerzen hat, dass das auch klar aufgenommen wird und dann aufgeschrieben wird. Das Diagnostische halt, sag ich jetzt mal. Aber das ist ja Grundvoraussetzung.“ (T0_Frau F)
- „Ich dachte z.B. kriegst du z.B. wie Spritze und was ist für dich gut, was hilft dir und Medikamente.“ (T0_Herr C)
- „Ich hab so gedenkt, ich hab gesagt bestimmt wird das gut und jede Tag Arztkontrolle und das und das und das. [...] Ich hab gesagt bestimmt ich bin dahin und jede Tag z.B. macht der Bilder z.B. Arzt, Orthopäde und das und das [...] Ich will nur erst mal nur Ärzte hier und sonst etwas nein. Arzt muss helfen.“ (T0_Herr C)
- „Erwartung hatte ich jetzt überhaupt nicht, weil ich nicht wusste wie das abläuft.“ (T0_Herr L)

Erwartungen an die Behandelnden und Betreuung

Generelle Erwartungen, die die Mehrheit der Befragten hinsichtlich der Betreuung durch die Behandelnden äußerten, umfassen Eigenschaften wie Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Ehrlichkeit und Respekt. Darüber hinaus erwartete ein Teil der Rehabilitanden/innen zu Beginn der Rehabilitation, dass die Behandelnden die geschilderten Probleme wahr- und ernstnehmen und ihnen bewusst zuhören.

- „Also natürlich, sollen die fair sein, ehrlich, freundlich. Was man halt erwartet, von Ärzten und Pflegepersonal.“ (T0_Herr A)
- „Die sollen mich ernst nehmen und auf mich drauf achten. Dass es. Mir ist ganz wichtig.“ (T0_Frau D)

- ➔ *„Ich als Patient erwarte nur bisschen Respekt, mehr erwarte ich nicht. Respekt, also Respekt, als Mensch zu sehen. [..].“ (T0_Herr M)*
- ➔ *„Auf jeden Fall das Zuhören, dieses aktive Zuhörern und nicht jeden so, ich denke man kommt halt wirklich, wenn man dann dreißig Jahre oder je nachdem wie lang man in diesem Bereich arbeitet: ‚ach ja und schon wieder‘ und gleiche Kategorie oder so, sondern wirklich auch zu gucken, ja was ist bei dem jetzt anders, bei dem Patienten, oder ja, einfach dieses bewusste Zuhörern und bewusstes wahrnehmen von dem Patienten.“ (T0_Frau F)*

Erwartungen an die Rehabilitationseinrichtung

Die Vorstellung bezüglich der Unterbringung während der Rehabilitation stellte sich ebenfalls sehr unterschiedlich zu Beginn der Rehabilitation dar. Die Erwartungshaltungen bewegten sich dabei von einer Ausstattung vergleichbar mit einem Hotelzimmer mit eigener Einbauküche und Kühlschrank bis hin zu einer Ausstattung vergleichbar einer Unterbringung im Krankenhaus.

Erfüllung der Erwartungen

Bei etwa der Hälfte der befragten Rehabilitanden/innen wurden die Erwartungen an den Rehabilitationsaufenthalt erfüllt. Diese berichteten die Erreichung bzw. die teilweise Erreichung ihrer vorgenommenen Ziele. Die andere Hälfte gab am Ende der Rehabilitation an, dass ihre Erwartungen an die Rehabilitation nicht erfüllt wurden. Hierbei wurde jedoch von einem Patienten eingeräumt, dass die Erwartungen an die Rehabilitation zu Beginn möglicherweise zu hoch gewesen seien. Eine Rehabilitandin wies zudem auf eine Verschlechterung ihres Zustandes hin.

- ➔ *„Die Erwartungen, auf jeden Fall Gesundheit, schmerzfrei, Erholung, Motivation und die habe ich eigentlich auch, die habe ich eigentlich auch erreicht.“ (T1_Herr L)*
- ➔ *„Das Zentrale für mich war natürlich, dass der Schmerz weg geht. In dem Sinne, dass ich auch wieder heben kann, mehr als zehn Kilo und sitzen kann. Und die zentralen sind leider für mich halt, haben nicht zum Erfolg geführt, so dass ich immer noch Probleme beim Sitzen habe und immer noch nichts heben kann, vor alledem.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„[...] Ich weiß nicht, dass ist vielleicht, dass ich zu hohe Erwartungen habe [..].“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Das hat gar nicht geändert, das ist noch schlimmer geworden.“ (T1_Frau D)*

Rehabilitanden/innen, deren Erwartungen nicht erfüllt wurden, begründeten dies insbesondere mit der Therapiegestaltung und der ärztlichen Betreuung. Kritisiert wurden hierbei die begrenzten Inanspruchnahmemöglichkeiten von Einzeltherapien sowie die limitierten Arztkontakte während der Rehabilitation.

- ➔ *„[...] ich habe mir ein bisschen mehr vorgestellt, dass man mehr Anwendungen hat, intensivere Betreuung vielleicht. Da fühle ich mich noch nicht ganz abgeholt.“ (T0_Herr A)*
- ➔ *„Ich, normalerweise ich hab bestimmt jede Woche zwei, drei Mal komme ich von der Arztkontrolle, der macht Bilder, der wollte das auch machen, was los. Und das, ich habe immer so gedacht, ich habe nicht gedacht nur wegen die Sport oder laufen oder schwimmen und das.“ (T1_Herr C)*

Fördernde und hemmende Faktoren

Als Faktoren, die dazu beigetragen haben, dass sich die Erwartungen erfüllt haben, wurden in erster Linie der Therapieplan, die Anwendungen und im speziellen die Physiotherapie benannt. Aber auch erste Erfolge und Zielumsetzungen wurden als motivierende Faktoren angegeben.

- ➔ *„Die Physiotherapie, vor allem, man denkt ja eine Physiotherapie ist wie eine Krankengymnastik oder eine Massage, ich habe hier festgestellt, dass mit wenig Handgriffen der Körper einfach entlastet wird und die Schmerzen zurückgehen, mit ganz wenig Bewegungen, die aber sehr effektiv sind.“ (T1_Herr L)*
- ➔ *„Also Sport und die Information, die man jetzt über alle andere Sachen wie Stress, Essen und so durch die Seminare, da hat man ja auch was im Kopf und dass man was in der Zukunft machen soll, um gesund zu leben oder auf einige Sachen zu verzichten, wenn man gesund bleiben will.“ (T1_Herr N)*

Als hemmender Faktor bei der Erfüllung der Erwartungen wurde von einer Rehabilitandin die begrenzte Zeit in der Rehabilitation genannt.

- ➔ *„Da fehlten mir die zwei Wochen.“ (T2_Frau G)*

Anpassung und Veränderung der Erwartungen

Einige Patienten/innen räumten am Ende der Rehabilitation ein, zu Beginn zu hohe Erwartungen an den Erfolg der Rehabilitation gehabt zu haben. Diese äußerten, dass sie ihre Erwartungen im Laufe der Rehabilitation angepasst und gesenkt hätten.

- ➔ *„Nach der zweiten Woche, habe ich gemerkt, egal wie viel Sport ich mache oder welche Übungen ich mache, dieses Wirbelgleiten bleibt bestehen. Und, ich muss dann für mich selber jetzt zusehen, wie ich dann zu Hause die wichtigen Anwendungen, die ich hier gelernt habe, ja, anwende. Und, um so quasi, schmerzlindernd kriegen zu können.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Also angepasst ja, erwartet hätte ich, dass es noch weitergeht, weil ich meine, ich brauche es jetzt eigentlich. [...]“ (T1_Frau G)*

Wünsche zu Beginn der Rehabilitation

Zu Beginn der Rehabilitation wurden sehr unterschiedliche Wünsche von den Rehabilitanden/innen geäußert. Die Wünsche bezogen sich dabei in erster Linie auf die Betreuung von ärztlicher Seite sowie auf Ansätze das generelle Wohlbefinden während des Aufenthaltes zu erhöhen. Mehrfach wurde diesbezüglich die Wichtigkeit einer umfassenden Menüauswahl und einer guten Verpflegung thematisiert. Auch der Wunsch nach spezieller muslimischer Kost wurde von einem Rehabilitand geäußert.

Ein Rehabilitand wünschte sich mehr Austausch zwischen den Behandelnden. Ein weiterer wünschte sich in erster Linie die ausschließliche Betreuung durch ärztliches Personal. Auch die gute Verständigung mit Mitrehabilitanden/innen wurde als Wunsch geäußert.

- ➔ *„Optimal, wäre natürlich, dass vielleicht. Ist vielleicht unrealistisch, aber dass auch der Arzt mit mal in eine Einzelphysiotherapie Stunde kommt. Der Austausch zwischen Behandler und dem Arzt, dass da, intensiv kommuniziert wird. [...] Also, das mal, mal so alle drei Parteien. Also, der Patient, der Behandler, also der Physiotherapeut und der Arzt mal, auch mal sich austauschen. Das wäre auch wünschenswert. Ich weiß nicht, ob das natürlich bei jedem möglich ist.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Ich will nur erst mal nur Ärzte hier und sonst etwas nein. Arzt muss helfen. Was kann ich machen was das alles, so etwas.“ (T0_Herr C)*
- ➔ *„Das wünsche ich mich, dass es eine schöne Küche sind. Dass, man viele verschiedene Möglichkeiten kriegen kann.“ (T1_Herr B)*
- ➔ *„Dass man sich gut mit Menschen verständigt.“ (T0_Frau K)*

Ein Wunsch der mehrmals formuliert wurde, war der Wunsch nach mehr Informationen zu Beginn der Rehabilitation zur Unterstützung der Eingewöhnung und Orientierung in der Einrichtung.

- ➔ *„Am Anfang, hätte ich mich vielleicht, der erste Tag, hätte mich vielleicht ein bisschen besser abholen. Hätte man mich ein bisschen mehr abholen können. Wie läuft es hier ab? Ob es jetzt Handtuch gibt, ob es jetzt Zimmerreinigung gibt, ob es die Behandlungen angeht, dass man vielleicht ein bisschen besser abgeholt wird. Hätte ich mir besser. Also, hätte ich mir gewünscht, sage ich mal.“ (T0_Herr A)*

Einem Großteil der Befragten war es wichtig, die Rehabilitation mit weniger Schmerzen und gesund verlassen zu können.

- ➔ *„[...] wenn ich am Ende, sage ich mal mit einem positiven Ergebnis hier raus gehe. Mit weniger Schmerzen. Das ist für mich natürlich, sagen wir, 80% oder 90% meiner Ziele oder Wünsche, was ich habe.“ (T0_Herr A)*

Rehabilitationsziele

Zu den am häufigsten benannten Zielen zu Rehabilitationsbeginn zählen die Schmerzreduktion, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Erholung und Wissenszuwachs. Von einigen Rehabilitanden/innen wurde ausschließlich das Ziel formuliert, gesund zu werden.

- ➔ *„Ich möchte schmerzfrei sein. Ich möchte mich wieder ganz normal bewegen können. Und möchte belastbar sein auf jeden Fall. Sprich halt, dass ich auch wieder was heben kann ohne Schmerzen zu haben. [...]“ (T0_Herr I)*
- ➔ *„Ich will meinen Beruf weiter, meine Arbeit weiter führen. Deswegen bin ich ja auch hier. Um bisschen stabiler zu werden.“ (T0_Herr N)*
- ➔ *„Wollte ich auch ein bisschen Erfahrungen sammeln über meine Krankheit. [...] Und wollte ich auch ein bisschen Ruhe. [...]“ (T0_Herr B)*
- ➔ *„Das man hier bisschen gesund raus kommt. [...]“ (T0_Herr E)*

Ein Großteil der Befragten gab an, die Rehabilitationsziele nicht mit ihrem behandelnden Arzt in der Einrichtung besprochen zu haben.

- ➔ *„Also, im Detail Ziele habe ich mit dem Arzt nicht besprochen. Ich kann mich aber, war es die Physiotherapeutin oder der Arzt. Auf jeden Fall haben wir Sachen angeschnitten, sage ich mal. Aber jetzt nicht konkret aufgezählt, was für Ziele, welche. Ja, das haben wir noch nicht, glaube ich. Die Physiotherapeutin hat mich mal gefragt, glaube ich, was Ziel der Behandlung sein soll.“ (T0_Herr A)*
- ➔ *„Gar nichts dergleichen [..].“ (T1_Herr I)*

Zielerreichung

Hinsichtlich der Zielerreichung äußerten sich etwa die Hälfte der Befragten positiv und bestätigten den Erfolg ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Die andere Hälfte bemerkte keine Veränderungen bzw. Verbesserung bezüglich der gesteckten Ziele.

- ➔ *„Also ich kann nur vom Positiven reden, weil ich bin ja hier um auch gesund zu werden. Dieses Ziel habe ich zu 80%, 75, 80 % geschafft. In Skala von eins bis zehn; als ich hier ankam, Schmerzskala war neun, jetzt liege ich irgendwo bei vier, fünf. Und das war auch mein Ziel.“ (T1_Herr L)*
- ➔ *„Ja, und deshalb. Ich habe immer noch, fühl mich immer noch nicht wohl, wenn ich lange sitze. Eine halbe Stunde oder so. Auch, wenn ich viel Sport gemacht habe. Der Rücken, ich merkt es am Rücken. Und, da habe ich, halt, Hoffnung gehabt, dass es vielleicht sich verbessert.“ (T1_Herr A)*

Fördernde und hemmende Faktoren

Als fördernde Faktoren zur Zielerreichung wurden die eigene Aktivität, die richtige Ernährung als auch das generelle Wohlbefinden während der Rehabilitation genannt.

- ➔ *„In dem ich aktiver war.“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Die richtige Ernährung [..].“ (T1_Frau K)*

Im Abschlussgespräch mit dem Arzt wurde ebenso wie zu Beginn der Rehabilitation nur mit wenigen Rehabilitanden/innen die Zielumsetzung/-erreicherung besprochen und weitere Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation vereinbart.

- ➔ *„Gar nichts, nur gleiche wie erste Mal [..].“ (T1_Herr C)*

Persönliche Ziele, die die Rehabilitanden/innen nach der Rehabilitation verfolgen wollten, umfassen insbesondere Möglichkeiten aktiv zu bleiben, wieder fit zu werden und das Erlernete fortzuführen. Zudem erhofften sich die Rehabilitanden/innen, die ihre Ziele während der Rehabilitation nicht erreichen konnten, im Anschluss an die Rehabilitation noch realisieren zu können.

- ➔ *„[..] Erst mal wollte ich auch die Zigaretten aufhören, zu rauchen und viel Sport machen. Und ja, gesunde Ernährung.“ (T1_Herr B)*
- ➔ *„Also gesundheitlich gesehen versuche ich aktiv zu werden noch ein bisschen.“ (T2_Frau G)*
- ➔ *„Was ich hier gelernt habe versuche ich weiter zu machen, damit man vom Arbeitsleben was hat und auch vom Leben, das man aktiv wird.“ (T1_Herr N)*

3.2.4 Zufriedenheit

3.2.4.1 Ergebnisse aus NRW

Generelle Zufriedenheit mit der Rehabilitation

Ein Teil der befragten Rehabilitanden/innen war mit der Rehabilitationsmaßnahme gänzlich zufrieden. Diese Rehabilitanden/innen haben auch größtenteils alle Phasen, von der Antragstellung bis hin zur Einleitung der Nachsorgemaßnahme, sehr positiv bewertet. Auf der anderen Seite gab es auch viele Rehabilitanden/innen, die mit der Rehabilitationsmaßnahme kaum bzw. überhaupt nicht zufrieden gewesen sind.

- „Von 1 bis 10 würde ich sagen, fast 9. 9-10. Also ich hab kein Problem gehabt.“ (T2_IP5)
- „Naja.. also ich muss ehrlich sagen, die komplette Reha hat mir überhaupt nicht gefallen.“ (T1_IP3)

Dementsprechend würden auch die Rehabilitanden/innen, die mit der Rehabilitation zufrieden gewesen sind, eine Rehabilitationsmaßnahme eher weiterempfehlen bzw. eine rehabilitative Maßnahme erneut in Anspruch nehmen, als unzufriedene Rehabilitanden/innen.

- „Mir hat alles gefallen von A-Z. Ich komme nochmal wieder hier hin.“ (T1_IP1)
- „Teils teils [Weiterempfehlung]. Also in diesen Behandlungen.. individuelle Behandlungen nicht unbedingt. Einrichtung ja.“ (T1_IP9)

Zufriedenheit mit der Rehabilitationseinrichtung

Die Rehabilitanden/innen die ihre Rehabilitationsmaßnahme in ihrer Wunschklinik erhalten haben, waren mit der Rehabilitationseinrichtung größtenteils zufrieden. Die meisten Rehabilitanden/innen, die zum ersten Mal eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, wussten allerdings häufig nicht, dass sie eine Wunschklinik hätten angeben können.

- „Ja, ich wollte in diese Klinik.“ (T0_IP1)
- „Ja, eigentlich schon, ich finds hier toll, es ist richtig schön, richtig schön großer Park. Die Stadt ist nur einen Steinwurf entfernt, man bekommt alles.. und ja.. Die Umgebung ist schön, also keine Frage.“ (T1_IP9)
- „Es ist natürlich eine negative Erfahrung und ähm.. ich weiß jetzt schon mal, dass ich das nochmal Reha oder Kur hör, dass ich mich wirklich erkunden werde, wohin geschickt werde.. und das .. passiert jetzt, also ist mir das 1. mal passiert, beim 2. mal wird mir sowas garantiert nicht passieren..“ (T1_IP3)

Mit den Zimmern und der Ausstattung sind die Rehabilitanden/innen überwiegend zufrieden. Besonders die Hygiene hat bei den meisten Rehabilitanden/innen einen hohen Stellenwert. Größtenteils entsprechen die beiden Rehabilitationskliniken, in denen die Befragungen durchgeführt worden sind, den Ansprüchen der Rehabilitanden/innen. Vereinzelt wünschen sich die befragten Rehabilitanden/innen eine Modernisierung der Rehabilitationsklinik.

- „Räumlichkeiten ist gut. Kann man nicht meckern [..] Hygiene.. bis jetzt ist gut.“ (T1_IP10)

- „Räumlichkeiten, ich hab ein schönes Zimmer, altmodisch aber schön, bisschen altmodisch.“ (T1_IP5)

Zufriedenheit mit den Behandelnden und der Betreuung

Bei der Zufriedenheit mit den Behandelnden gibt es Unterschiede bei der Betreuung durch ärztliches und therapeutisches Personal. Während die Rehabilitanden/innen hinsichtlich der Betreuung durch die Therapeuten/innen größtenteils sehr zufrieden sind, ist die Zufriedenheit mit den Ärztinnen und Ärzten in den Rehabilitationseinrichtungen deutlich geringer. Die Rehabilitanden/innen begründen dies insbesondere dadurch, dass die Therapeuten/innen sich deutlich mehr Zeit für die Betreuung und Behandlung nehmen, als die Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus beschreiben sie das therapeutische Personal als einfühlsamer und freundlicher.

- „Der Arzt, der mich behandelt hat oder den ich bis jetzt kennengelernt habe, war ja nur einer, der mich aufgenommen hat. Den fand ich absolut nicht gut [...] wenn ich ihm jetzt eine Schulnote geben würde, das wäre eine 5-.“ (T0_IP9)
- „Bei ärztlichen Sachen kann ich überhaupt nichts Positives sagen, du kriegst auch wenig Antworten, das ist eigentlich ruck-zuck.“ (T0_IP8)
- „Die Ärzte sind auch, man kann nicht alles so schön offen reden, die reden dauernd dazwischen, lassen mich nicht alles erzählen. ‚Einen Moment‘ meint er und dann schreibt er auf und das ist nicht das, was ich erwarte.“ (T0_IP3)
- „Ja, ich hab bis jetzt waren die Therapeuten sehr zuvorkommend. Fand ich eigentlich sehr gut, die sind auch nicht so robotermäßig sind sie auch nicht. Die sind schon menschlich, zwischenmenschlich sind sie auch in Ordnung. Bis jetzt, die ich kennengelernt habe, Therapeuten muss ich dazu sagen, waren in Ordnung. Also war schon gut.“ (T0_IP9)
- „Die Therapeuten, das sieht man wirklich, die bemühen sich. Das ist ja, für mich ist das wichtig.“ (T1_IP8)

Zufriedenheit mit der Verpflegung

Auch bei der Verpflegung gehen die Meinungen der Rehabilitanden/innen auseinander. Während ein Teil der Befragten bestätigt, dass alle ihre Bedürfnisse hinsichtlich der Verpflegung erfüllt werden, können andere Rehabilitanden/innen nichts Positives über die Verpflegung sagen.

- „Ich sag mal die allgemeine Küche ist auch.. Erwartungen, die man nicht erwartet, positiver.. z.B. man muss das Essen nicht mit einem Tablett vor der Küche stehen und das Essen abholen, d.h. das Essen wird gebracht. Das finde ich schon bemerkenswert, das ist ein Pluspunkt.“ (T0_IP9)
- „Und negative ist halt die Küche, da gab es jeden Tag Suppe.“ (T1_IP10)

Darüber hinaus haben sich muslimische Rehabilitanden/innen häufig Sorgen über die Zutaten und Inhaltsstoffe der Mahlzeiten gemacht, insbesondere dann, wenn nicht eindeutig kommuniziert wurde, dass die Mahlzeiten kein Schweinefleisch oder Produkte vom Schwein enthalten. Dabei kam es auch vereinzelt vor, dass Rehabilitanden/innen darauf verzichtet

haben, Mahlzeiten in der Rehabilitationsklinik einzunehmen und stattdessen auswärts in Lokalen essen gegangen sind.

→ *„Wenn es zum Beispiel Suppe gibt, dann weiß man nicht was drin ist, eigentlich müssen die das immer dazu schreiben.“ (T1_IP4)*

Zufriedenheit mit den Therapien

Die Mehrheit der Rehabilitanden/innen ist mit den Therapien zufrieden. Die Art und der Umfang der Therapien werden weitestgehend positiv bewertet. Kritisiert wird allerdings die Therapieplanung. Die Rehabilitanden/innen wünschen sich kleine Pausen zwischen den Therapien, um pünktlich zu sein und Stress zu vermeiden. Gleichzeitig wird die Reihenfolge der Therapien in Frage gestellt. Bemängelt wird beispielsweise, dass Rehabilitanden/innen teilweise erst eine Entspannungsübung erhalten und anschließend ein intensives Sporttraining haben. Einige Rehabilitanden/innen erklären, dass ihre Therapiewünsche nicht berücksichtigt wurden. So wurden Therapien, die eigentlich mit dem Arzt besprochen worden sind, nicht in den Therapieplan aufgenommen.

→ *„Am meisten haben mir die Therapien gefallen bis jetzt. Die Therapien sind gut.“ (T1_IP2)*

→ *„Hmhm manche Sachen, also z.B. Entspannung früh am Morgen ist nicht gut. (lacht). Und dann Fahrradfahren oder Walking alles später, diese Entspannungssachen müssten eigentlich zum Schluss kommen.“ (T1_IP5)*

→ *„Ja, bisschen anstrengend, du musst laufen, musst du auch in andere Therapien gehen, ne. Und da ist wenig Zeit, das ist nicht immer so, aber.. manche Termine kann man nicht auch einmal, du hast vielleicht Visite, dann kommt was dazwischen und man kann nicht alle Termine einhalten, sag ich mal.“ (T1_IP8)*

Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten

Mit den Freizeitmöglichkeiten in den Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Befragungen durchgeführt wurden, waren die Rehabilitanden/innen größtenteils unzufrieden. Die Rehabilitanden/innen berichteten, dass Freizeitgeräte wie Billard- und Kickertische beschädigt und veraltet sind. Darüber hinaus gäbe es auch zu wenig Alternativen in der Klinik. Die Rehabilitanden/innen beschwerten sich darüber, dass sie in der Freizeitgestaltung zu wenige Optionen und zu wenig Unterstützung von den Kliniken erhalten haben.

→ *„Ich hätte mir gewünscht, dass man mehr .. mehr Aktionen im Haus hat. Es gibt Billardtisch und eine Kegelbahn, aber so.. Es ist jetzt keine Aktivitäten, was mich interessiert..“ (T0_IP9)*

→ *„Ja, totes Haus hier. Nach der Rehabilitation ist tot. Muss man sofort in die Stadt gehen, Organisation, so von da nach da, A nach B, irgendwie Tourismus oder irgendwie.. Sehenswürdigkeiten, organisationsmäßig ist das nichts. Also alle beschwerten sich darüber, jeder muss selbst etwas unternehmen [...] alle Sachen sind veraltet hier. Ganzen Billardtische sind kaputt, ganze Sachen da, ist ja nur ein Kicker, Kegelbahn.“ (T0_IP8)*

Zufriedenheit mit den Rehabilitationsergebnissen und der Wirksamkeit

Je nach vorliegendem Gesundheitszustand und Erkrankung zu Beginn der Maßnahme haben die Rehabilitanden/innen sehr unterschiedliche Rehabilitationsergebnisse erzielen können. Während der Befragungen berichteten einige Rehabilitanden/innen davon, dass es überhaupt keine gesundheitliche Verbesserung oder eine Schmerzlinderung gab. Auf der anderen Seite haben Rehabilitanden/innen von großen Verbesserungen bzgl. der gesundheitlichen Lage, dem Krankheitsverständnis und der Körperwahrnehmung berichtet.

- ➔ *„Ja, ich fühl mich, wie gesagt, top fit, das ist auch dieser Sport, Ruhe im Kopf, denke ich, Stress war nicht da.“ (T1_IP5)*
- ➔ *„Ja um ehrlich zu sein nichts, also bei mir hat sich nichts verändert. So nach 1-2 Wochen ist der Alltag wieder da.“ (T2_IP10)*

Auch hinsichtlich der Wirkung der Rehabilitation auf die Psyche der Rehabilitanden/innen gab es Unterschiede. Während einige Rehabilitanden/innen sich durch den Rehabilitationsaufenthalt gestärkt und gut auf den Alltag bzw. das Arbeitsleben vorbereitet fühlen, gibt es auch Rehabilitanden/innen, die die Rehabilitationsklinik mit weniger Hoffnung und Selbstvertrauen verlassen.

- ➔ *„Ja, ich glaube daran, dass alles gut wird.“ (T1_IP1)*
- ➔ *„Also ich bin kurz davor mein Selbstvertrauen zu verlieren, man fühlt sich hilflos, alleine und .. ich hab echt wenig Hoffnung.“ (T1_IP3)*

Bezüglich der Leistungsfähigkeit im Alltag und der Arbeitsfähigkeit erklären einige Rehabilitanden/innen, dass sie sich wieder fit und bereit fühlen. Andere Rehabilitanden/innen berichten davon, dass sie sich eigentlich noch nicht bereit fühlen, wieder in den Alltag bzw. ins Berufsleben entlassen zu werden, es für sie aber aufgrund von persönlichen beispielsweise finanziellen Gründen keine andere Option gibt.

- ➔ *„Ja ich muss, ich hab keine Wahl. Ich muss. Weil bei mir spielen noch andere Faktoren ne Rolle, weil ich halt muss. Wenn Sie jetzt so fragen, ob ich gesund bin und arbeiten möchte, nein ich bin nicht vollkommen gesund, bin ich nicht, aber ich kann mir das nicht leisten, krank zu sein, ich kann mir meinen Lebensunterhalt nicht finanzieren mit dem Krankengeld.“ (T1_IP9)*

3.2.4.2 Ergebnisse aus SH

Generelle Zufriedenheit mit der Reha

Zu Beginn der Rehabilitation äußerte sich ein Großteil der Rehabilitanden/innen eher positiv über die Rehabilitation. Ausschließlich ein Rehabilitand zeigte sich nach ersten Eindrücken in der Einrichtung unzufrieden. Die Unzufriedenheit bezog sich hierbei auf die Verpflegung, die Art der Therapien und die begrenzten Freizeitmöglichkeiten.

- ➔ *„Ich fühle mich hier besser als zu Hause, weil jeden Tag Anwendungen, Sportmöglichkeiten und im Wasser, Bad. Und. Alles okay.“ (T0_Herr B)*
- ➔ *„Ich bin froh, das ist eine sehr gute Entscheidung hier und ich bin froh, dass ich hier gelandet bin und das gefällt mir sehr gut und ich würde das auch bis Ende durchziehen.“ (T0_Frau K)*

→ „[...] gefällt mir gar nicht, ne, ne. [...] und das z.B. so solche Sachen, kleine Sachen und ich weiß ganz genau die helfen mir nicht. Und langweilig und wegen die Essen.“ (T0_Herr C)

Am Ende der Rehabilitation fielen die Bewertungen hinsichtlich der generellen Zufriedenheit mit der Maßnahme ebenfalls bei der Mehrzahl der Befragten sehr positiv aus. Auch hier äußerte sich, wie zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme, wiederholt ein Patient negativ. Kritisiert wurden vom Patienten insbesondere der zu geringe Austausch mit dem behandelnden Arzt sowie die Vergleichbarkeit der Anwendungen in der Rehabilitation mit den verfügbaren Versorgungsangeboten am Wohnort. Darüber hinaus äußerte sich eine weitere Rehabilitandin ebenfalls negativ über den Ablauf der Therapie und den persönlichen Rehabilitationserfolg.

→ „Im Prinzip, also, war ich ganz zufrieden.“ (T1_Herr A)

→ „Also ich bin sehr, sehr zufrieden hier.“ (T1_Herr B)

→ „Nie wieder komme ich. Letztes Mal, wenn Arzt sagt zu mir wieder dahin, Schluss, ne. Alle Bewegung kann ich in (Stadt) auch machen. Ich kann alle Bewegung da auch machen. Das gibt es hier, ehrlich ohne Spaß.“ (T1_Herr C)

→ „Seit fast drei Wochen bin ich hier. Nur zwei Mal war beim Arzt und nur habe ich so gegessen. Er hat nur Blut kontrolliert und sonst gar nichts. [...]“ (T1_Herr C)

→ „Aber gottseidank alles vorbei.“ (T1_Herr C)

Einen Monat nach der Rehabilitation bewertete der überwiegende Teil der Befragten die Teilnahme an der Rehabilitation nach wie vor eher positiv. Dennoch formulierte im Vergleich zur Befragung direkt im Anschluss an die Maßnahme ein größerer Anteil an Rehabilitanden/innen ihre Unzufriedenheit. Unzufrieden waren die Befragten insbesondere mit dem erreichten bzw. ausgebliebenen Rehabilitationserfolg und mit den begrenzten Angeboten während der Maßnahme. Ein Rehabilitand, der trotz subjektiv empfundener Schmerzen gesund aus der Rehabilitation entlassen wurde, bewertete die Maßnahme besonders negativ.

→ „Also das, ich würde sagen, das gesamte Paket war doch sehr gut. Also, die Übungen waren gut, waren sehr vielseitige Maßnahmen, sage ich mal, die man vorgenommen hat. Also, grundsätzlich war ich doch sehr zufrieden.“ (T2_Herr A)

→ „Besonders gut, war alles so in Ordnung. War alles eine gute Zwei, wenn ich ehrlich bin. Eins mag man jetzt nicht so gerne geben, weil Eins ist ja so, dann müsste ja richtig was, ne. Alles war gut, es war in Ordnung, befriedigend, gut. Ne Zwei bis Drei war es auf jeden Fall. Einzige was halt nicht so schön war, war halt Essen ist nicht so optimal.“ (T2_Herr I)

→ „Also das werde ich nie wieder zur Reha gehen.“ (T2_Herr B)

→ „Aber was mir fehlt ist einfach so dieser Durchspruch. Wo ich sagen kann: ‘Oh jetzt geht es echt weiter, ich fühle mich so gut und so gut behandelt auch und voll in meiner Heilung und in meiner Genesung, dass ich wieder voll arbeiten kann‘.“ (T2_Frau F)

→ „[...] Erstens denke ich, auf Deutsch gesagt, dass es eine große Verarschung gewesen ist. [...] diese Reha ist nur Folter, zum Beispiel ich bin mit Schmerzen gekommen und mit hundertprozentigen Schmerzen bin ich wieder nach Hause als gesund entlassen worden. [...] Ich kann nicht schlafen, ich kann mich nicht bewegen. [...] ich wurde als gesund entlassen und als ich zu meinem Arzt kam, er konnte mich nicht krankschreiben, weil er gesagt hat, sonst kriegen wir mit der Kranken-

kasse Problem, weil ich als gesund entlassen worden bin. So, ich mit Spritze und Tabletten habe ich bis jetzt gearbeitet, immer noch arbeite ich mit Tabletten, weil ich diese Schmerzen immer noch habe.“ (T2_Herr M)

Die Mehrheit der Rehabilitanden/innen würde die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme weiterempfehlen. Auch ein Patient, der seine eigene Rehabilitation nur mäßig erfolgreich einstufte, gab im Interview am Ende der Rehabilitation an, dass die Rehabilitation empfehlenswert wäre. Ausschließlich ein Patient schloss eine erneute Rehabilitationsteilnahme aus.

→ *„[...] ich würde es jedem weiterempfehlen, der Probleme mit dem Rücken hat. Weil, für mich waren viele Sachen auch vielleicht neu. Einige Sachen neu, einige, auch, waren schon bekannt. Aber, für einen, vor allem der sich weniger mit Sport beschäftigt und auf einmal Rückenleiden hat, den tut es natürlich wesentlich besser, als jetzt, vielleicht bei mir der Fall war [...].“ (T1_Herr A)*

→ *„Hier, will ich nicht wieder hier sein, nein, nein, nein.“ (T1_Herr C)*

Auch mit etwas Abstand und Reflexionszeit äußerte die Mehrheit der befragten Rehabilitanden/innen einen Monat nach der Rehabilitation, dass sie die Rehabilitation weiterempfehlen bzw. noch einmal an einer Rehabilitation teilnehmen würden. Einschränkend wurde von einem Rehabilitanden/innen jedoch eingeräumt, dass die Rehabilitation nur unter bestimmten (individuellen) Voraussetzungen zu empfehlen wäre z.B. in Abhängigkeit von der Diagnose oder Sprachkompetenz. Die Rehabilitanden/innen, die sich einen Monat nach Abschluss der Rehabilitation sehr negativ über die Maßnahme äußerten, sprachen keine Empfehlung für die Maßnahme aus bzw. würden keine erneute Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen. Ein Patient, der sehr schlechte Erfahrungen aufgrund einer Gesundheitsreibung im Anschluss an die Rehabilitation machte, würde sogar Personen von einer Teilnahme abraten.

→ *„[...] je nach Krankheitsbild und, wie heiß das, ja Personen an sich auch. Also, zumal jetzt vor dem Hintergrund steht, also jetzt Migrationshintergrund, alt, jung. Sicherlich wäre das, habe ich ja schon letztes Mal gesagt, für meine Mutter wäre es sehr schwierig: Allein, wegen der Sprachbarriere. Aber, was das angeht, könnte ich es jedem empfehlen. Auf jeden Fall.“ (T1_Herr A)*

→ *„Natürlich es gibt immer Kleinigkeiten, da kann man ja so und so sehen, aber im Grunde genommen war alles okay für mich. Also ich würde nochmal machen wollen, wenn ich eine Reha kriege.“ (T2_Herr N)*

→ *„Reha würde ich in meinem Leben nie wieder machen.“ (T2_Herr M)*

Ein Großteil der Befragten stufte die Rehabilitation als körperlich eher nicht belastend ein. Erlebte Belastungen waren eher psychosozialer Natur wie beispielsweise die Entfernung vom Wohnort und der Isolation in der Einrichtung durch zu wenig Austausch und Kontakt zu anderen Mitrehabilitanden/innen. Aber auch nicht alle Therapieangebote wahrnehmen zu können aufgrund körperlicher Einschränkungen, wurde von einer Rehabilitandin als belastend empfunden. Darüber hinaus beschrieb ein Patient die Inanspruchnahme von extra zu bezahlenden Leistungen wie Sauna als eine finanzielle Belastung.

→ *„Also, die erste Woche oder die ersten vier, fünf Tagen, fällt es natürlich viel schwieriger weg von zu Hause zu sein. Das ist natürlich eine psychische Belastung, sage ich mal. Körperlich belastend, gar, würde ich sagen, nein, wenn schon zu wenig. [...]“ (T1_Herr A)*

- ➔ *„Nein hat mich nicht belastet. Ich habe nur die Probleme, ich habe auch damals gesprochen. Keine Freunde, kann man nicht so viel Möglichkeiten, dass man Zeit verbringen können.“ (T2_Herr B)*
- ➔ *„Ich wollte es gerne, manchmal freiwillig zum Schwimmen gehen oder was anderes machen. Ich könnte gar nicht mehr schaffen.“ (T1_Frau D)*
- ➔ *„Sauna muss ich bezahlen, das muss ich bezahlen, das muss ich bezahlen, was, Massage muss ich bezahlen.“ (T2_Herr M)*

Zufriedenheit mit der Rehabilitationseinrichtung

Die meisten Rehabilitanden/innen waren vor der Rehabilitation nicht über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert. Auch durch den behandelnden Arzt erhielten die Befragten keine oder teilweise auch falsche Informationen. Einige der Befragten gaben an, ausschließlich Angaben zu bestimmten präferierten Regionen beispielsweise aufgrund des Klimas gemacht zu haben. Für eine Rehabilitandin war die Lage der Einrichtung vergleichsweise weniger relevant.

- ➔ *„Das mit dem Wunsch wusste ich nicht.“ (T0_Frau K)*
- ➔ *„Hier bin ich auch zufrieden, Hauptsache habe ich bekommen, Hauptsache hat es geklappt. Das macht mich glücklich. [...] Mehr will ich gar nicht.“ (T0_Frau D)*

Mit der Einrichtung selbst war die Mehrheit der Rehabilitanden/innen eher zufrieden und bewerteten diese als praktisch und zweckmäßig. Ein Patient beschrieb, dass die Zufriedenheit mit der Einrichtung eher eine untergeordnete Rolle spielt und es in erster Linie um die erfolgreiche Durchführung der Maßnahme ginge. Die Lage bzw. der Standort der Einrichtung wurde von den meisten Teilnehmern als sehr gesundheitsförderlich und beruhigend wahrgenommen. Als positiv bewertet wurde die Verfügbarkeit einer türkischsprachigen Zeitung in einer Einrichtung.

- ➔ *„Ne, ne. Gar nichts gibt es zu meckern.“ (T0_Herr B)*
- ➔ *„Ich bin eigentlich sehr zufrieden, das ist eine ganz schöne Ecke.“ (T0_Frau K)*
- ➔ *„Doch war ganz gut. Also, es war kein Luxushotel, aber das habe ich auch nicht erwartet. Habe ja vorher gesagt, mir sind viel wichtiger, Schmerzen weg, Therapieanwendungen, dass die erfolgreich ablaufen. Und ich bin auch, persönlich bin ich da nicht sehr wählerisch, was das angeht.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Es sind praktische Zimmer, es ist so Hotelzimmerstil [...].“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Gibt auch türkische Zeitung, gibt zwei Stück.“ (T0_Herr J)*

Häufiger wurde jedoch Unmut über kostenpflichtige Leistungen beispielsweise für Fernsehgeräte, Telefon- oder Internetanschluss, Wasser sowie Parkgebühren geäußert.

- ➔ *„Fernseher bezahlen, Telefon bezahlen, Getränke bezahlen, bezahlen WLAN, alles bezahlen. Ist ja nichts, fast nichts umsonst hier.“ (T1_Herr I)*

Darüber hinaus wurden die Sauberkeit und die veraltete Ausstattung in den Einrichtungen von mehreren Rehabilitanden/innen bemängelt. Überdies kritisierten vereinzelt Patienten/innen die begrenzten Möglichkeiten sich mit anderen Patienten/innen gesellig zusam-

menzusetzen zu können. Das Fehlen von Wasserspendern auf den jeweiligen Etagen sowie Kaffeeautomaten stimmte ebenfalls einige Rehabilitanden/innen unzufrieden.

- ➔ *„Die Räume sind, ich weiß nicht wie lange die, das Gebäude hier steht, ist bisschen dreckig. Also der Teppichboden ist dreckig, dreckig heißt Flecken, es ist paar Flecken, man ekelt sich, ich laufe nicht ohne Pantoffel rum und barfuß laufe ich gar nicht, wenn dann mit Strümpfen. [...] Es ist sauber, aber es nicht das Ideale, was man sich darunter vorstellt.“ (T0_Frau K)*
- ➔ *„Das Einzige ist für uns alle, was wirklich fehlt, wäre ein bisschen mehr Platz um gemeinsam zu sitzen [...].“ (T0_Frau G)*
- ➔ *„Die Cafeteria sind Halbzeit immer auf Halbzeit sind zu. Dann müssen die offen lassen, [...]. Weil gibt es keine Möglichkeit, dass wir irgendwo Kaffee trinken und so was. [...] Zwischendurch, wenn man rein will nach Anwendungen, ein Kaffee trinken will, haben wir keine Möglichkeit gehabt.“ (T1_Herr B)*
- ➔ *„Wir haben einen einzelnen Zentralpunkt, wo wir unsere Selter auffüllen können. Das ist auch immer blöd, egal, ob du im fünften Stock bist oder im dritten Stock wohnst, im Anbau wohnst, die müssen alle an diesen bis zum Speisesaal, um ihr Wasser aufzufüllen [...].“ (T1_Frau G)*

Einige Rehabilitanden/innen vermissten zudem in den Rehabilitationseinrichtungen türkischsprachige Fernsehsender oder Zeitschriften.

- ➔ *„Das ist es, was ich vermisse ist, wir haben schon 18 Sender, dass da auch ein bisschen ausländische Sender dabei sind. Es gibt ja eine Pflichtsender, dieser TRT Sender, der über Kabel zu erreichen ist, die gibt es hier nicht. Es gibt auch keine Zeitung, die man kaufen kann. [...] Also das hab ich eigentlich vermisst [...]. Da weiß man gar nicht, was so läuft oder passiert.“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„[...] Für 77 Cent, aber hat keine türkische Sender drin.“ (T1_Herr J)*

Die Ausstattung der Zimmer war für die meisten Befragten zufriedenstellend. Ein Großteil der Teilnehmer bezeichnete die Ausstattung der Zimmer als eher praktisch und zweckmäßig. Als positiv wurde von einem Rehabilitanden/innen die Unterbringung in Einzelzimmern erachtet. Kritisiert wurde vereinzelt das Fehlen eines Kühlschranks und somit die Möglichkeit seine Getränke - insbesondere im Sommer – kühlen zu können.

- ➔ *„Zimmer, wie gesagt, von den Schulnoten, würde ich da eine drei geben.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Weil das hier ist beste Sache ist, jeder hat deine Zimmer, das ist gut. Nicht wie Krankenhaus z.B. drei liegt da und z.B. eine wollte Fernsehen gucken, eine wollte schlafen, eine wollte. Aber hier, das ist Zimmer ist gut.“ (T1_Herr C)*
- ➔ *„Ich finde schade, dass da keine Kühlschrank ist. Man muss erst mal kalte Trinken, Getränke und so was hinlegen könnte. Aber gibt es nicht. Wir waren nämlich zur Sommerzeit hier, war warm, [...] Also, wenn ich Wasser geholt habe, halbe Stunde später ist wieder warm [...].“ (T1_Herr B)*

Die Sauberkeit und Reinigung der Zimmer wurde von den Befragten sehr unterschiedlich bewertet. Diese wurde teilweise gelobt und teilweise als unzureichend eingestuft.

- ➔ *„Ich bin mit allem zufrieden. Immer frische Handtücher bekommen, meine Bad war immer Tip Top sauber. Ich habe keine Beschwerden über Putzfrau oder jemandem, weil alles richtig toll war.“ (T1_Frau D)*

→ „[...] das einzige was gemacht wurde jeden Tag ist der Mülleimer ausleeren. Ja, hin und wieder mal neue Handtücher. Also neue Handtücher achten die drauf. Die wischen einmal durch im Badezimmer, nur anscheinend mit saugen haben die das nicht so.“ (T1_Herr I)

→ „Die Bettwäsche wechseln die, elf Tage bisschen zu lang.“ (T1_Herr J)

Hinsichtlich der Ausstattung in den Einrichtungen wünschten sich einzelne Rehabilitanden/innen einen extra Trainings-/Aufenthaltsraum, der nach den Anwendungen für individuelle Übungen oder zur Erholung genutzt werden kann, einen Kaffee- bzw. Getränkeautomaten oder auch eine integrierte Küche auf den Fluren, türkischsprachige Fernsender, eine freundlichere Raumausstattung durch farbige Akzente oder Pflanzen sowie eine Bücherauswahl zur freien Verfügung.

→ „Extraraum, dass da immer die Leute Sport machen könne.“ (T1_Herr B)

→ „[...] eigentlich war der Kaffeeautomat das Wichtigste, nicht nur Kaffee auch Selter und Fanta und Selter, so ein Kombiding.“ (T1_Frau G)

→ „Vom Platz her hätte ich mir mehr Platz gewünscht. Was ich gewünscht hätte wären so noch zwei, drei Erholungsräume, so für, das man sitzen und Handarbeiten macht oder bisschen mit dem Fernseher bisschen klönen kann.“ (T1_Frau G)

→ „Ich hätte gerne einen türkischen Sender gehabt.“ (T1_Frau G)

Zufriedenheit mit den Behandelnden und der Betreuung

Zu Beginn der Rehabilitation wurde die Beziehung zu den ärztlichen Behandlern eher positiv bewertet. Zufrieden äußerten sich die Rehabilitanden/innen insbesondere über die Freundlichkeit der medizinischen Behandler.

→ „[...] die Ärzte sind freundlich.“ (T0_Herr B)

→ „Also, ich habe einen ganz lieben Arzt, der ist sehr nett. [...]“ (T0_Frau G)

Während sich nach Aussage mehrerer Rehabilitanden/innen die Ärzte/innen zu Beginn ausreichend Zeit für Gespräche und Untersuchungen nahmen, äußerte ein Teil der Befragten mehr Arztkontakte und -gespräche erwartet zu haben.

→ „Der hat sich genug Zeit genommen. Ja, ja.“ (T0_Herr A)

→ „Dann haben wir Beispiel, heute Morgen, haben wir Belastungs-EKG gemacht. Er war ganze Zeit bei mir gewartet. [...] ein anderer Arzt hätte, [...] gar nicht mehr gewartet. [...] Hat alles von vorne bis hinten geguckt. Durchgeschaut und dann sagt er ‚Prima, sieht alles okay aus.‘“ (T0_Herr B)

→ „Ich hab so gedenkt, ich hab gesagt bestimmt wird das gut und jede Tag Arztkontrolle und das und das und das. Und z.B. morgen hier gar keine Arzt, keine Arzt. Keine Arztkontrolle, gar nichts. Nur laufen.“ (T0_Herr C)

Die Mehrheit der Patienten/innen beurteilte den Kontakt zu den Ärzten/innen am Ende der Rehabilitation ebenfalls sehr gut. In erster Linie wurde hierbei die Hilfsbereitschaft der Ärzte/innen gelobt. Die Betreuung durch den gleichen Arzt während der gesamten Rehabilitation wurde als sehr hilfreich von einem Patienten beschrieben.

→ „Also mit den Ärzten habe ich eigentlich ganz gutes Klima gehabt.“ (T1_Frau G)

→ „Alles gut. Ich habe keine Beschwerden über meine Ärzte. Egal was ich brauchte, jedes Mal dahin gegangen, die haben immer mich betreut und geguckt. Alles gemacht, wirklich. Das kann ich nicht meckern.“ (T1_Frau D)

Der Kontakt und die Betreuung seitens der Ärzte/innen wurden von einzelnen Rehabilitanden/innen als nicht ausreichend bzw. nicht intensiv genug eingestuft. Kritisiert wurden hierbei die zu begrenzten Untersuchungen, die fehlende Diagnostik z.B. für Nebendiagnosen und die zu geringe medikamentöse Therapie.

→ „Ich habe Arzt [...] nur zwei Mal habe ich gesehen. Jedes Mal ich glaube es war 10 Minuten. Und nur hat er, beides Mal hat er die Blut kontrolliert, [...] und sonst gar nichts. [...] Mehr nicht. Ich war einmal hier ein bisschen krank und hab ich ehrlich Kopfschmerzen [...] Ich wollte hier und eine Stunde habe ich hier gesessen wegen nur zwei Tabletten.“ (T1_Herr C)

→ „Also, man muss unterscheiden, glaube ich, zwischen Physiotherapeuten-Behandlern und dem Arzt. Mit dem Arzt habe ich drei Termine gehabt, am Anfang einen, in der Mitte einen und am Ende halt. Da ist halt, das war jetzt nicht so intensiv [...]“ (T1_Herr A)

Einen Monat nach der Rehabilitation äußerte sich der Großteil der Rehabilitanden/innen nach wie vor positiv über die ärztliche Betreuung. Hervorgehoben wurde erneut die Hilfsbereitschaft aber auch das Interesse des Arztes/der Ärztin für die Probleme des Patienten. Eine Patientin betonte ihre Zufriedenheit mit der angebotenen offenen Sprechstunde ihres Rehabilitationsarztes und die damit verbundene Möglichkeit den Arzt häufiger als einmal in der Woche konsultieren zu können.

→ „[...] dass ich einen Arzt als Ansprechpartner hatte, fand ich echt toll, dass da so offene Sprechstunde war und ich musste nicht eine Woche darauf warten. Ach, jetzt kommt er aufs Zimmer und ich kann zu ihm hingehen und man konnte jeden Morgen anklopfen, wenn man was hatte und das besprechen. Also, wenn dann nicht jemand drinnen war, dann hieß es: ‚Warten Sie mal einen Augenblick draußen, ich rufe sie gleich auf.‘“ (T2_Frau G)

→ „Waren ganz gute Ärzte, Arzt war das. Waren gute Erfahrung gehabt. Deswegen hat mich ganz gut geholfen. Wenn ich jedes Mal Probleme gehabt, habt mich sofort behandelt. Das ist überhaupt kein Problem. Ich habe auch, außer Herzprobleme, habe ich ein bisschen was anderes gekriegt. Hat mich sofort behandelt.“ (T2_Herr B)

Neben den vielen positiven Erfahrungen, die von der Mehrheit der Rehabilitanden/innen berichtet wurde, machten einige wenige Rehabilitanden/innen während der Rehabilitation auch negative Erfahrungen mit dem ärztlichen Personal. Diese Rehabilitanden/innen fühlten sich von ihren Ärzten/innen während der Rehabilitation bezüglich ihrer Schmerzen nicht ernst genommen. So beschwerte sich ein Rehabilitand, dass er trotz massiver Schmerzen von seinem Rehabilitationsarzt als gesund aus der Rehabilitation entlassen wurde.

Kritisiert wurde zudem wiederholt die unzureichende Gabe von benötigten Medikamenten.

→ „Das habe ich zu denen gesagt, mit den Schmerzen komme ich durcheinander, ich kann nicht alles beschreiben. Habe ich zu jeder Arzt gesagt, die Schmerzen machen mich richtig verrückt. Und der sagte, ach das geht wieder weg [...]“ (T2_Frau D)

→ „[...] wenn ich mit diesen Schmerzen normalerweise zum Arzt gehen würde, der würde mich sechs Wochen oder noch mehr krankschreiben. Aber er hat mich gesund entlassen, das finde ich nicht okay.“ (T2_Herr M)

→ „Wegen der Umstellung, das Essen, ich wollte auf Toilette was nehmen, dann gut ich meine sie können ja jedem so ein Medikament nehmen, aber so teuer ist es auch nicht. Haben sie mir nicht gegeben, haben sie gesagt ich soll mir so Pflaumen kaufen oder was weiß ich. Ich meine manchmal schämt man sich da schon, da zu sagen, dass man nicht auf Toilette kann. Aber [...], dass man nicht mal so ein Ding geben kann. War schon ein bisschen happig. [...] Aber, dass die da nichts tun, das fand ich schon bisschen, [...] ich glaube, die wollten ungern was schreiben. Immer ungern was schreiben.“ (T2_Frau K)

Auch der Wunsch nach mehr Arztkontakten wurde von einem Rehabilitanden geäußert.

→ „[...] Ne das, ich hab immer mehr gewünscht, aber die leider. 21 Tage lang komplett fast 10 Minuten.“ (T2_Herr C)

Zufriedenheit mit dem Therapie- und Pflegepersonal

Zu Beginn der Rehabilitation wurde von den meisten Rehabilitanden/innen die Erfahrung der Therapeuten in der Behandlung außerordentlich gelobt. Auch die Intensität des Austauschs und die Freundlichkeit des therapeutischen Personals wurden von der Mehrheit der Befragten betont.

→ „Der Termin mit der Physiotherapeutin war super. Da war ich echt zufrieden. Man hat ihr echt angemerkt, wie viel Erfahrung sie hat. Und, ja. Also, wie gesagt ich war sehr zufrieden.“ (T0_Herr A)

→ „Sie hat also meinem Rücken sehr abgetastet, hat mir meine Punkte erzählt und erklärt und [...] immer wieder nachgefragt. Das war wirklich gut.“ (T0_Frau G)

Darüber hinaus wurde der Begrüßungstag mit Führung durch die Einrichtung und Vorstellung der Abteilungen von einer Rehabilitandin als sehr positiv und hilfreich erlebt.

→ „Also sie werden schön aufgeklärt, sie werden durch das Haus geführt. Uns wurden die ganzen Abteilungen gezeigt. Dann war ein Begrüßungsvormittag, da kam die ganzen, also die Leitung vom Pflegedienst, von der Physiotherapie, von den ganzen Abteilungen, haben sich alle vorgestellt und gesagt, wo sie sind, wie sie zu erreichen sind, jeder Zeit. Und das fand ich wirklich gut, muss ich sagen.“ (T0_Frau G)

Gleichermaßen wie bereits zu Beginn der Rehabilitation berichteten die Befragten zum Ende der Rehabilitation überwiegend von positiven Erfahrungen mit dem therapeutischen und pflegerischen Personal. Hervorgehoben wurden insbesondere der intensive Austausch und der Lerneffekt, der aus den Therapiestunden gezogen wurde. Auch die Hilfsbereitschaft des Personals wurde erneut betont.

→ „Die sind alle, die sind alle, die ich hatte, sind recht gut. Die hatten sogar nach der Therapie, wenn man einige Fragen hatte, hat man nicht so einfach irgendeine Antworten bekommen sondern ins Detail mit Erklärung, also sehr intensiv.“ (T1_Herr L)

→ „[...] die Therapeuten sind gut ausgebildet. Auch die menschliche Seite ist gut ausgebildet. Ich meine, die sind sehr hilfsbereit, die verstehen ihr Werk. Also die wissen schon, was sie machen und die behandeln uns sehr, sehr gut.“ (T1_Herr M)

Am Ende der Rehabilitation wurde nur vereinzelt Kritik gegenüber dem Therapie- sowie Pflegepersonal geäußert. Bemängelt wurden hierbei die wechselnde Betreuung bei den Thera-

pien sowie die unzureichende Unterstützung in der Ausübung der täglichen Pflege. Diesbezüglich gab eine Patientin, die aufgrund einer Operation auf die Hilfe vom Pflegepersonal angewiesen war, an, keine Unterstützung erhalten zu haben.

- *„Es ist wichtig, dass man von Anfang an bei einer bestimmten Therapie ein Therapeut oder eine Therapeutin haben sollte. Einmal gab es einen [...] Wechsel, intern, weil der eine nicht da war oder krank. Und meine Therapeutin musste woanders hin und ich habe ein anderen bekommen und [...] er fragte mich: ‚Ja, was haben Sie?‘ und [...] Null anfangen, [...] Also für Ihn war das, glaube ich, einfach husch husch. Die Stunde, die halbe, die zwanzig Minuten rum und der hat sein Job erledigt, aber diese Anwendung hat mir nicht gebracht. [...]“ (T1_Herr L)*
- *„Ich wurde nicht gewaschen fünf Tage, ich wurde ja auch hängen gelassen, [...]“ (T1_Frau G)*
- *„Ich habe mich eineinhalb Stunden alleine abgeseift, dann hat die eine Türkin mir den Rücken gewaschen und so. Und dann habe ich gesagt, dann brauche ich keinen mehr. Dann bin ich zum Friseur gegangen, weil ich meine Haare nicht waschen konnte, ging nicht, wegen den Narben. Wenn ich den Arm so hochkriege und mit einer Hand waschen und festhalten, das geht auch nicht.“ (T1_Frau G)*

Nach einem Monat bewertete ein Großteil der Befragten den Umgang und die Begegnung mit dem Personal überwiegend positiv. Akzentuiert wurden hierbei der Respekt und die Toleranz gegenüber allen Rehabilitanden/innen. Ebenso die Achtsamkeit, Professionalität, Hilfsbereitschaft sowie die Bemühungen der Therapeuten wurden gelobt.

- *„Vom Umgang etc. war ich super zufrieden. Absolut. Tolle Leute, nett, freundlich. Ich habe, wie gesagt, man merkt halt, also ich sage jetzt mal in Anführungsstriche in der deutschen Gesellschaft fühlt man sich jetzt nicht unwillkommen. Also, ich fühle mich sehr gut und auch dort hat man auch wirklich kein Unterschied gemerkt, ob man jetzt aus Kurdistan kommt, aus Iran sage ich mal oder sonst woher. Also, da sage ich, wenn Therapeuten mit Respekt und Toleranz einem gegenüber treten, dann ist das das beste Mittel, sage ich mal.“ (T2_Herr A)*
- *„Die Therapeuten waren wirklich gut drauf, richtig fit [...]“ (T2_Frau G)*
- *„Die bemühen sich, praktisch alles zu erklären.“ (T2_Herr N)*

Zufriedenheit mit den Therapien und der Therapieplanung

Mit den einzelnen Therapien zeigte sich die Mehrheit der Rehabilitanden/innen zu Rehabilitationsbeginn sehr zufrieden. Positiv wurde vor allen das umfangreiche Therapieangebot und die Strukturierung der Anwendungen durch die Therapieplanung bewertet. Hingegen äußerten nur wenige der befragten Rehabilitanden/innen ihre Unzufriedenheit mit der Therapieplanung.

- *„[...] was die hier anbieten, bin ich jetzt zufrieden [...]“ (T0_Herr N)*
- *„Dass es ein Plan gibt und auch ein Stundenplan. Das war jetzt überraschend für mich. Aber auch positiv, weil die Struktur ist für mich das A und O. Und es ist einfach alles strukturiert, durchgetimed. Und es ist einfach, man hat viel Bewegung hin und her. Man muss zu Therapiezentrum mindestens zweihundert Meter, glaube ich, laufen durch den ganzen Tunnel. Finde ich gut.“ (T0_Herr L)*

Unzufriedenheit zeigte sich auf Seiten der Befragten entweder aufgrund von zu wenigen oder zu vielen Therapieeinheiten zu Beginn der Rehabilitation. Insbesondere die nahtlose Abfolge der einzelnen Therapieeinheiten ohne Pausen und die geringe Dauer der Therapien wurden von einem Großteil der Rehabilitanden/innen kritisiert.

- ➔ *„Aber ich habe mir vielleicht für die ersten Tage ein bisschen mehr vorgestellt. [...], dass man mehr Anwendungen hat, intensivere Betreuung vielleicht. Da fühle ich mich noch nicht ganz abgeholt.“ (T0_Herr A)*
- ➔ *„Zu viele, die Anwendungen waren in Ordnung, aber das war zu viel an einem Tag. Du bist halt morgens um 07:00 Uhr bist du raus aus deinem Zimmer und ich war teilweise manchmal um 17:00 Uhr wieder auf meinem Zimmer ohne das Zimmer einmal zwischendurch gesehen zu haben. Weil wirklich jede halbe Stunde, Stunde hatte ich eine neue Anwendung.“ (T0_Herr I)*

Zudem wurde der zeitliche Umfang der einzelnen Therapieeinheiten von vielen Befragten als zu kurz eingestuft.

- ➔ *„Also, so 20 Minuten, glaube ich. Aquajogging war 20 Minuten und bei der Physiotherapeutin waren 20 Minuten. Da hätte ich vielleicht natürlich ein bisschen länger. [...] Gerne, ja umfangreicher. Man merkt schon, auch hier wird doch geschaut, dass die Patienten, sage ich mal, das ist ein bisschen hart ausgedrückt, abgearbeitet [...].“ (T0_Herr A)*
- ➔ *„Beispiel ich habe Anwendungen beim Training. Ich gehe hin, 20 Minuten, ich bin noch nicht warm, aber die Zeit ist gelaufen.“ (T0_Herr B)*

Während die einzelnen Therapieeinheiten von der Mehrzahl der Befragten zum Ende der Rehabilitation positiv bewertet wurden, fiel die Bewertung der Therapieplanung vergleichbar schlecht wie zu Beginn der Rehabilitation aus. Negativ wurden speziell der Umfang, die Länge und die Intensität der Therapien und Anwendungen bewertet. Während einige Patienten/innen die Intensität der Übungen zu niedrig einstufen, empfanden einzelne Befragte die Therapien körperlich zu anstrengend. Die zu geringe Intensität in den Übungen wurde hierbei vom Rehabilitanden auf die sehr heterogene Gruppe hinsichtlich der Alters- und Leistungsstruktur zurückgeführt.

- ➔ *„Also es gab regelmäßig, würde ich sagen, nicht täglich, aber regelmäßig Einzelphysiotherapie. Da hat der Physiotherapeut, genau sich den Körper angeschaut. Geguckt, was steht schief, was, woher kommt genau diese Leiden, welche Muskeln stehen schief oder der Körper. [...] Schwimmen haben wir alle, Aquajogging, das hat auch gut getan.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Es waren sehr viele Übungen, von der Menge her, aber die Intensität war, für mich, sage ich mal, viel zu gering.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„[...] es war sehr anstrengend und was eigentlich fehlt ist eigentlich zwischen den Zeiten bisschen zu ruhen.“ (T1_Frau D)*

Häufig wurde der Wunsch nach längeren und mehr Therapien und weniger Seminaren insbesondere während der ersten Rehabilitationswoche geäußert. Zudem wurden die Anwendungen von einem Rehabilitanden als zu monoton bewertet.

- ➔ *„Die erste Wochen [...], da sitzen Sie permanent irgendwo in einem Saal, eine Stunde, dreiviertel Stunde.“ (T1_Herr L)*

- ➔ *„Hätte ich noch mehr gewünscht, dass mehr Ablenken kann. Wenn man mehr in Bewegung ist, dann merkst du schmerzt nicht so richtig, aber wenn du zu Ruhe kommst, so hinsetzt oder hinlegst, dann die Schmerzen steigt richtig.“ (T1_Frau D)*
- ➔ *„Aber war zu kurz, die Anwendungen dauern 20 Minuten, 15 Minuten, bis man geht und dann wieder raus. Kann, hätte ein bisschen länger dauern können. So halbe Stunde oder so.“ (T1_Herr B)*
- ➔ *„Ansonsten ist alles das gleiche. Nur hinlegen und das machen und das machen. [..].“ (T1_Herr C)*

Auch am Ende der Rehabilitation wurde erneut der schlechte Ablauf der Therapien von einer Vielzahl der Befragten kritisiert. Während mehrere Rehabilitanden/innen den erlebten Zeitdruck zwischen den Therapien und Anwendungen sowie den vorgesehenen Essenzeiten betonten, wies ein Rehabilitand hingegen auf zu lange Pausenzeiten hin und bemerkte das hierdurch die Motivation geschmälert würde.

- ➔ *„Die Abläufe waren schlecht zusammengeschrieben muss ich sagen. [..].“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Und dann gibt es Tage, da waren so viele Sachen drauf, das war manchmal Gehetze. 8:45 Uhr zum Beispielspiel hier oben Pflegedienst. Besprechung um neun unten im Keller, in der Cafeteria Vortrag. Also da kannst du weder was trinken, noch mal kurz aufs Klo, das war nur ein Hetzen [..].“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Was eigentlich fehlt ist eigentlich zwischen den Zeiten bisschen zu ruhen.“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Die Essenzeiten vielleicht, da steht man vielleicht unter Zeitdruck, weil Gruppe eins, drei und fünf gibt, und 15 Minuten, wenn man 10-15 Minuten später kommt, dann kommen, man steht bisschen unter Zeitdruck [..].“ (T1_Herr N)*
- ➔ *„[..] man hat immer wieder lange Pausen dazwischen. Und das ist natürlich auch, was die Motivation angeht, [..]. Also, nach einer Anwendung, will man eigentlich weiter machen, vor allem wenn die nicht intensiv genug war, muss man dann ins Zimmer, 10, 15 Minuten, zwanzig Minuten, je nachdem. Manchmal ein Stunde, zwei Stunden, [..] und diese Pausen dazwischen sind, was die Motivation so angeht, nicht gerade förderlich.“ (T1_Herr A)*

Mehrfach wurde der Wunsch geäußert auf bestimmte Therapieeinheiten verzichten zu können. Zu den unbeliebteren Therapien zählten bei den befragten Patienten/innen Qigong und Muskelentspannung nach Jacobsen.

- ➔ *„[..], ich habe irgendwann mal gemerkt, einige Anwendungen hätte ich mir auch sparen können, glaube ich. Von wegen, die haben ja nichts gebracht. Das hätte ich, aber glaube ich, wenn man das vorher mit dem Arzt. Also wenn der Arzt sagt: ‚Das und das taucht auf, so ist ihrer Stundenplan, quasi. Diese Übungen, was halten Sie davon?‘ [..] Was Informationen angeht, was das zeitliche angeht, ob man auch vielleicht ein bisschen variieren kann. So was halt.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Mich hat Jacobsen gestört, ich mag diese Anwendung nicht, obwohl das was für Muskellockerung ist oder so. Ich kriege dabei mehr Stress als Entspannung.“ (T1_Herr M)*

Einen Monat nach der Rehabilitation wurden die Anwendungen nach wie vor von der Mehrheit der Rehabilitanden/innen als hilfreich eingestuft.

- ➔ *„Die Anwendungen waren alle gut.“ (T2_Herr I)*
- ➔ *„Also für meine Krankheit was die Anwendung sind okay, die helfen mir.“ (T2_Herr J)*

Kritisiert wurde nach einem Monat, dass die Bedürfnisse der Rehabilitanden/innen in der Therapieplanung nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Darüber hinaus wurde die Therapieplanung in der ersten Woche aufgrund des hohen Seminaranteils und des geringen Anteils von Anwendungen von einigen Rehabilitanden/innen negativ bewertet. Vereinzelt wünschten sich die Rehabilitanden/innen zudem noch weitere Therapien und Anwendungen am späten Nachmittag und Abend.

- ➔ *„Da wurden die Bedürfnisse der Patienten überhaupt nicht berücksichtigt, überhaupt nicht. Die haben so einen Plan und dieser Plan wird durchgeführt, ob du da mit machst oder nicht, das interessiert keinen Menschen. Da, du bist wie ein Vieh. Da hingehen, da hinkommen, sitzen, stehen, schlafen. Mehr nicht.“ (T2_Herr M)*
- ➔ *„Die erste Woche war ja, wie gesagt, nur Seminare und keine Anwendungen, das war etwas vergeudete Zeit.“ (T2_Herr L)*
- ➔ *„[...] Hätte ein bisschen die Anwendungen mindestens bis fünf oder sechs Uhr, bis 17, 16, 18 dauern können. Also, den ganzen Tag beschäftigt sein, weil wir hatten viel freie Zeit gehabt.“ (T2_Herr B)*

Therapiewünsche wurden von der Mehrzahl der Befragten während der Rehabilitation gegenüber dem behandelnden Arzt geäußert. Den Wünschen der Rehabilitanden/innen wurde jedoch nur teilweise entsprochen. Die Rehabilitanden/innen, die Therapiewünsche äußerten, wünschten sich vor allem Massagen oder Fango-Packungen.

- ➔ *„Ja, ich habe Wünsche gehabt, mit dem Arzt gesprochen und die wurden auch berücksichtigt. [...]“ (T0_Herr N)*
- ➔ *„Also ich hatte ja wie gesagt mehr Bewegung gewünscht, da habe ich dann das Fahrradfahren reinbekommen, zum Probieren und als das klappte habe ich dann zweimal in der Woche bekommen. Ich habe Massage gewünscht, zum Auflockern, die habe ich sogar dreimal in der Woche bekommen [...]“ (T1_Frau G)*
- ➔ *„Z.B. habe ich hier immer ständig Fango-Massage für meine Schulter bekommen. Ich habe da gar nicht bekommen. [...] ‚Ja, im Moment dürfen wir nicht.‘ Und deswegen bin ich auch nicht zufrieden geworden.“ (T2_Frau D)*

Als Vorschlag zur verbesserten Therapieplanung wurde angeregt bereits im Vorfeld Rehabilitanden/innen über verschiedene Therapien und deren Inhalte zu informieren. Auch der Einbezug in die Planung der Therapien wurde als wichtig erachtet. Zudem wurde die Durchführung von Therapien in den Abendstunden zur freiwilligen Teilnahme vorgeschlagen und die Bildung homogenerer Gruppen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit zur Verbesserung des Therapieerfolgs. Zur Entzerrung des Therapieplans wurde eine Verlängerung sowie eine Reduktion der Einheiten am Tag als sinnvoll erachtet.

- ➔ *„[...] Dass man vorher schon weiß, was auf einen zukommt. Dass man vielleicht, man vorher schon damit das abspricht. ‚Es ist eher was für mich oder nicht?‘ [...]“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Lieber eine Anwendung weniger, aber dafür immer diese Zeit.“ (T1_Herr M)*

Zufriedenheit mit den Seminaren

Die Mehrheit der Rehabilitanden/innen äußerte zum Ende der Rehabilitation im Rahmen des Interviews ihre Unzufriedenheit mit den Seminaren. Einige Seminare wurden als nicht relevant und zielführend bewertet. Der Anteil an Seminaren wurde zudem als zu umfangreich angesehen. Auch der Aufbau der Seminare wurde teilweise kritisiert.

- *„[...] die Menge war viel zu viel, angesetzt. Was die Seminare angeht. Weil, wenn man Rückenschmerzen hat und sitzen muss, kommt es natürlich einem sehr ungelegen, sage ich mal. So ein Seminar.“ (T1_Herr A)*
- *„Von Seminar ich wollte Augen zu und nichts hören, auch so gar nicht hören [...]. Das bringt gar nicht, ehrlich bringt nichts. Ich weiß was ist für mich gesund [...]. Das ist Katastrophe, ehrlich nein.“ (T1_Herr C)*
- *„40 Minuten Einleitung ist viel zu umfangreich. Und Bewältigung hätte da viel mehr rein gemusst. [...] vielleicht war das für die, die da drin saßen bisschen zu viel, [...]. Anders aufbauen müssen. Weniger Einleitung, so kurz und knackig einfach. [...]“ (T1_Herr I)*

Zudem wurde die Länge der Seminare beanstandet, diese wurde entweder als zu kurz oder von den meisten Rehabilitanden/innen - insbesondere mit (Rücken)schmerzen - als zu lang empfunden. Von den befragten Rehabilitanden/innen wurde hierbei übereinstimmend die Seminardauer von einer Stunde angegeben. Des Weiteren wurde kritisiert, dass Seminare mit bekanntem Inhalt nicht aus dem Therapieplan gestrichen werden konnten.

- *„[...] Dann wollten wir zum Osteoporose-Seminar. Haben wir auch uns hingesezt, war ja angesetzt um zehn Uhr. Ja, wir sind reingekommen. Sie kam und schlug eine Mappe auf [...] ‚Hier sind die zwei Seiten, können Sie sich durchlesen. [...], bitteschön und wir sehen uns, wenn Sie noch Fragen haben.‘ Und zehn nach zehn waren wir draußen. Haben wir uns beide angeguckt und haben gesagt, da können wir auch wieder rauchen gehen.“ (T0_Frau G)*
- *„Ich kann nicht so lange sitzen und auch nicht so lange stehen. Ja und dann wie gesagt, du kennst das schon, du musst es nochmal anhören. Dann sind manche Seminare sehr in die Länge gezogen, dann gehen die über eine Stunde. Und die erzählen und erzählen, erzählen, erzählen [...]. Ich bin zwar erschienen da, aber ich bin nicht lange geblieben [...] Weil ich kannte das, wie gesagt schon, konnte nicht mehr sitzen, musste stehen, dann bin ich halt raus gegangen.“ (T1_Herr I)*

Vereinzelt gaben die befragten Rehabilitanden/innen auch positive Bewertungen ab und lobten den Informationsgehalt und die Laienverständlichkeit der Seminare.

- *„Stressseminar. Sehr informativ auf jeden Fall.“ (T1_Frau F)*
- *„[...] wirklich Laien verständlich also da haben sie sich alle Mühe gegeben. Egal, ob das jetzt diese Herzinfarktsachen waren oder andere Krankheiten über Frakturen, [...] aber das war ganz toll, das war gut.“ (T1_Frau G)*

Zufriedenheit mit der Verpflegung

Die Zufriedenheit mit der Verpflegung wurde von den befragten Rehabilitanden/innen sehr unterschiedlich bewertet. Während einige Rehabilitanden/innen das Essen in der Einrichtung als zufriedenstellend einstufen, äußerte sich die Mehrheit der befragten Rehabilitanden/innen negativ über die Verpflegung. Es zeigte sich eine vergleichbare Unzufriedenheit mit dem Essen über alle Befragungszeitpunkte hinweg.

→ *„Über Essen, über die Küche, kann ich gar nicht mehr beschweren. Das war alles super.“ (T2_Frau D)*

→ *„Essen kriege ich, aber schmeckt nicht.“ (T0_Frau H)*

Von einem Rehabilitanden wurde diesbezüglich jedoch angemerkt, dass die Verpflegung hinsichtlich der erfolgreichen Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme für ihn nicht ausschlaggebend ist.

→ *„Essen war nicht meins. Aber ich bin, ich esse auch zu Hause anders. Kurdische Küche ist nun mal anders. Aber das war für mich relativ nebensächlich.“ (T1_Herr A)*

Ebenso wie die Zufriedenheit mit der Verpflegung, wurde auch die Auswahl zwischen den drei angebotenen Menüs in den Einrichtungen unterschiedlich bewertet. Einige der befragten Rehabilitanden/innen erachteten die Auswahl als ausreichend, einige hätten sich eine größere Auswahl gewünscht.

→ *„[...] es sind ja drei Gerichte zur Wahl, einmal ganz vegetarisches und einmal ist nur Rind und einmal immer Schwein. Es wird wirklich unterschieden. Also da hat man eine gute Auswahl und Frühstück und Abendbrotbuffet ist sehr viel Geflügelwurst und solche Sachen und verschieden viele fünf Sorten Käse, also es ist eine Auswahl von Buffet her würde ich sagen [...].“ (T0_Frau G)*

→ *„[...] generell mehr Auswahl im Essen wäre nicht schlecht gewesen. Also Essen ist hier ja so das nötigste, was man halt braucht [...].“ (T1_Herr I)*

Darüber hinaus wiesen mehrere Rehabilitanden/innen darauf hin, dass die Auswahl beim Essen insbesondere beim Verzicht auf Schweinefleisch zu klein ist. Häufig steht diesen Personen in diesem Fall nur noch ein von drei Gerichten zur Auswahl.

→ *„Sie haben drei Menüs, einmal für vegetarisch, einmal Schweinefleisch und einmal für die andere. Und außerdem haben wir keine Möglichkeit zu vierte Menü kriegen. Und abends haben wir Abendbrot. In Abendbrot bleibt für mich nur Käse und Brot, weil die Reste alles mit Schweinefleisch. Esse ich nicht.“ (T0_Herr B)*

→ *„Schweinefleisch und Gelatine esse ich nicht, [...] Seit zwei Tagen, z.B. hab ich gestern Abend die Salami oder so überhaupt nicht essen nicht. Nur ein bisschen Butter und Käse. Frühstück ein Glas Tee und raus [...].“ (T0_Herr C)*

In diesem Zusammenhang wurde von einem Rehabilitand angemerkt, dass das Küchenpersonal oftmals nicht über die Inhalte der Gerichte informiert ist und keine Auskunft darüber geben kann, ob Gerichte schweinefleischfrei sind oder nicht. Die Auskunft des Personals über Inhalte wird zudem angezweifelt.

→ *„[...] einmal habe ich Mittagessen bestellt, also ich musste für den nächsten Tag bestellen, da war Bohnen mit Rindfleisch. So ich komme am nächsten Tag, [...] Ich habe gesagt, diese Menü möchte*

ich haben, auf einmal sehe ich da Würstchen. Dann habe ich gesagt, ‚Was ist da für Würstchen?‘, ‚Ja das wissen wir nicht.‘ ‚Na ja, wie wissen Sie nicht? Sie arbeiten hier, Sie machen Menü und Sie wissen nicht, was das für Würstchen ist?‘ ‚Ja das Fleisch ist Rind.‘ Naja, ich frage nicht, was das für ein Fleisch ist, dann sind die mir auch nicht glaubwürdig.“ (T1_Herr M)

Ebenso die gleichbleibende Menüauswahl insbesondere zum Frühstück und zum Abendbrot wurde von mehreren Rehabilitanden/innen kritisiert. Von einem Rehabilitanden wurde zusätzlich die Andersartigkeit der Gerichte im Vergleich zur eigenen Verpflegung zu Hause angesprochen.

➔ *„Am morgen früh habe ich immer Probleme mit meine Frühstück, [...] nur Käse, Brötchen und Marmelade. Jeden Tag gleiche. Aber bei mir zu Hause, wird ganz verschieden gemacht werden. Meine Frau, Beispiel Brat-Zucchini und Auberginen und Kartoffeln. Jede morgen früh. [...] also so, haben wir immer zu Hause was anderes. Gekochte Ei, Oliven, verschiedene, also Grün und Schwarz. Hier haben wir nichts.“ (T0_Herr B)*

➔ *„Nur das Essen ist bisschen einseitig [...].“ (T1_Frau K)*

➔ *„Mittagessen hat man viel Möglichkeiten, aber Frühstück und Abendessen ist immer so langweilig, banal. Immer das gleiche.“ (T1_Herr L)*

Auf individuelle Wünsche wird nach Aussage der Rehabilitanden/innen nur eingeschränkt Rücksicht genommen.

➔ *„Also, die Essen, haben mir ein bisschen Probleme mit Essen. Also, ich bekomme nicht, was ich will. Also, ich bekomme nur, was da gestellt ist.“ (T0_Herr B)*

Zwei Rehabilitanden wiesen darüber hinaus zu Beginn der Reha-Maßnahmen daraufhin, dass die Portionen beim Essen nicht ausreichend groß sind, um satt zu werden. Bedingt durch die mit der veränderten Ernährung einhergehende Gewichtsreduktion und den Lerneffekt, revidierte einer der beiden Rehabilitanden seine Meinung im Rahmen des dritten Interviews, einen Monat nach Abschluss der Maßnahme.

➔ *„[...] du wirst davon nicht satt. Wie soll ich davon satt werden? So stell dir mal vor, ich hab jetzt gesagt, ich habe sie angeguckt, Reis darf ich nicht zu viel essen, weil ich bin Diabetiker, so und von diese Stück, [...] Wenn ich einem Mal in meine Mund nehme, ist das weg [...].“ (T0_Herr M)*

➔ *„Am Anfang war ich ein bisschen nicht glücklich mit der, sagen wir mal, mit den Mahlzeiten, etc. auch von der Menge her, aber [...] ich habe natürlich nach der Reha, habe ich abgenommen gehabt. Und, ich habe auch gemerkt, eigentlich wie wenig der Körper eigentlich braucht. Und wie viel man eigentlich zu Hause zu sich nimmt, obwohl man ja auch mit viel weniger klar kommt, [...].“ (T2_Herr A)*

Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten

Die angebotenen Freizeitaktivitäten stellten nur wenige Rehabilitanden/innen zufrieden. Bemängelt wurden die fehlenden Möglichkeiten neben den planmäßigen Anwendungen selbstständig sportliche Aktivitäten z.B. freies Schwimmen durchzuführen. Darüber hinaus wurde geschildert, dass es abends bzw. nach den Anwendungen zu wenig oder keine Beschäftigungsangebote in den Einrichtungen gibt. Ein Rehabilitand wies darauf hin, dass speziell für jüngere Rehabilitanden/innen Freizeitangebote fehlen würden.

- ➔ *„Jeden Tag [...] um zwei Uhr hat man Feierabend und dann geht man in die Cafeteria, fünf Minuten ein Kaffee trinken. Mehr Möglichkeiten haben sie nicht. [...] und dann war ich im Zimmer, ganzen Tag im Zimmer. Keine Kollegen, keine Menschen, dass wir sprechen können. Gibt es keine Spiele, dann können wir auch Zeit verbringen können. Wir haben nur rumgesessen. Ich war ganzen Tag in der Zimmer, habe Fernsehen geguckt. Mehr habe ich keine Möglichkeit gehabt.“ (T2_Herr B)*
- ➔ *„Was mir unwahrscheinlich gefehlt hat, also nicht nur mir, sondern für uns allen, abends eine Beschäftigung. Also dass da nach dem Abendbrot, ich kannte es von vielen Patienten, eine Bastelrunde zwei, drei Mal die Woche oder das musste angeordnet werden und ich habe es nicht gekriegt, weil ich nicht zu den Psychischen gehöre. [...] Ich meine, man kann sich ja an den Kosten beteiligen und da war gar nichts. [...] seit ein paar Tagen langweilen die sich natürlich alle auf den Zimmern, ich ja auch.“ (T1_Frau G)*

Als Vorschläge für Freizeitbeschäftigungen wurden Bücher, Handarbeitskurse und häufigere Shuttlebusse in die Innenstadt sowie ein größerer Aufenthaltsraum und ein Sportsalon zur freien Nutzung angeregt.

- ➔ *„[...] zum Beispiel Handarbeitskurse, irgendwas, flechten oder malen oder sowas [...].“ (T2_Frau G)*
- ➔ *„Ja kann man auch paar Bücher da hinlegen [...].“ (T2_Herr J)*
- ➔ *„Aber, so habe ich gewünscht, dass man eine schöne Sportsalon hat, dass man Sport machen kann und Zeit verbringen können.“ (T2_Herr B)*

Zufriedenheit mit dem Rehabilitationserfolg

Nach der Rehabilitation waren nur wenige Rehabilitanden/innen mit dem erreichten Ergebnis zufrieden. Nur vereinzelt beschrieben die Rehabilitanden/innen gesundheitliche Verbesserungen bzw. eine Schmerzreduktion.

- ➔ *„Was das Wirbelgleiten angeht, bin ich noch nicht hundertprozentig zufrieden [...]. Ich habe immer noch, fühl mich immer noch nicht wohl, wenn ich lange sitze. Eine halbe Stunde oder so. Auch, wenn ich viel Sport gemacht habe. Der Rücken, ich merkt es am Rücken. Und, da habe ich, halt, Hoffnung gehabt, dass es vielleicht sich verbessert. Aber, das ist leider nicht dem so.“ (T1_Herr A)*
- ➔ *„Hier für mich ist gar nicht Verbesserung und für mich gar nicht gut und ich habe hier gar nicht gemerkt, ehrlich [...].“ (T1_Herr C)*
- ➔ *„Ich habe Medizinbad bekommen, ich habe Bewegungsbad bekommen, ich habe Gymnastik bekommen, ich habe alles Mögliche mitgemacht. [...] Keine einzige Sache hat mich geholfen. Nichts.“ (T2_Frau D)*

Nur ein Rehabilitand äußerte sich hinsichtlich des erreichten Rehabilitationserfolges positiv.

- ➔ *„Also ich kann nur vom positiven reden, weil ich bin ja hier um auch gesund zu werden. Dieses Ziel habe ich zu 80%, 75, 80% geschafft. In Skala von eins bis zehn; als ich hier ankam, Schmerzskala war neun, jetzt liege ich irgendwo bei vier, fünf. Und das war auch mein Ziel.“ (T1_Herr L)*

Zufriedenheit der Wirksamkeit

Die Rehabilitation wurde insgesamt von den befragten Rehabilitanden/innen als sehr erholungsam wahrgenommen.

→ „[...] Ich habe mich richtig gut erholt und das kann ich selber auch nicht fassen [...].“ (T1_Herr L)

→ „[...] nach meiner Meinung, man kann sich hier gut erholen.“ (T1_Herr N)

Die Wirksamkeit auf den allgemeinen Gesundheitszustand beurteilte hingegen etwa die Hälfte der Befragten schlecht. Hierbei wurde überwiegend angegeben, dass keine Veränderungen im Gesundheitszustand festgestellt werden konnten. Eine Rehabilitandin berichtete diesbezüglich von einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes infolge der Rehabilitation.

→ „Im Endergebnis bin natürlich halt noch nicht ganz glücklich damit, dass ich immer noch Schmerzen habe.“ (T1_Herr A)

→ „Ein bisschen verbessert, nicht viel. Bisschen. Im Rückenbereich gar nichts, schlimmer geworden.“ (T1_Frau D)

Die andere Hälfte der befragten Rehabilitanden/innen gab am Ende der Rehabilitation einen positiven Effekt der Rehabilitation auf ihren Gesundheitszustand an. Berichtet wurden weniger Schmerzen, eine spürbare Kräftigung der Muskulatur sowie eine verbesserte Beweglichkeit.

→ „[...] Ich finde mich noch ein bisschen kräftiger.“ (T1_Herr B)

→ „Auf jeden Fall besser. Besser vom Schmerz her, weil der Schmerz einfach letztendlich so ein bisschen ausgeblendet wird durch die Anwendungen, durch die Therapiemöglichkeiten hier.“ (T1_Frau F)

→ „Ja von der Beweglichkeit her, da hat es auf jeden Fall was gebracht. Und es wird halt von Tag zu Tag besser.“ (T1_Herr I)

Die Bewertung der eigenen Arbeitsfähigkeit am Ende der Rehabilitation fiel unter den Befragten sehr unterschiedlich aus. Während einige Rehabilitanden/innen aufgrund ihrer anhaltenden Schmerzen angaben, sich beruflich neuorientieren zu wollen, stuften einzelne Rehabilitanden/innen ihre Arbeitsfähigkeit vergleichbar schlecht wie zu Beginn der Rehabilitation ein. Nur vereinzelt wurde eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erlebt.

→ „Also, für mich steht fest - Beruf wechseln. Das werde ich in den nächsten Monate, also, nächsten Monate, quasi, angreifen. [...].“ (T1_Herr A)

→ „[...] Ich habe noch Schmerzen. Also das bringt nichts, wenn ich jetzt arbeiten gehe und eine Woche oder zwei, drei Tage später wieder mit einem gelben Schein krank bin. [...].“ (T1_Herr M)

Nach einem Monat berichteten einige Rehabilitanden/innen, dass sie bislang noch nicht wieder regelmäßig arbeiten gehen würden. Wie bereits am Ende der Rehabilitation meldeten nur wenige Befragte eine Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit zurück. Ein Großteil der Teilnehmer bemerkte keinen Unterschied in ihrer Erwerbsfähigkeit.

→ „Nach der Reha war besser, bisschen angenehmer Arbeit.“ (T2_Herr J)

→ „Also ich arbeite mit Zwang, ich zwingen mich zur Arbeit zu gehen. Ich gehe mit Schmerzen [...] zur Arbeit.“ (T2_Herr M)

Hinsichtlich des Zugewinns von Wissen bewertete ein Großteil der Teilnehmer die Rehabilitation als hilfreich. In den Bereichen Umgang mit Schmerzen und Stress, gesunde Ernährung, Bewältigungsstrategien, Risikofaktoren sowie allgemeine Krankheitserfahrungen fühlten sich die Befragten zum Ende der Rehabilitation informierter.

→ „[...], das habe ich der Reha zu verdanken, wie man damit umgeht, wie man Schmerzen mindert. Und, ja. Wie man, quasi, damit besser umgeht.“ (T1_Herr A)

→ „Und wir haben viele Schulung gehabt, über Herzkrankheit, über Bluthochdruck und so haben wir viel gelernt. Und habe ich auch Schulung gehabt über Herzkrankheiten, koronare Herzkrankheit, genau ist meine. Ein bisschen Erfahrung gesammelt. Und das haben wir, über die Rauchen ein bisschen Erfahrung gehabt, dass man aufhören könnte oder, wie man durchkriegen könnte.“ (T1_Herr B)

→ „[...] wie ich laufen soll, wie ich stehen soll, wie ich, also ich habe hier total alles neu gelernt, total neu gelernt, also ich habe in meinem Leben alles falsch gemacht. [...]“ (T1_Herr M)

Auch nach einem Monat gab die Mehrheit an, hinsichtlich des Informationsgehaltes von der Rehabilitation profitiert zu haben.

→ „Was es mir sonst gebracht hat, ist die eine, die Seminare wie Essensverhalten und so. Das, was ich da gelernt habe, versuche ich heute noch aufrechtzuerhalten. Also das sind schon Sachen, die ich da mitgenommen habe.“ (T2_Herr L)

Zwei Rehabilitanden bemerkten hingegen, nur einen geringen bzw. keinen Informationsgewinn durch die Rehabilitation erfahren zu haben.

→ „Passende Übungen, passende ja Anwendungen habe ich leider nicht gehabt.“ (T2_Herr A)

Das generelle Wohlbefinden wurde im Anschluss an die Rehabilitation eher positiv bewertet. Auch nach einem Monat wurde die Rehabilitation von der Mehrheit der Rehabilitanden/innen nach wie vor als wohltuend eingestuft. Betont wurde hierbei, dass die Zeit dabei geholfen hat zur Ruhe zu kommen und zu entspannen sowie Distanz zum Alltag zu gewinnen.

→ „Reha hat gut getan. Der Seele auf jeden Fall, auch dem Körper, während der Reha.“ (T2_Herr A)

→ „[...] Kein Stress, Ruhe, Entspannung. [...]“ (T2_Herr L)

→ „Ja ich bin selbstbewusster geworden, ich esse bisschen bewusster und passe auf und, ja und ich sehe zu, dass ich nicht mehr so viel Stress habe, aber das kann sich nicht immer, man kann das nicht immer vermeiden.“ (T2_Frau K)

Hinsichtlich der angezielten Schmerzreduktion signalisierte etwa die Hälfte der Befragten nach einem Monat vergleichbare Schmerzen wie zu Beginn der Rehabilitation. Von diesen Rehabilitanden/innen wurden keine oder nur geringe Veränderungen im Gesundheitszustand beschrieben.

→ „[...] Die Reha, das hat mir überhaupt nicht geholfen. Gar nicht.“ (T2_Frau D)

→ „Also ich bin ja jetzt, sogar jetzt seit gut fast einem Monat nach der Entlassung, ich bin ja immer noch nicht fit.“ (T2_Herr I)

→ *„Diese Reha ist nur Folter, zum Beispiel ich bin mit Schmerzen gekommen und mit hundertprozentigen Schmerzen bin ich wieder nach Hause [..].“ (T2_Herr M)*

Die andere Hälfte der befragten Rehabilitanden/innen meldete eine Schmerzreduktion zurück oder schilderte sich fitter und beweglicher zu fühlen.

→ *„Der Schmerz ist auf jeden Fall viel weniger geworden [..].“ (T2_Frau F)*

→ *„Ich fühle mich schon fitter.“ (T2_Frau K)*

Die Leitungsfähigkeit nach einem Monat wurde von der Mehrheit der befragten Rehabilitanden/innen vergleichbar wie zu Beginn der Rehabilitation oder eher schlechter bewertet. Nur wenige Rehabilitanden/innen gaben eine Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit drei Monate nach der Rehabilitation an.

→ *„Ist gleich.“ (T2_Herr A)*

→ *„Leistungsfähiger fühle ich mich nicht. Es ist noch ungefähr genauso wie bei Reha würde ich mal sagen.“ (T2_Herr I)*

Motivation während der Rehabilitation

Ein Großteil der Befragten beschrieb eine aktive Teilnahme an den verordneten Therapien und Anwendungen. Ausschließlich hinsichtlich der Seminare hielt sich die Motivation der Befragten in Grenzen. Der Motivation zur aktiven Teilnahme an den verschiedenen Einheiten wirkte jedoch bei einigen Rehabilitanden/innen die geminderte körperliche Leistungsfähigkeit entgegen.

→ *„[...] Aktiv und motiviert war dabei, aber von Seminar ich wollte Augen zu und nichts hören, auch so gar nicht hören.“ (T1_Herr C)*

→ *„Ja, ja klar. Doch klar war ich motiviert. Auf jeden Fall. Aber man kann halt nur so viel machen wie der Körper halt mitmacht.“ (T1_Herr I)*

3.2.5 Sprache und Versorgung

3.2.5.1 Ergebnisse aus NRW

Verständigungsprobleme

Aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen mussten einige Rehabilitanden/innen auf Türkisch befragt werden. Dementsprechend haben diese Rehabilitanden/innen auch häufiger von Verständigungsproblemen in allen Phasen der Rehabilitation berichtet. Für Menschen mit begrenzten oder fehlenden Deutschkenntnissen entstehen bereits bei der Antragstellung Schwierigkeiten. Aber auch während der Rehabilitationsmaßnahme führt die Beeinträchtigung der Kommunikation zu Herausforderungen und Komplikationen. So können Rehabilitanden/innen ihre Fragen und Anliegen nicht mit dem Gesundheitspersonal besprechen. Gleichzeitig können die behandelnden und betreuenden Mitarbeiter/innen in den Rehabilitationseinrichtungen Rehabilitanden/innen mit Sprachdefiziten nicht verstehen.

- *„Ich konnte nicht mit dem Arzt sprechen [...] ich verstehe sie nicht und sie verstehen mich nicht.“ (T0_IP2)*

Häufig wird von Rehabilitanden/innen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen berichtet, dass sie Schwierigkeiten im Umgang mit dem Therapieplan haben. So können Rehabilitanden/innen weder verstehen, um welche Art der Therapie es sich handelt, noch erkennen sie, in welchen Räumen die Therapien stattfinden. Auch fällt es den Rehabilitanden/innen schwer aufgrund von Verständigungsproblemen Anweisungen während Anwendungen und Therapien zu verstehen und umzusetzen.

- *„Bei den Therapien ist es schwer, die Frau sagt etwas, sie geht zu dem Gerät und sagt etwas, aber ich verstehe nichts.“ (T0_IP2)*

Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund mit guten Sprachkenntnissen haben während der Rehabilitation seltener Probleme mit der Verständigung.

Umgang mit Verständigungsproblemen

Wenn Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen keine Dolmetscher/innen zur Verfügung gestellt werden können, versuchen sie sich über ihre Körpersprache auszudrücken. Darüber hinaus versuchen sich einige Rehabilitanden/innen trotz begrenzter oder fehlender Sprachkenntnisse mit den Behandlern/innen zu verständigen. Auch wird davon berichtet, dass sich Mitrehabilitanden/innen dazu bereit erklären bei Gesprächen mit Behandelnden auszuhelfen und für Rehabilitanden/innen mit geringen Sprachkenntnissen zu übersetzen.

- *„Ich versuche es zu erklären mit Händen und Füßen.“ (T0_IP2)*
- *„Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich noch einmal nach und dann frage ich solange nach, bis ich es verstehe. Dann verstehe ich es.“ (T0_IP4)*

Wichtigkeit und Wünsche hinsichtlich der Verständigung

Für Rehabilitanden/innen mit geringen bzw. fehlenden Deutschkenntnissen ist die Verständigung ein wichtiges Thema. Auch Rehabilitanden/innen mit ausreichenden oder guten Deutschkenntnissen erklären, dass es problematisch wird, wenn sich Rehabilitanden/innen aufgrund von Sprachbarrieren nicht mit den Behandelnden austauschen können. Rehabilitanden/innen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen können, wünschen sich Dolmetscher/innen zur Unterstützung.

- *„Natürlich ist es wichtig, je mehr man versteht, desto besser ist es. Wenn man etwas nicht versteht, kann man auch etwas falsch machen.“ (T2_IP4)*
- *„Dolmetscher, es muss einen Dolmetscher dort geben. Das wäre sehr gut, es würde alles einfacher machen.“ (T2_IP4)*

3.2.5.2 Ergebnisse aus SH

Verständig und Umgang mit Verständigungsproblemen

Die Mehrzahl der befragten Rehabilitanden/innen konnte sich während der Rehabilitation ausreichend verständigen. Verständigungsprobleme mit Behandlern wurden nur von wenigen Teilnehmern berichtet.

→ „Ne, ich habe selber keine Schwierigkeiten in der Sprache gehabt.“ (T1_Herr B)

→ „Ich habe alles verstanden.“ (T1_Frau D)

Sprachprobleme wurden ausschließlich von Rehabilitanden/innen geäußert, die zudem Defizite beim Lesen und Schreiben angaben. Die Befragten berichteten zudem, dass sie keine Ängste hätten, bei Verständigungsschwierigkeit nachzufragen oder jemanden um Hilfe zu bitten.

→ „Ich verstehe alles. [...] Ich habe nur ein Problem, weil ich nicht lesen und schreiben kann. Kann ich nicht lesen, wo ich bin, [...]. Morgen habe ich hier einen Termin. Morgens um neun. Ich weiß nicht wo das hier ist. Dann gehe ich zu den Schwestern und frage sie und die beschreiben es mir dann.“ (T0_Frau H)

→ „[...] Wenn ich was nicht verstehe, dann frage ich auch nach [...].“ (T0_Herr L)

→ „Und was ich nicht verstanden habe, habe ich immer nachgefragt. Aber das ist nicht viel vorgekommen.“ (T1_Frau D)

Die befragten Patienten/innen hatten darüber hinaus das Gefühl, von den Ärzten/innen die meiste Zeit verstanden zu werden. Bei Bedenken, ob die Behandelnden alles richtig verstanden haben, fragen die Interviewten in den meisten Fällen nach.

→ „Also ich konnte praktisch die verstehen und sie mich auch.“ (T2_Herr N)

→ „Ja, wenn ich denke, er hat mich nicht verstanden, dann frage ich, sage ich nochmal anders.“ (T0_Frau K)

Verständnisprobleme wurden während der Rehabilitation von den Befragten eher nicht erlebt. Bei schwierigen Fachbegriffen kommunizierten die Behandelnden oftmals mit Händen und Füßen, sodass alle Unklarheiten und offenen Fragen geklärt werden konnten.

→ „Also ich habe alles mitbekommen und verstanden.“ (T1_Herr N)

→ „[...] wenn die mal Fachbegriffe gesagt haben, dann haben sie mir vorgemacht. Dann habe ich sofort verstanden. [...] Die arbeiten mit Händen und Füßen, also verstehst du schon.“ (T1_Herr M)

Befragte, die nur wenige Jahre vor ihrer Migration in der Türkei gelebt haben, gaben an, Fachbegriffe mittlerweile besser auf Deutsch als auf Türkisch zu verstehen.

→ „Also, weil man seit vielen Jahren hier lebt, manchmal habe ich den Eindruck, dass auf Deutsch man besser versteht. Weil die Begriffe man auf Türkisch oder auf unsere Muttersprache nicht gehört hat, dann versteht man auf Deutsch besser denke ich.“ (T0_Herr N)

→ „Wenn er mit Deutsch spricht, verstehe ich ganz gut.“ (T0_Frau D)

Hinsichtlich der Sprachkompetenzen, die zur Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation erforderlich sind, waren die interviewten Patienten/innen geteilter Meinung. Einige wiesen darauf hin, dass die Teilnahme an einer Rehabilitation ohne vorhandene Sprachkenntnisse/-kompetenzen nicht sinnvoll sei, da alle Informationen zu den Anwendungen über den Therapieplan vermittelt werden. Daher sind Sprachkenntnisse und Lesefähigkeiten wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Rehabilitationsteilnahme. Eine Teilnahme von Personen mit erhöhten Sprachdefiziten wurde als nicht empfehlenswert bewertet.

→ „Wenn sie kein Sprache kennt, dann kann er nicht Anwendungen. Weil, wir haben so gehabt, immer. Wir haben die Anwendungen über ein Zettel gehabt. Wir haben selber gelesen und wir müssen auch lesen und verstehen, dass wir die Anwendungen teilnehmen müssen. Deswegen, also Sprache ist ganz ganz wichtiges. Wenn er kein Deutsch sprechen kann, dann braucht er gar nicht mehr zu Reha. Weil, bringt gar nichts.“ (T2_Herr B)

→ „Die Termine und die Räume, da muss man ja auch schreiben und lesen können.“ (T0_Herr N)

Andere befragte Rehabilitanden/innen waren der Auffassung, dass gute Sprachkenntnisse nicht zwingend erforderlich seien, um an einer Rehabilitation teilzunehmen. Als Begründung wurde diesbezüglich angegeben, dass insbesondere in den Gruppentherapien keine Kommunikation notwendig sei, da alle Übungen ohne weiteres nachgeahmt werden können. Zudem sind Gespräche mit Ärzten/innen eher selten.

→ „Also es muss nicht sein, dass man gut Deutsch sprechen kann nach meiner Meinung.“ (T2_Herr N)

→ „Hier ich glaube nicht so schwer, kannst du nicht so verstehen oder so, hier das ist alles einfach. Weil [...] bei Arzt kannst du vergessen, weil hast mit gar nicht viel zu tun [...]. Und mit die Patienten sowieso die liegt hier vorne und alle Gruppen ist hier und wenn verstehst du gar nichts, dann siehst du das, was die machen, kannst du genauso machen. [...].“ (T1_Herr C)

Lösungsansätze und Wünsche hinsichtlich der Verständigung

Bei ausgeprägten Verständigungsschwierigkeiten und Analphabetismus sollte nach Meinung eines Befragten eine Betreuung als Unterstützung zur Seite gestellt werden oder auch eine Begleitung durch ein Familienmitglied erfolgen.

→ „Ja, wenn sie nicht schreiben und lesen können und da müssen sie immer jemanden zur Seite haben [...].“ (T1_Herr N)

Auch mehrsprachiges bzw. multikulturelles Personal wurde von einigen Rehabilitanden/innen als sinnvoll erachtet.

→ „Das wäre ein Vorschlag halt. Und dann wäre auf jeden Fall gut, nicht nur jetzt hier, generell auch, sprich jetzt hier einfach ein Arzt, der auch der doppelsprachig ist. Der halt z.B. auch türkisch sprechen kann. Und halt Deutsch spricht.“ (T0_Herr I)

→ „[...] halt mehr ausländisches Personal auf jeden Fall das wäre schon mal gut.“ (T0_Herr I)

Zudem erscheint einigen Befragten die Einbindung von Übersetzern bzw. Dolmetschern, die vor Ort direkt hinzugezogen werden können, als hilfreich.

- „Wünsche. Dass, es noch eine Übersetzer hier können, dass immer, wenn man Schwierigkeiten haben, können wir Hilfe bekommen haben.“ (T1_Herr B)

3.2.6 Kultur und Versorgung

3.2.6.1 Ergebnisse aus NRW

Krankheitsverständnis

Das Verständnis von Krankheit ist von Rehabilitand/in zu Rehabilitand/in unterschiedlich. Einige der befragten Rehabilitanden/innen beschreiben Krankheit mit fehlender Gesundheit. Weitere Rehabilitanden/innen erklären, dass das Kranksein für sie mittlerweile zur Normalität geworden ist. Darüber hinaus wird Krankheit und Kranksein mit Verzicht verbunden.

- „Kranksein, das ist.. die letzten 20 Jahre ist das für mich schon normal geworden.“ (T0_IP3)
- „Krank zu sein bedeutet für mich abhängig zu sein.“ (T0_IP9)

Persönliche und kulturelle Bedürfnisse

Bei der Frage, inwieweit die Befragten ihre persönlichen und kulturellen Bedürfnisse während des Rehabilitationsaufenthaltes als berücksichtigt ansehen, gehen die Meinungen auseinander. Während einige Rehabilitanden/innen vollständig zufrieden sind und alle ihre Bedürfnisse als erfüllt erachten, gibt es auch Rehabilitanden/innen, die die Berücksichtigung ihrer persönlichen und kulturellen Bedürfnisse als nicht ausreichend einschätzen. Diese Einschätzungen betreffen sowohl die Berücksichtigung von Wünschen bei der Verpflegung, als auch beim Mitwirken während der Therapieplanung.

- „Ja, sie berücksichtigen alles, was man sagt.“ (T0_IP1)
- „Also halt nur die Ernährung, persönliche.. nur die Ernährung wird berücksichtigt. Also ob man Schwein ist oder nicht. Das war auch alles, ob man was persönliches, man fragt nicht, ob die Matratze, ob das jetzt in Ordnung ist.. Ob man eine weiche oder harte Matratze braucht, weil man halt wegen der Bandscheibe hier ist, alles was wichtig ist, man schläft ja da drauf. Ja und.. halt solche Dinge, solche Dinge, finde ich, sollte man für jeden machen.“ (T0_IP9)

Der Großteil der befragten Rehabilitanden/innen erkennt einen Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse und dem Rehabilitationserfolg. Sie erklären, dass es notwendig ist, dass man sich während des Rehabilitationsaufenthaltes wohlfühlt und die Behandlung und Versorgung auf die persönlichen Bedarfe und Bedürfnisse abgestimmt sein müssen.

- „Behandlungen sag ich mal, dann ist das ja auch alles egal. Weil dem ist das egal, ob ich mich hier wohlfühle oder nicht.“ (T1_IP10)
- „Ja, das würde sag ich mal auf die Psyche schlagen. Moralisch ist das das wichtigste an der Geschichte.“ (T2_IP9)

Religion

Die meisten Rehabilitanden/innen empfinden die Berücksichtigung von religiösen Aspekten als notwendig und sehr wichtig. So erklären einige Rehabilitanden/innen, dass es beispielsweise bei Gruppentherapien für weibliche muslimische Rehabilitandinnen zu Schwierigkeiten kommen kann, da diese nicht immer gleichgeschlechtlich angeboten werden. Ein sehr häufig genanntes Thema ist die Ernährung nach religiösen Richtlinien. Auch hier ist es den Rehabilitanden/innen sehr wichtig, dass während der Rehabilitationsmaßnahme darauf Rücksicht genommen wird und eine dementsprechende Verpflegung angeboten wird.

- ➔ *„Ja es ist schwierig, es gibt Frauen, die können nicht zum Schwimmen gehen, weil dort auch Männer sind, dann schämen sie sich.“ (T1_IP4)*
- ➔ *„Ja, ich habe gesagt, ich esse kein Schweinefleisch und ich hoffe darauf achten sie auch.“ (T0_IP6)*

Verbesserungsvorschläge

Einige Rehabilitanden/innen erklären, dass es bei der Berücksichtigung von persönlichen Bedürfnissen generell für alle Rehabilitanden/innen Verbesserungsbedarf gibt. Ihrer Meinung nach müsste für die Verbesserung der Versorgung auf die Individualität der Rehabilitanden/innen mehr eingegangen werden.

- ➔ *„Sagen wir es mal so, hier ist Massenabfertigung. Egal welche Land, welche Religion, Massenabfertigung.“ (T0_IP11)*
- ➔ *„Die Ärzte.. auf jeden Patienten individuell eingehen und nicht so Massenabfertigung da stattfindet.“ (T2_IP9)*

Darüber hinaus wird häufig vorgeschlagen, mehr Dolmetscher/innen und mehrsprachiges Personal zu beschäftigen, die Sprachbarrieren abbauen und die Versorgung verbessern könnten. Eine weitere Option wäre den Befragten zufolge die Übersetzung von schriftlichem Material.

- ➔ *„Für Menschen, die die Sprache nicht können ist ein Dolmetscher notwendig. Das ist sehr wichtig.“ (T0_IP4)*
- ➔ *„...zum Beispiel für die Nationalitäten, wo so für Leute, die die Sprache nicht beherrschen oder schwer verstehen, dass da vielleicht ein bisschen mit Übersetzungen oder übersetze Blätter oder so.“ (T0_IP5)*

3.2.6.2 Ergebnisse aus SH

Krankheitsverständnis

Die Mehrheit der Befragten schilderte ein westliches/symptomorientiertes Krankheitsverständnis und gab u. a. schädliche Verhaltensweisen als Ursache für die Erkrankung an. Ein muslimisch geprägtes Krankheitsverständnis wurde nur von einem Patienten beschrieben. Dieser schilderte, dass das Schicksal bzw. Gott für seine Erkrankung verantwortlich sei.

- ➔ *„Ich weiß, dass ich meine, also, Krankheiten von Zigaretten bekommen habe. Von Nikotinabusus. [...]“ (T0_Herr B)*
- ➔ *„[...] ich habe die Krankheit für mich nicht akzeptiert. Ich weiß es nicht, ich habe vielleicht dadurch einiges kaputt gemacht. Aber ich hatte immer keine Zeit zum krank werden. [...] Ich war krankgeschrieben eine Woche zack und ich war schon das Wochenende da und dann lief das für mich weiter [...]. Und das war das, was ich verkehrt gemacht habe, das weiß ich jetzt auch [...] Es ist nicht so, dass ich jetzt gedrillt wurde oder Angst um meinen Arbeitsplatz hatte, das absolut nicht. Aber ich hatte einfach nicht die Zeit mich da zwei Stunden, dass ich mich da in die Praxis zu setzen, [...]“ (T0_Frau G)*
- ➔ *„[...] was passiert da glaube ich von Gott kommt. Mehr kann ich nicht sagen. [...] Schicksal, das glaube ich, Schicksal, [...]“ (T0_Herr J)*

Umgang mit der Erkrankung

Die meisten Befragten berichteten, dass sie über den Umgang mit der Erkrankung informiert sind und dass sie wissen, was sie tun können, um Symptome wie Schmerzen vorzubeugen bzw. zu lindern. Ein Großteil der Rehabilitanden/innen gab an, viel Sport zu treiben und aktiv zu sein. Zudem zeigten die Teilnehmer ein Verständnis für den Zusammenhang von Sport und Gesundheit und äußerten, dass sie bei Schmerzen mehr Sport treiben würden.

- ➔ *„Ja, also ich hab schon immer Sport gemacht. Bei mir ist Sport eigentlich immer so wie Zähneputzen. Das mach ich immer. Manchmal intensiver, je nach Schmerz und ich versuch sogar auch, wenn ich ganz ganz starke Schmerzen habe also wirklich spazieren zu gehen. Weil ich weiß dass diese Schonhaltung einfach nicht gut ist.“ (T1_Frau F)*
- ➔ *„Ich versuche selber Fahrrad zu fahren, nur manchmal, wenn ich Schulter- und Rückenschmerzen, dann gehe ich mal auch nach Fitness-Studio bisschen Geräte bewegen, wenn ich so Wochenende oder so, sonst mache ich auch selber ein bisschen mithelfen [...]“ (T0_Herr J)*

Einige Rehabilitanden/innen hofften, im Rahmen der Rehabilitation mehr über den Umgang mit ihrer Erkrankung zu erfahren.

Persönliche und kulturelle Bedürfnisse

Hinsichtlich der Kultur berichteten die Rehabilitanden/innen keine Probleme während der Rehabilitation gehabt zu haben.

- ➔ *„Ne, keine Probleme gehabt.“ (T1_Herr B)*

Probleme werden dennoch insbesondere bei gemischt geschlechtlichen Gruppen gesehen. Ein Rehabilitand betonte diesbezüglich, dass viele türkeistämmige Personen - vor allem Frauen - aus diesem Grund auch keine Rehabilitation antreten würden.

- ➔ *„Viele ausländische Männer denken, [...] dass die dann hier Mann und Frau fremdgeht und was weiß ich was. So und diese Art denken auch viele, auch viele Frauen wollen ihre Männer nicht schicken und viele Männer wollen ihre Frauen nicht schicken.“ (T0_Herr M)*
- ➔ *„[...] also getrennt ja, unter Frauen ja, aber Mann und Frau. Ich sage es ja, gucke meine Tochter ist 21, [...] Du würdest sie nicht mit fremden Männern in ein Schwimmbad bringen. [...] Sie muss schwimmen hat ihr Arzt gesagt. Sie hat extra 30 Euro für die Stunde eine Schwimmlehrerin beauf-*

trägt, nur wo Frauen sind. [...] Ich habe ihr das nicht gesagt. Sie ist so aufgewachsen [...].“ (T0_Herr M)

Viele Frauen mit türkischem Migrationshintergrund lehnen nach Aussage eines Befragten die Rehabilitation auch aufgrund familiärer Verpflichtungen ab, wie z.B. Kinderversorgung.

→ *„[...] Die Mutter wird ja nicht auf ihre Gesundheit denken, sondern die weiß ja, ich habe ja eine Verpflichtung und ich kann ja nicht meine Kinder alleine lassen und ich zu Reha gehen und mich da erholen. Ich denke da ist auch ein Problem.“ (T0_Herr N)*

Ein Problem aufgrund gemischtgeschlechtlicher Anwendungen oder Behandlungen wurde bei der Befragung von keinem Rehabilitanden/innen zurückgemeldet. Im Vordergrund stand für die Rehabilitanden/innen, dass die Behandler/innen gut ausgebildet sind, das Geschlecht der Behandelnden war für diese nicht entscheidend.

→ *„Das Geschlecht spielt keine Rolle.“ (T0_Herr N)*

→ *„Erfahrene Leute sollen, sollen nur erfahrene Leute sein. Egal. Also, ob Mann oder Frau.“ (T2_Herr B)*

Viele der befragten Rehabilitanden/innen gaben an, dass ihre Bedürfnisse während der Rehabilitation ausreichend berücksichtigt wurden. Spezielle kulturelle Bedürfnisse wurden nur von wenigen Befragten beschrieben. Die Berücksichtigung besonderer kultureller Bedürfnisse war für die Mehrheit der Befragten im Hinblick auf den Rehabilitationserfolg und die Therapiedurchführung vergleichsweise weniger relevant. Der Großteil betonte, dass für sie die Therapie und der Rehabilitationserfolg im Vordergrund stünden.

→ *„Ich bin da total einfach. Also, mir geht es eher um die Therapie. Und ich habe keine besonderen kulturellen Bedürfnisse, sage ich mal. Also, ich gehöre nicht zu denen, ich bin ja kein Muslim auch. Und, habe da keine Probleme was Ernährung, etc. angeht. Ich bin auch nicht besonders religiös ehrlich gesagt. Das macht natürlich meine Sache auch einfacher.“ (T0_Herr A)*

→ *„Ich bin jetzt nicht einer der seine Bedürfnisse so hochschraubt. [...], das spielt alles keine Rolle, Hauptsache man wird gesund. Gesundheit ist das wichtigste [...].“ (T1_Herr I)*

→ *„Also ich bin der Meinung, wenn man gesund werden möchte und, das gilt auch in der Türkei, klar gibt es in der Türkei immer Räume, wo man diese Bedürfnisse erfüllen kann, aber wenn ich gesund werden möchte und habe ein Plan, dann muss ich mich daran halten, weil in der Religion gibt es auch die Möglichkeit das was man verpasst nachholen zu können. Es ist nicht so, wenn man ein Gebet hat, dass das jetzt erfüllt werden muss, sondern man kann es auch nachher noch nochmal wiederholen. Deswegen würde ich jetzt nicht glauben, dass einer sagt, ich kann meine Religionsbedürfnisse nicht nachkommen, deswegen gehe ich nicht zur Reha, würde es nicht geben. Es ist kein Grund.“ (T0_Herr L)*

Religion

Während die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse nach Auffassung vieler interviewter Rehabilitanden/innen hinsichtlich des anvisierten Reha-Ziels nachrangig ist, äußerte ein anderer Befragter die Wichtigkeit der Beachtung dieser.

→ *„Wenn ich ganz ehrlich bin, hat Religion in der Reha-Klinik nichts zu suchen. Also, man muss sich schon, auf seine Krankenwelt schauen, auf seine Gesundheit und da hat Religion hier, ist fehl am*

Platz. Ist meine Meinung, [..]. Sicherlich, ist typische deutsche Art jedem und allem gerecht zu machen. Das ist aber nicht meine Art.“ (T0_Herr A)

➔ *„Für mich ist unwichtig. Mensch ist Mensch. Und Hauptsache ‚guten Tag‘ und für mich, das ist wichtiger. Religion ist für mich, ist unnötig.“ (T1_Frau D)*

➔ *„Religion und so, muss man beachtet werden.“ (T1_Herr B)*

Dennoch wurde von einem Rehabilitanden betont, dass die Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse das Wohlbefühl der Rehabilitanden steigern würde und sich somit auch positiv auf den Rehabilitationserfolg auswirkt.

➔ *„Die fühlen sich dann wohler natürlich. Und dann denk ich auch, dass die besser so die Genesung, dass es besser fortschreitet so. Oder nicht? Ist ja auch, man ist seelisch, man ist zufrieden, [..].“ (T0_Herr I)*

Verbesserungsvorschläge

Vereinzelt wurden von den befragten Rehabilitanden/innen verschiedene Bedürfnisse und Wünsche geäußert, die ihre Rehabilitation bzw. ihren Aufenthalt verbessert hätten. Dazu zählen ein türkischer Nachrichtensender, das Angebot einer türkischsprachigen Zeitung oder auch türkischsprachiger Lektüre, der Besuch eines Gottesdienstes am Wochenende, Personal türkischer Herkunft, Dolmetscher/innen sowie Berücksichtigung von Ernährungsgewohnheiten/-vorschriften.

➔ *„Ja, wie gesagt die türkische Sender und die Nachrichten so. Das ist der Erste, die Essen und so habe ich ja so hingekriegt, das ist kein Problem gehabt. [..] eine türkische Sender wär nicht schlecht gewesen, eine Nachrichtensender, da hätte ich auch was bisschen hören von Heimat hier.“ (T2_Herr J)*

➔ *„So ein Angebot, wir fahren am Samstag oder Sonntag zehn Uhr dreißig zum Gottesdienst, wer möchte mitkommen, [..]. Also dieses Angebot hätte ich erwartet. [..].“ (T0_Frau G)*

➔ *„Na ja, bisschen türkischer Herkunft im Personal, Beispiel, da habe ich keinen gesehen, Türkisch sprechende, Arabische sprechende oder Herkunft [..].“ (T1_Herr M)*

➔ *„Erst mal die Essen. Essen und eine Dolmetscher. Und. Also, nichts sonst. Also. Ja, gibt es viele was man machen könnte.“ (T2_Herr B)*

Das Vorhalten eines extra Gebetraums wurde von der Mehrheit der Befragten als nicht notwendig erachtet. Einzelne Rehabilitanden/innen räumten darüber hinaus ein, dass es ebenso für Rehabilitanden/innen mit speziellen religiösen Bedürfnissen Möglichkeiten zu deren Berücksichtigung in der Rehabilitation gäbe. Beispielsweise könnten Gebete auf dem Zimmer vorgenommen oder auch zu einem anderen Zeitpunkt nachgeholt werden.

➔ *„So Gebetsraum und so was, so was braucht man nicht, weil man kann in jedem Raum, ich kann auch hier beten einfach. Brauchen wir die Richtung und einen Teppich und das war’s. Kann man auch auf draußen auf Rasen, spielt keine Rolle wo.“ (T0_Herr I)*

➔ *„Jeder kann ja auch in seinem Zimmer beten, da muss man ja nicht unbedingt jetzt ein Gebetshaus hier machen.“ (T1_Frau K)*

→ *„[...] für die, die Wünsche hätten mit Essen und so, also die sich das mit die Fleisch und so trennen möchten, es gab vegetarisches, es gab Aufschnitte was Pute angeht und ich denke Mal, die würden sich, als wenn es kein extreme Mensch ist, würde man sich hier wohlfühlen. Und, wenn man die eigene kulturelle Sache hat, wie das religiöse, hat man ein Zimmer und da ist man alleine und da kann man tun und machen was man will.“ (T1_Herr L)*

Etwa die Hälfte der befragten Rehabilitanden/innen berichtete Probleme mit der Verpflegung. Insbesondere das Überangebot von Schweinefleisch kam hierbei zur Sprache. Dennoch wurde eingeräumt, dass eine spezielle Verpflegung wie Halal-Kost zwar wünschenswert jedoch aufgrund des geringen Anteils an muslimischen Mitrehabilitanden/innen nicht erforderlich sei. Zudem äußerten viele der Befragten, dass sie keine Probleme hätten auf andere zur Auswahl stehende Gerichte auszuweichen.

→ *„Erst mal muss der Küche ganz gern noch geändert werden. [...] Dass, da kein Schwein ist und über Religion und so, muss man beachtet werden.“ (T1_Herr B)*

→ *„[...] Ich hab kein Problem mit dem Essen. Außer Schweinefleisch, ich esse alle.“ (T0_Herr E)*

→ *„Das auch schlecht hier, weil ist ja ganz wenige muslimische Leute. Des könne die auch ganz schlecht hinkriegen. Aber wie gesagt, ich kann ja sehen, was ich Fisch und so weiter essen oder manchmal vegetarisch ohne was Fleisch drin, dann nehme ich das. Das kriege ich hin.“ (T0_Herr J)*

→ *„Ein Essen das vegetarisch, vegetarische oder man nimmt dann Fisch oder Fleisch, es gibt ja auch Putenbrust und so, ich muss nicht Schweinefleisch holen. [...] Die Auswahl ist ja da.“ (T0_Frau K)*

Dennoch wurde von einigen Befragten das Bedürfnis nach einer abwechslungsreichen und vielfältigen Verpflegung sowie einer ausreichenden Auswahlmöglichkeit betont. Eine vorab Erfassung von speziellen Bedürfnissen wie Halal-Kost und eine eindeutige Beschriftung der Speisen wurde als sinnvoll erachtet.

→ *„[...] klar find ich gut, wenn einer meine Bedürfnisse berücksichtigt, [...]. Weil das zeugt ja auch von Menschlichkeit. Wenn da jetzt nur Schweinefleisch wäre, ja dann wäre ich nicht zufrieden halt so gesehen. [...] Dann hätte ich die Reha bestimmt nicht weiterempfohlen oder wäre da bestimmt nicht nochmal hingegangen, auch wenn das noch so schön gewesen wäre.“ (T2_Herr I)*

→ *„[...] wenn die so viel Möglichkeiten haben, können die vorher meinetwegen dann auch schreiben, dass dann so Aufschnitt oder nur von türkischen Laden kommt. Dass sie dann so in Mengen haben und dann, dass sie dann schreiben auf den Schild oben, ist ja so ein Schild, wo man lesen kann, helal, Helal-Aufschnitte [...].“ (T2_Frau K)*

Auch auf die Wichtigkeit spezielle Bedürfnisse gegenüber Reha-Mitarbeitern zu äußern, wurde von einer Rehabilitandin hingedeutet.

→ *„Wenn irgendetwas nicht passt, dann sagst du es halt oder dementsprechend änderst du es halt oder lebst damit.“*

Ebenso wurde die Bedeutung der Gleichbehandlung verschiedener religiöser Gruppen und Nationalitäten betont.

→ *„Also, was die Behandlung angeht, hoffe ich natürlich, dass man keine Unterschiede zwischen irgendwelchen Nationalitäten oder Religionen macht. Das ist schon das A und O, sage ich mal.“*

Dass der, sage ich mal, der Mensch mit Migrationshintergrund sich hier nicht als Außenseiter fühlt.“ (T0_Herr A)

3.2.7 Nachsorge

3.2.7.1 Ergebnisse aus NRW

Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation

Während der letzten beiden Befragungen gab ein Großteil der befragten Rehabilitanden/innen an, dass sie sich nicht ausreichend auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet fühlen. Vorbereitungsmaßnahmen beziehen sich den Rehabilitanden/innen zufolge oftmals nur auf den Wiedereinstieg ins Berufsleben. Einige Rehabilitanden/innen geben während der Befragung an, dass Übungen und Trainingseinheiten, die während der Rehabilitationsmaßnahme gelernt wurden, nicht alltagstauglich sind. Als Gründe dafür werden vor allem Zeitmangel und der Beruf bzw. die Arbeitsbedingungen genannt. Gleichzeitig geben Rehabilitanden/innen an, dass sie gerne mehr Übungen für die Zeit nach der Rehabilitation beigebracht bekommen hätten.

- ➔ *„Vorbereitet fühle ich mich gar nicht.“ (T2_IP8)*
- ➔ *„Nein, keine Vorbereitung, die wollen, dass wir arbeiten gehen, so schnell wie möglich.“ (T2_IP11)*
- ➔ *„Ja, sie haben vorbereitet, aber das kann ich nicht umsetzen. Nach der Arbeit habe ich so starke Schmerzen, dass ich nichts machen kann.“ (T2_IP6)*
- ➔ *„Ich bräuchte solche Übungen, die ich auch Zuhause machen kann. Aber dann muss ich die wieder aus dem Internet irgendwie da die.. Übungen rausnehmen.“ (T2_IP10)*

Arztkontakte nach der Rehabilitation

Etwa die Hälfte der befragten Rehabilitanden/innen gab zum Zeitpunkt der dritten Befragung an, ihren Hausarzt bzw. ihre Hausärztin oder den überweisenden Arzt/Ärztin nicht konsultiert zu haben. Als Grund wurde häufig der schnelle Wiedereinstieg in den Beruf oder private Schwierigkeiten nach der Rehabilitation genannt.

- ➔ *„Aber natürlich, ich hab dem den Brief gegeben, was die mir da gegeben haben..dann hab ich erzählt, was ich da erlebt habe.“ (T2_IP3)*
- ➔ *„Mit dem Orthopäden hab ich gesprochen. Also er hat sich für mich gefreut.“ (T2_IP5)*
- ➔ *„Ich hab noch nicht mit ihm, ich hatte noch keine Gelegenheit dazu gehabt, weil ich direkt mit der Arbeit angefangen habe.“ (T2_IP9)*
- ➔ *„Nein, ich bin noch nicht dazu gekommen. Weil der Urlaub kam dazwischen usw. deswegen.“ (T2_IP10)*

Die Rehabilitanden/innen, die nach der Maßnahme Kontakt zu ihrem Arzt/ihrer Ärztin aufgenommen haben, konnten Ergebnisse der Rehabilitation und Nachsorgeempfehlungen besprechen. Dabei gab ein Teil der Rehabilitanden/innen an, keine Empfehlungen erhalten zu

haben. Andere Rehabilitanden/innen haben Nachsorgeempfehlungen erhalten und haben diese noch nicht in Anspruch genommen. Wenn die Rehabilitanden/innen Nachsorgeempfehlungen in Anspruch genommen haben, haben sie diese positiv bewertet und bestätigt, dass diese zu einer gesundheitlichen Besserung beitragen.

→ „Nachsorge, d.h., was Sie nach der Reha machen können?“ (IF)

„Überhaupt nicht.“ (T2_IP3)

→ „Ja, ich habe Krankengymnastik erhalten, mein Hausarzt hat es mir verschrieben und dann später habe ich noch eine Überweisung für Rehasport erhalten.“ (T2_IP1)

→ „Es gab keine Behandlung nach der Reha, ich hab direkt mit der Arbeit angefangen.“ (T2_IP9)

Arbeitseinstieg

Der Einstieg in die Arbeit wird von den befragten Rehabilitanden/innen sehr unterschiedlich erlebt. Einige Rehabilitanden/innen berichten davon, dass sie aufgrund des Wiedereingliederungsverfahrens keine Schwierigkeiten hatten. Andere Rehabilitanden/innen erklären, dass es nach den entspannten Wochen in der Rehabilitation schwierig sei, sofort wieder ins Berufsleben einzusteigen. Ein Rehabilitand gab während der Befragung an, die Arbeit aufgrund der gesundheitlichen Situation aufgeben zu haben.

→ „Ja.. die Eingewöhnungsphase hat so, ja 1-2 Wochen war es eine Umstellung, ganz anders (lacht). Bisschen stressig, aber jetzt ist Normalität.“ (T2_IP5)

→ „Ich hab direkt, also ich hab keine Eingliederung oder sowas gehabt, ich hab direkt losgelegt.“ (T2_IP9)

→ „Ich habe gekündigt.. wegen meinen Schmerzen.“ (T2_IP6)

Nachsorgeempfehlungen

3.2.7.2 Ergebnisse aus SH

Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation

Für die Zeit nach der Rehabilitation wurden die meisten Informationen im Rahmen des Abschlussgespräches vom Arzt/von der Ärztin gegeben.

→ „Er ist mit mir alles durchgegangen, hat mir Empfehlungen ausgesprochen, hat auch gesagt, was ich weiter machen sollte.“ (T1_Frau G)

Etwa die Hälfte der Rehabilitanden/innen erhielt jedoch eigenen Angaben zu Folge keine Informationen zur Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation. Über Rehabilitations-Nachsorgemaßnahmen wurden die befragten Rehabilitanden/innen während der Rehabilitation eher spärlich aufgeklärt. Am häufigsten erhielten die Befragten Hinweise zu Reha-Sport-Angeboten. Eine Rehabilitandin gab darüber hinaus an, sich eigenständig über das Internet über Maßnahmen informiert zu haben und während der Rehabilitation das Personal darauf angesprochen zu haben.

Vereinzelt äußerten die Befragten, dass sie sich mehr Informationen über Nachsorgeleistungen gewünscht hätten.

- „Habe mich selber erkundigt im Internet.“ (T1_Herr L)
- „Also Nachsorgeempfehlung habe ich nicht bekommen. Nein.“ (T2_Herr B)
- „Ich glaube das wurde einmal angeschnitten.“ (T2_Herr I)
- „Es hieß IRENA und das habe ich mir selber aus dem Internet rausgesucht. [...] Was man da macht, welche Anwendungen, usw. Und letztendlich habe ich vor Ort dann alles angesprochen.“ (T2_Herr L)

Arztkontakte nach der Rehabilitation

Ein Großteil der befragten Teilnehmer gab an, im Anschluss an die Rehabilitation beim Hausarzt gewesen zu sein und mit ihrem Arzt über die Rehabilitation gesprochen zu haben. Einige wenige Befragten berichteten einen eher knappen Austausch mit ihrem Arzt.

- „Ja, meinen Hausarzt habe ich auch wieder aufgesucht.“ (T2_Herr I)
- „[...] wir haben über die Anwendungen ein bisschen gesprochen. Er war sehr zufrieden. Und, ja, war eigentlich gut gewesen.“ (T2_Herr B)

Neben dem Hausarzt wurden auch weitere Behandler/innen wie Kardiologen/innen, Orthopäden/innen und Osteopathen/innen von den Rehabilitanden/innen aufgesucht.

Nur einzelne Rehabilitanden/innen, die Informationen über Nachsorgeprogramme während der Rehabilitation erhielten, nahmen diese im Anschluss an die Rehabilitation auch wahr.

- „Das wurde mir im Vorfeld schon mitgeteilt und dann habe ich mich für Reha-Sport entschieden und ja, dann gemacht.“ (T1_Frau F) - Also ich mach jetzt Reha-Sport [...].“ (T2_Frau F)
- „Die hatten angeboten, soll ich Gymnastik weitermachen. Nach 14 Tagen. Montag, sie hatten mich gesagt, nach 14 Tag können sie Gymnastik nochmal durchführen. Aber auch nicht viel, immer fünf Minuten, zehn Minuten, wie es mit Körper, wie ich aushalte.“ (T2_Frau D)
- „Also ich habe Funktionstraining bekommen. [...]“ (T2_Herr I)

Die Bewertung derjenigen, die eine Nachsorgeleistung in Anspruch nahmen, fiel eher positiv aus.

- „[...] also ich bin es angegangen und es ist gut, also wenn ich dann dran teilnehme, dann ist es echt gut. Es macht auch Spaß.“ (T2_Frau F)
- „[...] Das ist sehr nützlich.“ (T2_Herr L)

Die Mehrheit der Rehabilitanden/innen, die keine Nachsorgeleistungen in Anspruch nahm, gab an, eigenständig entweder zu Hause oder im Fitnessstudio Sport zu treiben, um den in der Rehabilitation erreichten Erfolg beizubehalten oder zu verstärken.

- „[...] ich war die letzten zwei Wochen regelmäßig beim Sport. Dreimal, viermal Schwimmen war ich.“ (T2_Herr A)
- „Mache ich auch mal zu Hause, so was, was ich zu Hause machen kann, mache ich ja auch mit. So Thera-Band habe ich auch zu Hause. So was mache ich auch.“ (T2_Herr J)

→ *„[...] aber Sport bin ich noch nicht richtig dazu gekommen, etwas zu machen. Also zu Hause mache ich bisschen was, ich habe mich jetzt umgesehen, wo ich hingehen könnte.“ (T2_Frau K)*

Von diesen Rehabilitanden/innen wurde jedoch eingeräumt, dass die Möglichkeiten zu Hause Sport zu treiben aufgrund familiärer und alltäglicher Verpflichtungen eher begrenzt sei.

→ *„Man hat nicht so viele Möglichkeiten, das zu Hause zu machen [...].“ (T2_Frau K)*

Arbeitseinstieg

Viele der Befragten berichteten einen Monat nach Abschluss der Rehabilitation noch nicht wieder zurück am Arbeitsplatz zu sein.

→ *„Ich war dahin gekommen und war eine Woche, war bis (Datum) sowieso bin ich krank und eine Woche hab ich so Pause gemacht und jetzt wieder fang ich langsam an zu arbeiten.“ (T2_Herr C)*

→ *„Arbeiten tue ich noch nicht. Das dauert noch vier Wochen.“ (T2_Herr L)*

Die Rehabilitanden/innen, die nach einen Monat bereits wieder die Arbeit aufgenommen hatten, bewerteten ihren Arbeitseinstieg sehr unterschiedlich. Während einige Befragte sich einen sanfteren Arbeitseinstieg durch beispielsweise stufenweise Wiedereingliederung gewünscht hätten, äußerten andere Rehabilitanden/innen keine Schwierigkeiten gehabt zu haben.

→ *„Das ist die erste Woche. Sicherlich gewöhnungsbedürftig, sage ich mal. Nach knapp, sieben bis siebeneinhalb Wochen, sage ich mal, nicht auf der Arbeit gewesen zu sein, ist das doch eine kleine Umstellung, sage ich mal. Aber, ich glaube, wie es [...] bei jeder Arbeit ist, man hat kaum Zeit, sage ich mal, sich Gedanken zu machen. Und man muss halt wieder direkt loslegen. Schöner wäre es natürlich, ich habe ja auch mit dem Sozialdienst gesprochen, statt eine 40-Stunden-Woche eine 20-Stunden-Woche zu machen.“ (T2_Herr A)*

→ *„Nein, nein schwierig jedenfalls nicht. Ich mache ja wieder Arbeit. [...]“ (T2_Herr J)*

Zwei weitere Rehabilitanden berichteten, eine Umschulung in Angriff nehmen zu wollen.

→ *„[...] Klar der Arzt, der hat auch seine Meinung dazu gesagt, dass es nicht so das Optimale ist, [...]. Er hat ja seine Meinung auch alles reingeschrieben in Bericht bezüglich meiner Arbeit, die ich jetzt ausführe, dass es halt nicht so gut ist und so. Und ja dann haben wir gesprochen, ich habe ihm halt erzählt, dass ich Umschulung machen möchte und dass es schon durch ist und er sagte auch ‚Ja das ist das Beste‘.“ (T2_Herr I)*

3.3 Postalische Befragung

3.3.1 Stichprobenbeschreibung und Partizipationsrate

In fast allen Fällen wurde der Fragebogen entweder von der Verwaltungs- oder der ärztlichen Leitung ausgefüllt und zurückgeschickt. Lediglich für fünf Einrichtungen lagen ausgefüllte Fragebögen sowohl von der Verwaltungs- als auch der ärztlichen Leitung vor, die sich in ihren wesentlichen Inhalten allerdings nicht unterschieden. In diesen Fällen wurde jeweils nur ein Fragebogen in den weiteren Analysen berücksichtigt. Nach einmaliger postalischer Erin-

nerung im Mai 2015 lagen Antworten von insgesamt 55 Einrichtungen vor (42 aus NRW und 13 aus SH; Rücklaufquote: 45,1%).

3.3.2 Anteil behandelter Menschen mit Migrationshintergrund

51 der 55 befragten Einrichtungen geben an, dass sie im Vorjahr der Befragung Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund behandelt haben. Die Anteile von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund variierten dabei stark. Während ca. ein Drittel der Einrichtungen angab, weniger als 10% Menschen mit Migrationshintergrund behandelt zu haben, äußerte fast ein Viertel, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an allen behandelten Rehabilitanden/innen im Jahr vor der Befragung 20% oder höher lag. Im Mittel lag der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter allen Rehabilitanden/innen bei 12,5%.

Die Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe. Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund machen den größten Anteil aus, gefolgt von Rehabilitanden/innen mit einem russischen oder polnischen Migrationshintergrund. Insgesamt wurden 22 verschiedene Migrationshintergründe angegeben.

3.3.3 Migrationssensible Ausrichtung

Die befragten Einrichtungen weisen nur vereinzelt Elemente einer migrationssensiblen Ausrichtung auf organisatorischer und struktureller Ebene auf. Mit 40,0% und 30,9% geben die befragten Einrichtungen dabei am häufigsten an, Personal mit Migrationshintergrund in die Planung/Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen einzubeziehen bzw. migrationssensible Aspekte im Qualitätsmanagement zu berücksichtigen. Nur rund ein Viertel gibt an, konkrete Handlungsmaßnahmen zur Migrationssensibilität festzulegen oder Migrationssensibilität im Leitbild zu berücksichtigen. Im Durchschnitt werden zwei der in Tabelle 4 aufgeführten Aspekte pro Einrichtung erfüllt. Knapp 30% der Einrichtungen geben an, keinen der genannten Aspekte zu berücksichtigen.

Tabelle 4: Vorhandene Aspekte migrationssensibler Ausrichtung in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)

Aspekte migrationssensibler Ausrichtung	Anteil (%)	95%-Konfidenzintervall
Einbezug von Mitarbeitern/innen mit Migrationshintergrund in Planung/Umsetzung/Steuerung	40,0	27,6-53,8
Berücksichtigung migrationssensibler Aspekte im Qualitätsmanagement	30,9	19,8-44,7
Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zur Migrationssensibilität	27,3	16,9-40,9
Berücksichtigung migrationssensibler Aspekte im Leitbild	27,3	16,9-40,9
Interne oder externe Fachberatung oder Supervision für Mitarbeiter/innen	25,5	15,4-39,0
Regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeiter/innen zur Förderung der Migrationssensibilität	16,4	8,6-29,0
Benennung/Einstellung von Migrations-/Integrationsbeauftragten	14,5	7,3-27,0
Festlegung verbindlicher Ziele zur Migrationssensibilität	14,5	7,3-27,0
Überprüfung des Erfolgs migrationssensibler Maßnahmen	10,9	4,9-22,7
Gründung von Arbeitsgruppen zum Thema Migrationssensibilität	9,1	3,7-20,5
Einbezug Externer in die Planung/Umsetzung	9,1	3,7-20,5
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Migrationssensibilität	5,5	1,7-16,1
Einrichtung von Abteilungen, die sich um migrationssensible Aspekte kümmern	1,8	0,2-12,5

3.3.4 Mehrsprachige Angebote

An Patienten/innen gerichtete schriftliche Dokumente liegen nur bei einem Teil der Einrichtungen in mehreren Sprachen vor, wobei dies mit 25,5 bis 32,7% am häufigsten für Einverständniserklärungen, Informationsmaterialien zu Erkrankungen und Therapien sowie Form- und Merkblätter zum Aufenthalt zutrifft. Therapeutische Angebote/Klinikleistungen können dabei häufiger in mehreren Sprachen erbracht werden. 40 bis 65% aller befragten Einrichtungen geben an, Aufnahme- oder Entlassungsgespräche, die Pflegeanamnese, Behandlungen und Beratungsgespräche in mehreren Sprachen anbieten zu können (Tabelle 5). Die am häufigsten abgedeckten Sprachen sind dabei sowohl bei den Informationsmaterialien als auch den therapeutischen Angeboten englisch, türkisch, russisch und polnisch. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten wird nach eigenen Angaben fast aller Einrichtungen auf die Übersetzungsleistungen von Angehörigen, Freunden oder Bekannten von Rehabilitanden/innen oder von ärztlichem, pflegerischem oder therapeutischem Personal zurückgegriffen. In über zwei Drittel aller Einrichtungen werden ggf. andere Rehabilitanden/innen für Übersetzungen, in der Hälfte aller Einrichtungen auch nicht-therapeutisches Personal (z.B. Küchenmitarbeiter/innen oder Reinigungspersonal), herangezogen. Nur in gut einem Drittel der Einrichtungen kommen parallel zu den genannten Übersetzungshilfen auch professionelle Dolmetscher/innen zum Einsatz.

Tabelle 5: Vorhandene mehrsprachige Angebote in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)

Art des Angebots	Anteil in %	95%- Konfidenzintervall
<i>Schriftliche Dokumente/Beschilderung</i>		
Einverständniserklärungen	32,7	21,4-46,5
Informationsmaterialien zu Erkrankungen und Therapien	27,3	16,9-40,9
Form- und Merkblätter zum Aufenthalt	25,5	15,4-39,0
Speisepläne (ggf. auch sprachunabhängig)	21,8	12,6-35,1
Beschilderung oder Wegweiser (ggf. auch sprachunabhängig)	18,2	9,9-31,1
Internetauftritt	16,3	8,6-29,0
Therapiepläne	10,9	4,9-22,7
<i>Therapeutische Angebote/Klinikleistungen</i>		
Aufnahme- oder Entlassungsgespräche	65,5	51,6-77,1
Pflegeanamnese	54,6	41,0-67,5
Behandlungen	49,1	35,8-62,5
Beratungsgespräche (z.B. Sozialberatung/Ernährungsberatung)	40,0	27,7-53,7
Psychologische Betreuung	20,0	11,2-33,9
Schulungen, Vorträge, Seminare	5,5	1,7-16,1
<i>Sonstige Service-Leistungen</i>		
Fremdsprachige Fernsehsender (ohne englische Sender)	38,2	26,7-52,9
Fremdsprachige Zeitschriften/Zeitungen	23,6	14,3-37,7

Über fremdsprachige Angebote hinausgehend bietet ein Großteil der befragten Einrichtungen auf Wunsch die Möglichkeit, auf Therapiekomponenten in der Rehabilitation zu verzichten oder Alternativen zu nutzen sowie nur von Personal des eigenen Geschlechts behandelt zu werden. Ferner ist nach eigenen Angaben knapp die Hälfte der Einrichtungen in der Lage, kulturelle und religiöse Bedürfnisse bei der Speisezubereitung zu berücksichtigen. Darüber hinausgehende migrationssensible Angebote wie Gebetsräume stehen nur in wenigen Einrichtungen zur Verfügung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Vorhandene migrationssensible Angebote bei der Unterbringung, Versorgung und Verpflegung in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteil in %; n=55)

Art des Angebotes	Anteil in %	95%- Konfidenzintervall
Möglichkeit, auf Therapiekomponenten zu verzichten/Alternativen zu nutzen	78,2	64,9-87,4
Möglichkeit, nur vom Personal des eigenen Geschlechts behandelt zu werden	74,6	61,0-84,6
Menüauswahl, die religiöse Bedürfnisse berücksichtigt	45,5	32,5-59,0
Gruppentherapien getrennt für beide Geschlechter	34,6	22,9-48,3
Neutral gestalteter Religionsraum für alle Religionen	20,0	12,2-33,9
Migrationssensible Schulungen und Informationsveranstaltungen	10,9	4,9-22,7
Geänderte Öffnungszeiten der Cafeteria (z.B. im Ramadan)	1,8	0,2-12,7

3.3.5 Wahrgenommene Relevanz von Migrationssensibilität in der Rehabilitation

Die Mehrheit der Befragten schätzt eine migrationssensible Ausrichtung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aus unterschiedlichen Gründen als wichtig oder zumindest teilweise wichtig ein, beispielsweise für die Zufriedenheit des Personals und von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus sind die meisten davon überzeugt, dass die Bedeutung einer migrationssensiblen Ausrichtung in Zukunft noch steigen wird (Tabelle 7).

Tabelle 7: Wahrgenommene Relevanz von Migrationssensibilität in der Rehabilitation in orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH (Anteile in %; n=55)

Eingeschätzte Wichtigkeit von Migrationssensibilität für...	Unwichtig	Teilweise wichtig	Wichtig
die Zufriedenheit von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund	6,8	37,3	55,9
den Behandlungserfolg von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund	6,8	37,3	55,9
die Mitarbeiter/innen-Zufriedenheit	15,3	42,4	42,4
die Steigerung der Zahl von Rehabilitanden/innen	33,3	38,6	28,1

Zustimmung zu folgenden Aussagen...	Stimme nicht zu	Teils/teils	Stimme zu
Migrationssensible Ausrichtung wird für viele Einrichtungen zukünftig eine noch größere Rolle als heute spielen	14,3	51,8	33,9
Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in Behandlungsbedürfnissen von Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund	16,9	49,2	33,9
Es ist wichtig, dass unsere Mitarbeiter/innen an Fortbildungen/Kursen zum Umgang mit kultureller/religiöser Vielfalt teilnehmen	19,3	43,9	36,8
Es ist notwendig, unsere Einrichtung migrationssensibel auszurichten	22,4	55,2	22,4

3.3.6 Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen

Gleichzeitig werden Hindernisse berichtet, die die Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen behindern. In 71,0% (95%-CI= 57,2-81,6) der befragten Einrichtungen sind diese vor allem fehlende finanzielle Ressourcen, aber auch fehlende Anreize des Rehabilitationsträgers (54,6%; 95%-CI= 41,0-67,5), organisatorische Schwierigkeiten (38,2%; 95%-CI= 26,0-52,0), strukturelle Probleme in der Einrichtung (32,7%; 95%-CI= 21,4-46,5) sowie eine mangelnde Motivation auf Seiten des Personals (10,9%; 95%-CI= 4,9-22,7). Lediglich 16,4% (95%-CI= 8,6-29,0) aller befragten Einrichtungen geben an, dass keine Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen bestehen.

3.4 Dokumentenanalyse

3.4.1 Datenbasis

124 Webseiten von Rehabilitationseinrichtungen (NRW: 94; SH: 30) wurden über die einbezogenen Suchportale recherchiert. Nach Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden vorerst 52 Einrichtungen in die Dokumentenanalyse eingeschlossen. Nach Durchsicht der Materialien wurden weitere acht Einrichtungen ausgeschlossen, so dass letztendlich 44 Webseiten (NRW: 32; SH: 12) ausgewertet werden konnten. Abbildung 10 gibt einen Überblick über den Ablauf der Recherche.

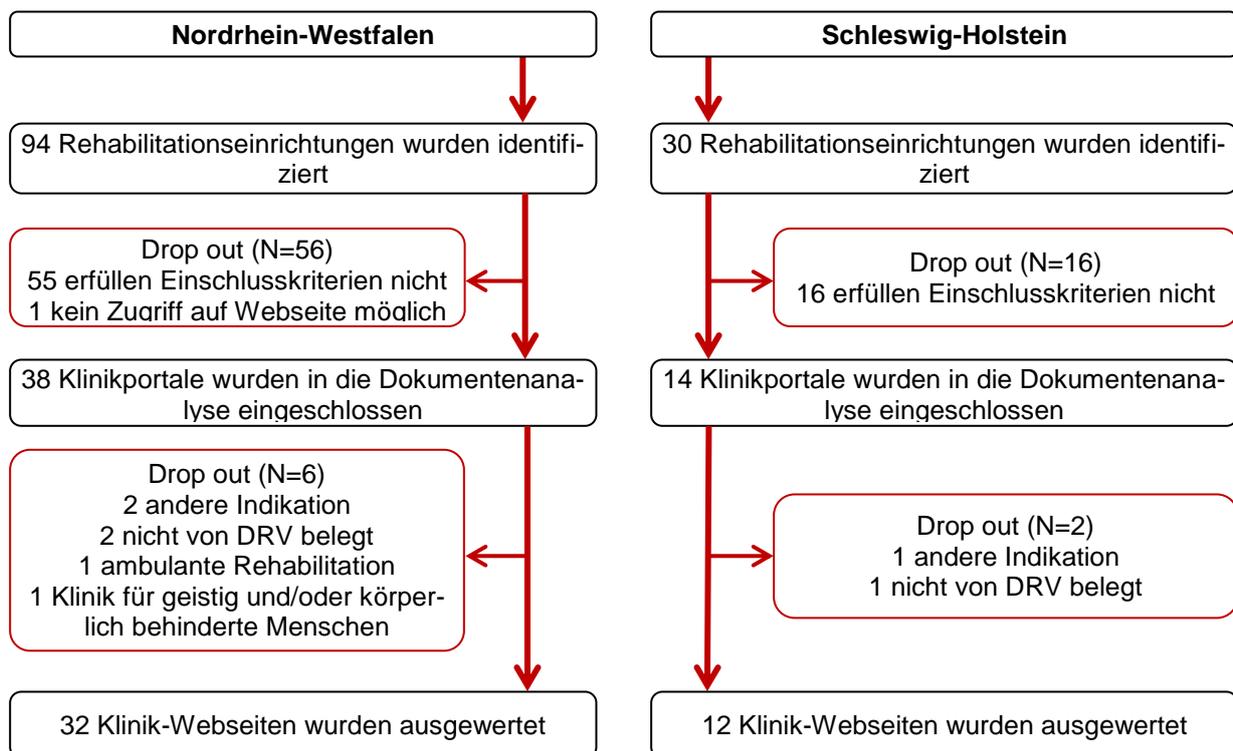


Abbildung 10: Flow-Chart der Dokumentenanalyse

3.4.2 Migrationssensibilität

Migrationssensible Aspekte im Leitbild ließen sich nur auf wenigen Webseiten finden (9,1%). Hier verwiesen die Einrichtungen darauf, dass Patienten/innen unabhängig von ihrer Nationalität und Konfession respektvoll behandelt werden. Vereinzelt nahmen einige Einrichtungen Bezug auf die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse.

- „Wir respektieren das Recht jedes Patienten, unabhängig seiner Nationalität und Konfession, mit Würde behandelt zu werden.“
- „Wir passen uns den Bedürfnissen unserer Rehabilitanden und Partnern an.“

Hinweise auf ein spezielles Klinikkonzept, das sich an den Bedürfnissen muslimischer Patienten/innen orientiert, fanden sich für eine Einrichtung. Im vorgestellten Konzept liegt der Schwerpunkt dabei vor allem auf der Berücksichtigung kultureller und religiöser Bedürfnisse.

- „Die [Kliniken] verfügen über ein spezielles Klinikkonzept, das sich an alle muslimischen Bevölkerungsgruppen richtet, die in Deutschland leben. Die Schwerpunkte des Konzeptes werden vor allem von den zu berücksichtigenden kulturellen und religiösen Bedürfnissen geprägt.“

Auf keiner der untersuchten Webseiten fanden sich migrationssensible Aspekte im Qualitätsmanagement.

3.4.3 Migrationssensible Angebote

Über migrations- und kulturspezifische Angebote, wie etwa das Angebot von Klinikleistungen in verschiedenen Sprachen oder auch migrationssensible Therapie- und Schulungsangebote, wie die Möglichkeit sich von Behandelnden des gleichen Geschlechts untersuchen/therapieren zu lassen, informierte ausschließlich eine Einrichtung auf ihrer Webseite.

- „Wir betreuen muslimische Patientinnen und Patienten als multiprofessionelles interkulturelles Team mit muttersprachlicher, ärztlicher, psychologischer und psychosozialer Kompetenz (auch in türkischer und kurdischer Sprache).“
- „Es besteht die Möglichkeit, sich bei den Therapien von Mitarbeitern gleichen Geschlechts behandeln zu lassen.“

Nur vereinzelt beschrieben die Einrichtungen kultursensible Aspekte in der Ausstattung oder in der Unterbringung (29,5%). 12 Kliniken (SH: 4;NRW: 8) wiesen darauf hin, dass eine Kapelle, ein Andachtsraum oder auch ein Raum der Stille in der Einrichtung zur Verfügung steht, der von allen Patienten/innen frei genutzt werden kann. Zwei Kliniken (NRW: 2) bieten zudem einen Gebetsteppich an. Die Verfügbarkeit von internationalen Fernsehsendern wurde auf zwei Webseiten beschrieben (NRW: 2). Eine Einrichtung in NRW vermerkte darüber hinaus, dass auch türkischsprachige Zeitschriften/Zeitungen in der Einrichtung erworben werden können.

- „Auf allen Zimmern ist das türkische Fernsehprogramm TRT zu empfangen.“

Auf den Webseiten der Einrichtung wurden kaum kultursensible Aspekte in der Versorgung und Verpflegung (4,5%) beschrieben. Nur wenige Einrichtungen klärten über Sonderkostformen wie beispielsweise muslimische Ernährung auf.

- „Sämtliche Formen der Diätkost wie Schon-, Reduktions- und Vollwertkost sowie vegetarische und muslimische Ernährung stehen zur Auswahl.“

Auf 25 der untersuchten 44 Klinikportalen wurden für religiöse oder auch traditionell-/kulturell geprägte Menschen mit Migrationshintergrund relevante Freizeitangebote beschrieben. Hier wurden u.a. allgemeine Angebote der Seelsorge, Gottesdienste in den Einrichtungen oder auch Fahrdienste zu Kirchen im Ort vorgestellt (NRW: 19; SH: 6). Einschränkend wurde bezüglich der Seelsorge darauf hingewiesen, dass es sich um eine evangelische oder katholische Seelsorge handelt, die jedoch von allen Patienten/innen genutzt werden kann.

Weitere Freizeitangebote, die beispielsweise gleichgeschlechtliche Aktivitäten wie Saunabesuche umfassen, fanden sich auf sechs Klinikseiten (NRW: 3; SH: 3).

- „Für das Freitagsgebet wird auf Wunsch ein Transport zu einer der Moscheen am Ort organisiert.“

→ „Aus Rücksicht auf unsere Saunabesucher, gibt es ausgeschriebene Tage für Damen- und Herrensauna.“

3.4.4 Mitarbeiter

Integrations- oder auch Diversity-Beauftragte (4,5%) oder auch türkischsprachige Mitarbeiter/innen (6,8%) wurden so gut wie gar nicht auf den Internetseiten der Einrichtungen vorgestellt.

→ „Bei Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Sprachproblemen sind wir Ihnen gerne behilflich. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sprechen Fremdsprachen und sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten bereit zu übersetzen. Bitte melden Sie sich beim Pflegedienst.“

Keine Einrichtung wies professionelle Dolmetscher/innen auf ihrer Webseite aus.

Fort- oder Weiterbildungen sowie Schulungen für Mitarbeiter/innen zur Förderung der Migrationssensibilität wurden nur von zwei Einrichtungen in NRW beschrieben. Die Fortbildungsangebote richteten sich dabei vorrangig an Personal aus der Pflege.

→ „Um Bewohner aus fremden Kulturen souveräner begegnen zu können ist es notwendig, dass Pflegekräfte um Besonderheiten in pflegespezifischen Gebieten [...] wissen und flexibel auf Patientenbedürfnisse eingehen können. Ziel des Seminars: Kenntnisse über professionelle Interaktionsmöglichkeiten, Kompetenz im Pflegealltag professionell und kultursensibel umzugehen.“

3.4.5 Migrationssensible Projekte und Kooperation

Keine einzige Einrichtung stellte auf ihrer Webseite migrationssensible Projekte vor. Auch Kooperationspartner, die für die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund relevant sein könnten, wie Kulturvereine/-gemeinden oder religiöse Gemeinschaften, wurden auf keiner Webseite präsentiert.

3.4.6 Informationsangebot auf der Webseite

Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen wie Klinikbroschüren und Flyer, die von Usern heruntergeladen werden können, waren so gut wie nicht zu finden (4,5%). Nur zwei Einrichtungen boten auf ihrer Webseite Broschüren in anderen Sprachen (russisch, türkisch) an (NRW: 1; SH: 1).

3.4.7 Usability

Die Möglichkeit, die Webseite über einen Sprach-Button in verschiedenen Sprachen anzeigen zu lassen, wurde nur selten (13,6%) angeboten (NRW: 5; SH: 1). Häufig beschränkt sich hierbei die Übersetzung auf die Inhalte der Homepage und einige ausgewählte Unterseiten. Zudem ist die Sprachauswahl zumeist auf eine englische Übersetzung begrenzt. Nur eine Einrichtung bot eine Übersetzung auf Türkisch an. So gut wie keine Einrichtung stellt eine vollständige Übersetzung der Webseiteninhalte zur Verfügung. Über die Suchfeldfunktion,

die viele Webseiten ihren Usern/innen anbieten, um schneller relevante Informationen zu finden, konnten ausschließlich auf sechs Einrichtungsseiten migrationsrelevante Informationen gefunden werden.

3.5 Fokusgruppeninterviews

3.5.1 Stichprobenbeschreibung

Um geschlechtsspezifische Faktoren erfassen zu können, wurde darauf geachtet, dass weibliche und männliche Mitarbeiter für die Befragungen rekrutiert werden. Bei der Auswahl der Befragten wurde zudem auch das Alter und die bisherige Berufserfahrung berücksichtigt, um ein möglichst breites Spektrum an konkreten Erfahrungen und Eindrücken erfassen zu können. Die Altersspanne der befragten Personen liegt zwischen 26 und 62 Jahren. Darüber hinaus wurden Mitarbeiter/innen mit und ohne Migrationshintergrund zu den Befragungen eingeladen. Insgesamt wurden 50 Mitarbeiter/innen in acht Rehabilitationseinrichtungen aus sieben verschiedenen Berufsgruppen (Tabelle 8) zum Forschungsthema befragt.

Tabelle 8: Fokusgruppeninterviews - Stichprobenbeschreibung

Merkmale	Gesamt (N=50)	NRW (N=21)	SH (N=29)
Geschlecht (N, %)			
<i>Frauen</i>	36 (72%)	15 (71,4)	21 (72,4)
<i>Männer</i>	14 (28%)	6 (28,6)	8 (27,6)
Alter (M, SD)			
	44,9 (10,4)	44,5 (10,2)	45,3 (10,6)
Berufsgruppe (N, %)			
<i>Arzt/Ärztin</i>	10 (20)	3 (14,3)	7 (24,1)
<i>Sozialpädagoge/Sozialpädagogin</i>	5 (10)	2 (9,5)	3 (10,4)
<i>Psychologe/Psychologin</i>	12 (24)	6 (28,6)	6 (20,7)
<i>Therapeut/Therapeutin</i>	12 (24)	5 (23,8)	7 (24,1)
<i>Pflegekraft</i>	6 (12)	2 (9,5)	4 (13,8)
<i>Sonstige*</i>	5 (10)	3 (14,3)	2 (6,9)

N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, * Hausdame, Dokumentationsassistent

3.5.2 Charakteristik der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft

3.5.2.1 Ergebnisse aus NRW

Kontakt zu Rehabilitanden/innen mit (türkischem) Migrationshintergrund

Alle Befragten haben Kontakt zu Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund, darunter auch türkischer Herkunft. In einigen Kliniken wird nur von wenigen Rehabilitanden/innen mit

Migrationshintergrund berichtet. In zwei Kliniken wird erklärt, dass ungefähr die Hälfte ihrer Patienten/innen einen Migrationshintergrund hat.

- „Also das sind immer zwei bis drei mit starkem Migrationshintergrund.“ (Ärztin, 54)
- „Also 50% würde ich sagen, sind Patienten mit Migrationshintergrund minimal.“ (Sozialarbeiter, 57)

Charakteristik der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft

Die Mitarbeiter/innen beschreiben Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen als schmerzempfindlicher als Deutsche. Eine Mitarbeiterin berichtet darüber, dass Menschen türkischer Herkunft Schwierigkeiten mit der Selbsteinschätzung bezüglich ihres Gesundheitszustandes hätten.

- „Oftmals haben Menschen mit Migrationshintergrund ein anderes Schmerzempfinden.“ (Krankenpflegerin, 30)
- „[...] viele da eher nicht eine Selbsteinschätzung machen können, zu ihrer Leistungsfähigkeit, so dass da eher, ‚Das muss der Arzt mir doch sagen‘. [...] So diese eigene Befindlichkeit zu beschreiben, [...] und dann kommt von demjenigen: ‚Ja, das muss mir doch der Arzt sagen. Das kann ich doch selber gar nicht‘. Also das erlebe ich öfter.“ (Physiotherapeutin, 33)

Darüber hinaus wird häufig zwischen den verschiedenen Generationen unterschieden. Die Arbeit und der Umgang mit jüngeren Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft werden durch die besseren Sprachkenntnisse als einfacher und angenehmer eingestuft.

- „Da kommt es ganz darauf an, aus welcher Generation sind die noch. Die jüngeren machen es unkomplizierter. Die verstehen ja auch mittlerweile viel mehr. Sind ja schon eingedeutscht.“ (Krankenpflegerin, 43)
- „[...] Zwischen den Älteren, sag ich jetzt mal, die der Sprache nicht so mächtig sind. Da sind insbesondere auch immer Frauen. Aber ich würde jetzt auch sagen, das ist 50 aufwärts, vom Alter. Meine Erfahrung. Und zwischen den Jüngeren, wo kein Unterschied besteht, außer vielleicht in der Haarfarbe. [...] Da merkt man den Unterschied nicht [...], also da würde ich nicht differenzieren.“ (Psychologin, 42)

Ein Sozialarbeiter (57) erklärt, dass die älteren türkischen Migranten/innen häufiger durch körperlich schwere Arbeit höheren Belastungen ausgesetzt seien, „während die Jüngeren schon deutlich höher qualifiziert sind“ und dementsprechend auch weniger körperlich belastenden Berufen nachgehen könnten.

- „Deswegen muss man immer sagen, dass die Älteren viel mehr körperlich gearbeitet haben und daher deutlich häufiger betroffen sind als die Jüngeren.“ (Ergotherapeutin, 62)

3.5.2.2 Ergebnisse aus SH

Kontakt zu Rehabilitanden/innen mit (türkischem) Migrationshintergrund

Der wahrgenommene Anteil an Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund in den befragten Einrichtungen ist sehr unterschiedlich. In einigen Einrichtungen wird von den

Befragten ein erhöhter Anteil türkischer Migranten/innen wahrgenommen, andere Fokusgruppenteilnehmer berichten nur von einem geringen Anteil.

- *„[...] nicht viel. Haben wir nicht viel in Therapie.“ (Physiotherapeutin, 55)*
- *„Häufig würde ich sagen. Also von meinen Patienten, die ich jetzt so 40-50% vielleicht sogar mehr.“ (Ergotherapeutin, 27)*

Die Befragten weisen in diesem Zusammenhang daraufhin, dass türkeistämmige Rehabilitanden/innen, die gut deutsch sprechen und integriert sind, häufig nicht als Menschen mit Migrationshintergrund wahrgenommen würden. Eine Unterscheidung von deutschen und türkeistämmigen Rehabilitanden/innen, die in Deutschland geborenen wurden, sei nach Angaben der Befragten kaum möglich. Dabei unterscheiden die Befragten zwischen Rehabilitanden/innen, die in Deutschland geboren wurden und türkische Migranten/innen der ersten Generation, die in der Türkei aufgewachsen sind.

- *„Wobei bei vielen der Migrationshintergrund gar nicht erfasst wird, wenn der Rehabilitand nicht selber drauf eingeht. Manche sind so gut deutschsprachig, dass es nicht auffällt.“ (Arzt, 55)*
- *„Wenn jemand hier in Deutschland geboren ist und [...] dann gibt es eigentlich so gut wie gar keine Unterschiede mehr.“ (Arzt, 55)*

Charakteristik der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft

Türkeistämmige Rehabilitanden/innen werden im Vergleich zu Nichtmigranten/innen von den Mitarbeiter/innen als schmerzempfindlicher beschrieben.

- *„[...] Und die sind leidender, das merken wir auch. Sie geben sich ihrem Schmerz viel mehr hin.“ (Krankenschwester, 53)*
- *„Die sind, ich finde, die sind viel, viel schmerzempfindlicher als wir [...] Europäer. Die sind egal Männer oder Frauen, die sind wirklich so durch Schmerz geplagt.“ (Physiotherapeutin, 55)*

Zudem wird von den Befragten eine verstärkte Chronifizierung beobachtet, die u.a. auf die eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten für Migranten/innen mit Sprachbarrieren zurückgeführt wird.

- *„[...] ganz einfach, weil der Zugang zu türkischsprechenden Therapeuten, Psychiatern, Hausärzten oder anderen Ärzten eingeschränkt ist und viele Patienten wenig Deutsch oder kaum Deutsch sprechen, sodass sie sich nicht in Behandlung begeben können.“ (Psychologin, 31)*

Darüber hinaus werden türkeistämmige Rehabilitanden/innen der ersten Generation und hier im speziellen Frauen mit Migrationshintergrund als bildungsferner eingestuft.

- *„[...] wenig Bildung, viel Arbeit, viel schwere körperliche Arbeit und dann kommen sie oft so an die Grenzen. Also die sind ja oft so um die 50 auch bei uns [...].“ (Ärztin, 56)*
- *„[...] bei den türkischen Frauen, die ich hab, die sind echt häufig zwei, drei Jahre zur Schule gegangen. Und dann haben sie die Kinder ihres Bruders gehütet oder so. Und die können gar nicht alle ganz sicher lesen.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*

Rehabilitationsziele

In der Regel hätten Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund keine konkreten Ziele. Vereinzelt werden von den Fokusgruppenteilnehmern als häufigste Rehabilitationsziele türkistämmiger Rehabilitanden/innen die Schmerzreduktion sowie die Erwerbsminderung benannt. Gründe für die angezielte Erwerbsminderung werden in der Versorgung der Familie und in der Bewältigung von häuslichen Pflichten bei weiblichen Migranten gesehen.

- *„[...] weniger Schmerzen haben ist ganz häufig ein Punkt. Und viele kreuzen auch an, für Familie und Angehörige da sein.“ (Krankenschwester, 53)*
- *„Also ich habe auch immer das Gefühl es geht mehr in Richtung Rente. Also bei den Migranten, oder schneller. Weil eben die Aussichten auf Alternativen eher als schlecht gesehen werden. [...] das ist einfach so die einzige Lösungsmöglichkeit oft.“ (Ärztin, 56)*

3.5.3 Informiertheit

3.5.3.1 Ergebnisse aus NRW

Informiertheit der Patienten

Hinsichtlich der Informiertheit von türkischen Rehabilitanden/innen bezüglich ihrer Erkrankung und der Krankheitsursache, sind die Aussagen der Befragten breit gefächert. Einige der Mitarbeiter/innen waren der Auffassung, dass Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft deutlich schlechter informiert sind. Sie beschreiben die Problematik, dass diese Patienten/innen aufgrund eines niedrigeren Bildungsniveaus und den damit einhergehenden Wissensdefiziten falsch mit ihrer Erkrankung umgehen.

- *„Und im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund?“ (IF)
- „Schlechter!“ (Arzt, 58)*
- *„Je schlechter das Sprachniveau, desto schlechter ist auch das Krankheitsverständnis.“ (Sozialarbeiter, 57)*
- *„Ja, das eben trotzdem hochkalorische Getränke getrunken werden, obwohl wir eigentlich sagen: ‚Bitte nicht, aus den Gründen, das funktioniert mit dem Zucker nicht, Sie müssen zu viel Insulin spritzen‘, weil sie die Vorkenntnisse nicht haben.“ (Krankenpflegerin, 43)*

Andere Mitarbeiter/innen waren wiederum der Meinung, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund sehr gut über ihre Erkrankung informiert sind, möglicherweise sogar sorgsamer mit ihrer Krankheit umgehen als deutsche Rehabilitanden/innen, diese Informiertheit allerdings aufgrund sprachlicher Barrieren nicht zum Ausdruck bringen können.

- *„[...] wenn die dann mal beispielweise einen hohen Blutdruck haben, dass die dann schon fragen, und sagen, das ist nicht in Ordnung. Also dann weiß man ja, dass der weiß, dass das nicht in Ordnung ist. Und dann also, dann haben wir einen Deutschen, der kommt mit einem hohen Blutdruck nicht, weil er gar nicht weiß, dass etwas nicht in Ordnung ist.“ (Krankenpflegerin, 30)*
- *„[...] könnte auf Türkisch durchaus sein, dass sie weiß, was sie hat. Aber wenn ich sie nicht verstehe, weiß ich daher nicht, ob sie das weiß oder nicht.“ (Psychologin, 42)*

Zusätzlich erklärt das Gesundheitspersonal, dass die fehlende Informiertheit türkischer Patienten/innen über die Rehabilitation und die Behandlungen zu Schwierigkeiten, insbesondere zu Beginn der Maßnahme, führe.

3.5.3.2 Ergebnisse aus SH

Informiertheit der Patienten

Der Informationsgrad in Bezug auf die Rehabilitationsmaßnahme wird bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen eingestuft. Dabei werden jüngere Rehabilitanden/innen im Vergleich zu älteren Rehabilitanden/innen von den Befragten als informierter beschrieben. Als Informationsquellen werden bei den jungen türkischen Rehabilitanden/innen das Internet, der Arzt und die Familie sowie Verwandte benannt. Die Informiertheit älterer Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund wird hingegen von den Teilnehmern/innen als problematisch beschrieben.

- ➔ *„Ich glaube, das ist ähnlich altersverteilt wie bei den deutschen Rehabilitanden. Je älter desto schlechter informiert.“ (Arzt, 49)*
- ➔ *„[...] ich habe auch nicht den Eindruck, dass die schlechter informiert sind.“ (Psychologin, 40)*
- ➔ *„[...] also jüngere türkische Patienten [...] die haben sich im Internet informiert.[...] die Jungen sind gut informiert, haben alle Kanäle gezogen, wissen was passiert [...].“ (Arzt, 49)*

Auch das Bildungsniveau wird von den Befragten mit dem Grad an Informiertheit türkischer Rehabilitanden/innen assoziiert. So wird von den Mitarbeiter/innen angegeben, dass ältere Migranten/innen aufgrund ihres Bildungsniveaus Informationsdefizite aufweisen würden.

- ➔ *„Bis auf diese Fälle von älteren Damen, die ja kaum einen Bildungsstand haben, ist es eigentlich, erlebe ich keinen Unterschied.“ (Krankenschwester, 53)*

Unterschieden werden zudem Rehabilitanden/innen, die aus Eigenmotivation den Rehabilitationsantrag gestellt haben und Rehabilitanden/innen, die von ihrem Arzt zur Rehabilitationsbeantragung aufgefordert wurden. Diese wiesen den Befragten zufolge ein niedrigeres Informationslevel auf.

- ➔ *„[...] Das kreuzen sie ja ganz häufig auch an, von wem die Initiative zur Reha ausging: vom Arzt. Da ist häufig ein Kreuz. Arzt oder Rententräger oder Kasse. Also ne, das "mein Doktor weiß auch nicht mehr weiter, jetzt soll ich mal erst mal Reha und dann gucken wir [...]“. (Krankenschwester, 53)*

3.5.4 Sprache und Kultur

3.5.4.1 Ergebnisse aus NRW

Verständigungsprobleme

Den Aussagen der Befragten zufolge ist die größte Herausforderung in der rehabilitativen Versorgung die sprachliche Verständigung. Diese Herausforderung entsteht dann, wenn Rehabilitanden/innen nicht ausreichend deutsch sprechen, um sich mit dem Gesundheitspersonal auszutauschen. Diese Situationen werden komplexer, wenn ihre Patienten/innen zusätzlich Analphabeten sind.

→ „Das größte Problem ist, wenn der Patient kommt und kann nicht lesen.“ (Arzt, 40)

Die Klinik-Mitarbeiter/innen berichten, dass alle Versorgungsbereiche betroffen sind, wenn Rehabilitanden/innen nur ungenügende deutsche Sprachkenntnisse hätten. So sei es schwieriger, eine Diagnose zu stellen, Medikamente zu verschreiben oder Anordnungen für Behandlungen zu geben, ohne die genaue Krankheitsgeschichte ihrer Patienten/innen zu kennen.

→ „Also in den Schulungen, die ich so habe, das kommt natürlich auch mal vor, dass da jemand ist, der dann wenig oder gar nichts versteht, das ist natürlich schon ein Problem.“ (Psychologe, 56)

→ „Sprachverständnisschwierigkeiten, besonders in der Psychosomatik, die Patienten haben teilweise auch, so dass sie eine Indikation gar nicht möglich machen.“ (Psychologin, 32)

→ „Im therapeutischen Bereich find ich es sehr schwierig Kontraindikationen auch zu klären, darf der beispielsweise Elektrotherapie, wenn das nicht irgendwo in der Diagnose drinsteht, dass der Patient einen Schrittmacher hat, soll dann aber in dem Bereich Strom bekommen oder so. Das ist schwierig abzuklären [...] ich kann auch nicht unbedingt im Knie sehen, ob er da was hatte. Also das ist schon eine große Hürde, dass man als Therapeut nun wirklich auch die Verantwortung in diesem Sinne tragen muss.“ (Physiotherapeutin, 33)

Umgang mit Verständigungsproblemen

Zu der Frage, wie die Mitarbeiter/innen der Rehabilitationseinrichtungen mit sprachlichen Herausforderungen umgehen, gab es eine Vielzahl von Strategien. Die am häufigsten genannte Antwort war die Kontaktierung/Miteinbeziehung von mehrsprachigem Personal.

→ „Man bittet um Hilfe bei Kollegen, die die Sprache sprechen.“ (Ergotherapeutin, 26)

Eine weitere Möglichkeit sei die Begleitung der Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen durch Angehörige, die insbesondere in den ersten Tagen der Rehabilitationsmaßnahme eine Hilfe sein können. Besonders während der Sporttherapien können die Mitarbeiter/innen aber auch auf die Beschreibung per Mimik und Gestik zurückgreifen. In einer Klinik werden den Patienten/innen auch übersetzte Informationen zu psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt. Die Mitarbeiter/innen sind der Meinung, dass Schulungen auch bei Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen sinnvoll sein können, da die Beiträge dort auch über grafi-

sche und animierte Elemente ergänzt werden, die unabhängig von der Sprache verstanden werden können.

- „Aber das wissen die Rehabilitanden meist auch, also da kommen gerade bei den älteren Damen, kommen dann auch die Kinder schon mit. Und bleiben am ersten Tag auch dabei, dass man denen das alles erklären kann, wo sie hinmüssen, zu den Aufnahmeuntersuchungen, dass die erstmal mitgehen, die Angehörigen. In der Regel läuft das eigentlich ganz gut.. Weil die selber schon wissen, dass es Probleme geben kann.“ (Krankenpflegerin, 43)
- „Also in der Bewegungstherapie, in den Gruppen kann man auch sehr viel vormachen und die machen es einfach nach. Da ist die Problematik nicht ganz so groß, die Erklärung mit Händen und Füßen klappt [..].“ (Sportwissenschaftlerin, 42)
- „Ja.. viele Schulungen sind dann ja auch mit Grafiken, dass man was zeigt und so. Das ist sicher nicht ganz umsonst.“ (Psychologe, 56)

Verbesserungsvorschläge bei Verständigungsproblemen

Auf die Frage, was den Befragten bei Verständigungsproblemen helfen könnte, erklärten die Klinik-Mitarbeiter/innen, dass sie vor allem durch „eine Begleitung, einen Dolmetscher“ (Arzt, 58), die zwischen dem Personal und den Patienten/innen vermitteln, unterstützt werden könnten. Die Mitarbeiter/innen wünschen sich auch entsprechend übersetztes Informationsmaterial, welches den Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen zur Verfügung gestellt werden könnte. Allerdings wurde angemerkt, dass dieses Material laufend überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden müsste. Ein weiterer Vorschlag war die Entwicklung einer App, mit der verschiedene Maßnahmen der Rehabilitation in verschiedenen Sprachen erklärt werden könnten. Auch das Einstellen von mehrsprachigem Personal wurde wiederholt vorgeschlagen.

- „[.] was man sich da manchmal so wünscht ist, wäre Infomaterial, welches übersetzt wäre.“ (Physiotherapeutin, 33)
- „Ich glaube, dass ein türkischsprachiger Mitarbeiter, eine gute Option ist.“ (Psychologin, 32)

Einige Mitarbeiter/innen erklärten aber auch, dass Patienten/innen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, keine Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden sollte.

- „Wenn man überhaupt kein deutsch spricht, dann sollte man auch den Menschen diese Frustration ersparen. Und uns auch.“ (Psychologin, 51)

Kulturspezifische Unterschiede

Beim Themenblock "kulturbedingte Unterschiede" wurde häufig die erhöhte Schmerzempfindlichkeit und „der [größere] familiäre Zusammenhalt“ (Arzt, 40) der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft genannt. Darüber hinaus wurde auch beschrieben, dass Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund es bevorzugten, eher unter sich zu bleiben.

- „Also man merkt schon, dass die gerne unter sich sind. Wahrscheinlich sich sicher fühlen. Das heißt auch, am Beispiel von Türken, regelrechte Türkentische.“ (Ernährungsberaterin, 45)

Des Weiteren erklärten die psychologischen Mitarbeiter/innen, dass insbesondere Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft, die an psychischen Krankheiten leiden, Angst vor sozialer Ausgrenzung und Isolation aufgrund ihrer Erkrankung hätten.

- *„Und dann schämen sie sich auch, dass sie wegen ihrer Krankheit möglicherweise gesellschaftlich ausgegrenzt werden.“ (Psychologisch-technische Assistentin, 52)*
- *„Da würde niemand, also selten von sich aus sagen: ‚Ich habe eine Depression oder was anderes.‘“ (Psychologin, 32)*

Bei den geschlechtsspezifischen kulturbedingten Unterschieden lässt sich als zentrale Aussage ableiten, dass weibliche Rehabilitanden türkischer Herkunft es bevorzugten, von weiblichem Personal behandelt und betreut zu werden. Vereinzelt wurde von Klinik-Mitarbeitern/innen vermutet, dass Frauen türkischer Herkunft häufig aufgrund ihrer (Voll-) Verschleierung „unterdrückt“ (Physiotherapeutin, 33) und „relativ kurz gehalten“ (Arzt, 58) würden.

Männliche türkische Rehabilitanden hätten den Psychologen/innen zufolge größere Schwierigkeiten sich ihre Krankheit einzugestehen, um „sich nicht die Blöße zu geben, die Rolle des Mannes nicht in Frage zu stellen“ (Psychologe, 33).

Kulturbedingte Herausforderungen

Wie aus den Aussagen der Befragten deutlich wird, komme es insbesondere bei Gruppenangeboten zu kultur- und religionsbedingten Schwierigkeiten. Speziell im Bewegungsbad könne es aufgrund religiöser Gebote, wie beispielsweise der Kleidung muslimischer Frauen, häufiger zu Konfliktsituationen kommen. Gleichzeitig wird von den Mitarbeitern/innen berichtet, dass türkische Frauen häufig den Wunsch nach gleichgeschlechtlichen Gruppenangeboten äußern und in Einzelfällen auch Behandlungen ablehnen würden.

- *„In Gruppenbehandlungen natürlich. Gruppenbehandlungen, Bewegungsbad, klar. Und wenn Männer und Frauen überhaupt zusammen sind.“ (Krankenpflegerin, 43)*
- *„Allgemein muslimischer Bereich ist manchmal spannend mit dem Kopftuch.. nun, dass die dann nicht ins Bewegungsbad wollten mit Männern und am besten mit langen Klamotten, wo wir dann sagen: ‚Ne, tut mir leid‘, das ist bei uns nicht wirklich zu realisieren.“ (Arzt, 58)*
- *„Aber eine Abbruchquote haben wir vor alledem aus religiösen Gründen.“ (Psychologin, 51)*

Schwierigkeiten mit Mitrehabilitanden/innen

Zu schwierigen Situationen zwischen Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund komme es laut der Befragten eher selten. Wenn doch Schwierigkeiten entstehen, interveniert das Klinikpersonal mit Gesprächen und versucht die Situation zu entspannen.

- *„Ich erlebe es auch viel, dass die Mitpatientinnen um eine ausländische Patientin bemühen und versuchen zu helfen. Also dass was ich meine, es ist schön zu sehen, dass da so einfach eine Mentalität ist, nach dem Motto, da müssen wir helfen, die versteht nicht so viel.“ (Psychologin, 42)*
- *„Das lässt sich eigentlich ganz gut entschärfen.“ (Arzt, 58)*

Umgang mit kulturbedingten Herausforderungen

Die Mitarbeiter/innen versuchen, soweit es ihnen möglich ist, auf die Bedürfnisse ihrer Patienten/innen, beispielsweise bei der Verpflegung, bei dem Wunsch nach gleichgeschlechtlichen Behandler/innen usw., einzugehen. Rehabilitanden/innen können Anwendungen dennoch wegen religiösen oder persönlichen Gründen ablehnen, da niemand zur Teilnahme gezwungen wird. Wenn die Möglichkeit besteht, bietet die Rehabilitationseinrichtung auch entsprechend Einzeltherapien an. Ansonsten werden Probleme, die durch kulturbedingte Unterschiede entstehen, mit den Patienten/innen besprochen und es wird gemeinsam nach einer Lösung gesucht.

- ➔ *„Dass ich aus der Pflege direkt gucke, dass Frau zu Frau arbeitet, dass Mann zu Mann arbeitet, dass ich in der Küche Bescheid sage, dass ich eben nachfrage, wie es mit dem Schweinefleisch ist und so.“ (Krankenpflegerin, 43)*
- ➔ *„Das sind Bewegungsbäder, das sind Gruppen und wenn dann jemand sagt: ‚Da geh ich nicht rein.‘, dann geht er da nicht rein.“ (Physiotherapeutin, 44)*
- ➔ *„Was möglich ist, machen wir, aber was nicht möglich ist, machen wir nicht.“ (Ernährungsberaterin, 45)*

Den Aussagen der Befragten zufolge wird deutlich, dass Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sicherer im Umgang mit Patienten/innen mit (dem gleichen) Migrationshintergrund sind. Sie erklären, dass sie den Vorteil hätten, ihre Patienten/innen nicht nur sprachlich zu verstehen, sondern auch kulturell.

- ➔ *„Das hat aber auch mit meinem Hintergrund zu tun. Das ich da die Beziehung sehr schnell aufbauen kann und dass sie mir dann auch sagen, ‚Ich werde nicht verstanden!‘ Einfach weil ich den kulturellen Hintergrund kenne, auch Leute, die im Nachhinein hierhin gekommen sind, die sagen: ‚Bei uns ist das einfach so‘. Um ein Beispiel zu nennen: Wo die Ehe schon arrangiert ist. Da haben wir kein Problem mit. Weil ich das Problem kenne und auch Verständnis dafür zeige und das wissen die auch.“ (Psychologin, 33)*

Verbesserungsvorschläge für kulturbedingten Herausforderungen

Einige Klinik-Mitarbeiter/innen können sich vorstellen, Seminare zu besuchen, in denen kulturspezifische Inhalte vermittelt werden. Auch könne es helfen, Patienten/innen vor dem Antritt der Rehabilitationsmaßnahmen zu verdeutlichen, welche Möglichkeiten die Klinik hat und welche nicht. Denn ein zentrales Problem seien falsche Erwartungen der Rehabilitanden/innen. Diese Informationen könnten, in Form eines Handouts oder Informationsbroschüre, vor der Anreise an die Patienten/innen zugeschickt werden.

- ➔ *„Also was sicherlich hilfreich wäre [...] es gibt ja Seminare [...] wo man mitgeteilt bekommen hat, was geht und was nicht geht. Wie die einzelnen Kulturen so ticken, wer sich die Hände gibt, und wo das ein No-Go ist. [...] Sowas fände ich, gerade, wenn man sehr häufig mit unterschiedlichsten Nationalitäten zu tun hat eine hilfreiche Sache, weil dann macht es das einem einfach. Manchmal geht man ja selber mit Zurückhaltung an die Sache, weil man nicht weiß, wie verstehen die das jetzt. [...] ich denke, das kann unterstützend sein.“ (Sozialarbeiter, 57)*

3.5.4.2 Ergebnisse aus SH

Verständigungsprobleme

Die Befragten berichten, dass Sprachbarrieren häufiger bei Frauen als bei Männern mit Migrationshintergrund auftraten. Dabei werden explizit ältere, meist nicht integrierte türkische Frauen genannt.

- ➔ *„Also bei uns im Bereich auf jeden Fall Sprachprobleme. Ich könnte dazu sagen, dass das bei Frauen auch verstärkt vorkommt, weniger bei Männern.“ (Sozialarbeiterin, 60)*
- ➔ *„Es gibt eben halt Leute, die integriert sind in Deutschland, die die deutsche Sprache sprechen. Es gibt aber auch Leute die seit 25 Jahren hier wohnen, hauptsächlich Frauen, die dann halt separat gehalten worden sind Zuhause im eigenen Umfeld, die in einer kleinen Türkei in Deutschland wohnen und die dann überhaupt kein Deutsch sprechen.“ (Arzt, 55)*

Ein Mitarbeiter weist des Weiteren darauf hin, dass die Sprachbarriere oftmals auch mit weiteren Einschränkungen der Person einherginge.

- ➔ *„Häufig sind es die, die nicht sprechen, können auch nicht lesen und schreiben [..].“ (Arzt, 55)*

Durch diese Barrieren ergeben sich sowohl für die Mitarbeiter/innen als auch für die Rehabilitanden/innen Herausforderungen. Bereits bei der Aufnahme der Rehabilitanden/innen, insbesondere bei türkischen Frauen mit Sprachbarriere, werden von den Mitarbeiter/innen erhöhte Anforderungen erlebt. So berichten die Teilnehmer/innen, dass sich der Austausch/die Kommunikation durch die Verständigungsprobleme und den dadurch bedingten Einbezug der Familie häufig schwierig gestalten und arbeitsintensiver sei. Die Befragten äußern weiterhin, dass bei Sprachbarrieren ein direkter Austausch zwischen Rehabilitand/in und Arzt/Ärztin meist nicht möglich sei.

- ➔ *„Bei der Aufnahme ist es häufig so, die bekommen nach Hause einen Fragebogen geschickt, den sie ausfüllen sollen. Wenn Sie dann anreisen ist oft Familie mit dabei, die möchten dann auch bei den Aufnahmegesprächen dabei sein. Und gerade wenn auch Frauen, der Patient ist die Frau, aber der Mann, der hat die Antwort parat. Also die Frau wird wirklich nach hinten gestellt und hat nicht zu antworten. Oder der Fragebogen wurde von den Kindern ausgefüllt. Dann heißt es schon am Anfang: ‚meine Mutter kann kein gutes Deutsch, wir haben den Fragebogen ausgefüllt.‘“ (Krankenschwester, 53)*
- ➔ *„Die Kontaktgestaltung ist dann doch schwieriger je weniger Deutsch die Patienten sprechen. Und natürlich auch wie intensiv die Kontakte dann sind [..]. Das ist ja doch schon ein bisschen aufwendiger als wenn ein deutscher Patient kommt.“ (Gesundheits- und Krankenpflegerin, 40)*
- ➔ *„10 Patienten, türkische Patienten, sind wie 20 Deutsche. Weil man muss jeden einzelnen Schritt auch erklären [..].“ (Ergotherapeutin, 22)*

Auf Rehabilitanden/innen-Seite ergeben sich durch die Sprachbarriere vor allem Probleme bei der Orientierung in der Einrichtung. Auch die Vermittlung von Therapieinhalten und die aktive Teilnahme an den Therapien seien nach Angaben der Befragten bei schlechten Sprachkenntnissen nur begrenzt möglich.

- ➔ *„Die müssen sich ja auch bei uns hier im Haus und in dem ganzen Bereich, auf dem Weg, Therapiebereich komplett selbständig bewegen. Für die ist es oft einfach schwierig, wenn wir denen*

Therapien erklären, Wege, oder auch einfach ein Behandlungskonzept, wenn es da sprachliche Barrieren gibt. Das dann auch selbständig umzusetzen, weil sie eventuell Hemmungen haben, dann nachzufragen, wenn sie irgendwas nicht finden [..].“ (Ärztin, 40)

- ➔ *„Von mir aus, wenn ich von der Psychologie oder Psychotherapie aus gucke, da ist es natürlich einfach total begrenzt, wenn ich die Sprache nicht zur Verfügung habe. [..] Also sowohl in unsere Gruppenbehandlungen, die sitzen freundlich dabei und sind irgendwie in der Gruppe dabei, aber verstehen natürlich überhaupt nicht worum es geht. Und im Einzel ist es nicht unbedingt besser. Wenn die Sprache nicht da ist, dann geht einfach vieles nicht.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*

Von den Mitarbeiter/innen wird zudem beobachtet, dass von Rehabilitanden/innen mit Sprachbarrieren Angebote seltener oder gar nicht in Anspruch genommen würden. Einerseits wird dies von den Befragten auf das Vorhandensein einer Sprachbarriere zurückgeführt, die es den Patienten/innen erschwert den richtigen Therapieraum zu finden. Andererseits wird die geringe Inanspruchnahme damit begründet, dass ein vorhandener Bedarf aufgrund der Sprachbarriere seltener geäußert werde. Darüber hinaus wird eine große Verunsicherung betont, ob berichtete Empfindungen auch im korrekten Sinne verstanden werden.

- ➔ *„Teilweise werden Termine nicht gefunden, [..] selbst wenn ich es aufs Türkische übersetze dann finde ich die deutschen Bezeichnungen ja trotzdem auf dem Gelände nicht wieder, oder die Türkischen. Führt zu ungewolltem Therapieausfall, der sich dann auch nicht immer im Gespräch erklären lässt, weil das ist natürlich peinlich, dass man an etwas nicht teilgenommen hat, was ärztlich verordnet wurde. [..]“ (Arzt, 49)*
- ➔ *„Also in den Einzelgesprächen gibt es da immer mal wieder Schwierigkeiten, wenn Patientinnen überhaupt zu Einzelgesprächen kommen. Weil dann muss ja vorher eigentlich schon auch thematisiert werden, dass da Bedarf ist. Und selbst wenn Patienten dann eigentlich relativ gut Deutsch sprechen, bleibt so eine gewisse Unsicherheit. Im Grunde spricht man auch von der, also gerade wenn es um Gefühle geht oder ähnliches, von der ein und derselben Sache oder haben Patienten einen ganz anderen Begriff davon.“ (Dipl.-Psychologin, 40)*

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich den Angaben der Befragten zufolge, bei der Vermittlung von komplexen Inhalten. Hier reiche selbst bei türkischen Migranten, die über gute Sprachkenntnisse verfügen, die Basis oftmals nicht aus, um beispielsweise sozialrechtliche Fragestellungen zu erläutern.

- ➔ *„[..] gerade wenn es um komplexe Inhalte geht. [..] Wo vielleicht die Sprache für alltägliche Dinge relativ gut ausreicht, aber für Sachen, die neu sind, Therapie oder irgendwie komplexe Inhalte, rechtliche Sachen oder so, dafür reicht es dann doch nicht.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*
- ➔ *„[..] wenn man sozialrechtliche Fragestellungen irgendwie erläutern will, da muss Sprache einfach vorhanden sein. Also das kann ich nicht mit rudimentären vorhandenen Sprache leisten.“ (Sozialarbeiterin, 60)*

Umgang mit Verständigungsproblemen

Die Befragten versuchen in erster Linie türkische Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen durch einfache Wortwahl, viel Geduld und Zeit die Orientierung in der Einrichtung zu erleichtern. Dabei würden die Betroffenen auch motiviert bei Fragen auf das Personal zuzugehen.

- *„[...] die Patienten bekommen auch gesagt, sie sollen kommen und sie sollen fragen. Und das nehmen sie gut an. Also die kommen dann wirklich, wenn sie was nicht verstehen, ob das Therapien ist, und dann versucht man das mit seinen eigenen, einfachen Worten zu erklären.“ (Krankenschwester, 53)*
- *„Wir haben viel Geduld. Und ich sowieso, weil ursprünglich ich hab auch kein Deutsch so davor gekonnt und dann ich verstehe das. [...] Ist nicht so einfach, aber doch kriegen wir das hin. [...] Wir haben genug Zeit und dann zeigen oder diese paar Worte. Und das reicht oft auch.“ (Physiotherapeutin, 55)*

Darüber hinaus erfolge die Verständigung auch oftmals unter Zuhilfenahme von Zeichensprache oder Bildern wie beispielsweise einer visuellen Analogskala zur Schmerzeinordnung.

- *„[...] ansonsten lässt sich [...] auch relativ viel über so Zeichensprache, wenn man so will, kommunizieren.“ (Arzt, 32)*
- *„[...] wenn es jetzt darum geht die Schmerzstärke einzuordnen, also man kann sich jedes Mittel mit einer visuell-analog Skala. Dann hab ich so ein Schiebbeanzeigegerät auf dem der Patient dann letzenden Endes mir durch eine Einstellung sagen kann wie stark seine Schmerzen sind. Und dass es nun um Schmerzen geht, das kann man eigentlich ganz gut auch so vermitteln, also ohne dass ich jetzt das türkische Wort für Schmerz kenne.“ (Arzt, 32)*

Da den Einrichtungen häufig keine Dolmetscher/innen und „*schon gar nicht vereidigte*“ zur Verfügung stehen, greifen die Befragten bei Sprachbarrieren nur in seltenen Fällen auf einen Dolmetscher/in zurück. Oftmals werden daher von den Befragten bei Verständigungsproblemen Angehörige der Rehabilitanden/innen hinzugezogen.

- *„Ich habe einmal einen Dolmetscher dabei gehabt, [...]. Sonst hat das geklappt, also im Rahmen des Möglichen und dann eben auch mit Angehörigenkontakt eben übers Telefon.“ (Sozialpädagogin, 45)*
- *„[...] wenn es die Möglichkeiten gibt dann versuch ich das über Angehörige, wenn es im Einverständnis der Patienten ist, zu regeln. Das klappt häufig relativ gut, dass dann mal jemand im weiteren Familienkreis ist oder Bekanntenkreis ist, der da als Dolmetscher fungieren kann.“ (Arzt, 32)*

Ebenso werden gleichsprachige Mitrehabilitanden oder Mitarbeiter/innen aus anderen Bereichen zur Übersetzung unterstützend herangezogen.

- *„[...] also es finden sich halt immer Mitpatienten, die dann auch als Übersetzer fungieren.“ (Sozialarbeiterin, 60)*
- *„Wir haben hier eine Zeitlang türkischen Kollegen gehabt, im ärztlichen Bereich. Das ging dann auf der Männerkommunikationsseite sehr gut. Der hatte natürlich keine Sprachbarriere. Der konnte, da hat dann alle diese Patienten dann wirklich betreut.“ (Arzt, 49)*

Von den Mitarbeiter/innen werden in diesem Zusammenhang aber auch die Grenzen, die sich bei der Einbindung eines Übersetzers bzw. Dolmetschers ergeben, aufgezeigt. Thematisiert werden die Einschränkungen in der Gesprächsführung und im Informationsaustausch zwischen Rehabilitand/in und Behandler sowie die Qualität der gedolmetschten Inhalte.

- *„Ich hab das auch schon erlebt, dass Angehörige bei den Gesprächen dabei waren und irgendwie sich andeutete, dass es doch um familiäre Konflikte auch geht und ich unsicher war, ist die Patien-*

tin eigentlich so zufrieden damit, wenn Angehörige dabei sind, oder kann sie überhaupt dann das Gespräch für sich nutzen. Genauso habe ich auch schon Situationen mit Dolmetschern erlebt [...], dass dann auf Mitarbeiter, die türkischsprachig waren zurückgegriffen werden musste [...] und dann eben ja auch das Geschlecht eine Bedeutung hat. Das war dann glaube ich mal ein männlicher Hausmeister und die Patientin war eine Türkin und konnte dann erst recht nicht sprechen, oder über ihre Probleme im Grunde.[...].“ (Dipl.-Psychologin, 40)

- ➔ „Wenn Frauen im Gespräch sind, sind Frauen mit dabei. [...] Wenn das Familienoberhaupt mit Sprachbarriere hier hinkommt, dann sind die Männer mit dabei. Aber teilweise auch zwei, drei Angehörige. Und da wird es dann manchmal ein bisschen schwierig in der Aufnahmesituation, weil wenn viel hinterfragt wird, [...], dass dann alles mehreren Personen zu erklären, was dann zum Teil wieder gedolmetscht wird zum Rehabilitanden, das ist schon eine Herausforderung.“ (Arzt, 49)
- ➔ „[...] Also in meine Standardseminare, Vorträge das findet de facto nicht statt, weil da können die sich teilweise Bilder angucken, da geht es nicht mit einem dolmetschenden Angehörigen, weil der würde die ganze Zeit dazwischen sabbeln, wenn vorne der Referent referiert, funktioniert also gar nicht [...].“ (Arzt, 49)
- ➔ „Wir versuchen klarzumachen den Unterschied zwischen Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit. Ne also, ‚wir entlassen Sie arbeitsunfähig, aber leistungsfähig sind Sie trotzdem für, unter folgenden Voraussetzungen‘. Das kann ich fast komplett knicken. Das ist ja schon schwierig das einem deutschen Mitbürger klarzumachen, [...]. Und dann versuch ich es einem Nichtmuttersprachler klarzumachen, das ist aussichtslos. Und wenn dann jemand dolmetscht, der aber, der den selben Wissensstand eines deutschen Muttersprachlers vielleicht hat, der gar nicht weiß, was er da dolmetschen soll, das geht ganz fürchterlich in die Hose.“ (Arzt, 49)

Eine weitere Möglichkeit, die in einigen Einrichtungen bei Verständigungsproblemen ergriffen wird, ist die Übersetzung von Therapieplänen und Informationsmaterialien.

- ➔ „Also wir übersetzten die Therapiepläne, die die Patienten dann kriegen, ins Türkische, das ist ja einfach gemacht heutzutage.“ (Arzt, 49)
- ➔ „Wir haben ja die Flyer in verschiedenen Sprachen. Das man also die Inhalte schon dann zumindest teilweise dann eben nachlesen kann in der Muttersprache.“ (Arzt, 56)

Eine Mitarbeiterin berichtet zudem über den Einbezug externer türkischsprachiger Therapeuten/innen sowie die Unterstützung der Rehabilitanden/innen bei der Suche nach türkischsprachigen Behandlern im Anschluss an die Rehabilitation.

- ➔ „Also im psychologischen Bereich versuchen wir natürlich auch immer Patienten da abzuholen, wo sie stehen, also dann eben einfach zu gucken, dass wir mehr unterstützen können in den Einzelgesprächen. [...] Und dann eben auch weitere psychotherapeutische Hilfen zu vermitteln. Da kann man mittlerweile ja über die Psychotherapeutenkammer auch türkischsprachige Therapeuten herausfinden. Es gibt nicht so viele immer noch, aber es gibt zumindest jetzt, also schon auch die Möglichkeit Internetadressen oder ähnliches, oder Telefonnummern auch konkret mal auszudrucken und mitzugeben, damit die dann weiter versorgt werden.“ (Dipl.-Psychologin, 40)

Um Betroffene mit einer Sprachbarriere besser unterstützen zu können, würden von den Einrichtungen auch Anpassungen im Therapieplan vorgenommen und mehr Einzeltherapien verordnet. Dieses Vorgehen wird von den Befragten als arbeitsintensiv und aufwendig beschrieben. Ein Mitarbeiter gibt an, dass in seltenen Fällen bei einer erhöhten Sprachbarriere die Rehabilitation auch abgebrochen und die Patienten/innen nach Hause geschickt würden.

- ➔ *„Es ist halt arbeitsintensiver. Wir versuchen es dann halt schon so hinzubekommen, dass auch die Möglichkeit besteht. Aber wir müssen halt Patienten aus einer Gruppe rausgeplant werden, bekommen dafür dann halt Einzeltherapien. Das ist natürlich vom Personal her dann aufwendiger.“ (Physiotherapeut, 41)*
- ➔ *„Im letzten Jahr haben wir auch ein oder zwei nach Hause geschickt wegen Sprachproblemen, weil es nicht ging. So in der Größenordnung.“ (Arzt, 56)*

Kulturbedingte Herausforderungen

Durch die erhöhte Schmerzempfindlichkeit der türkischen Rehabilitanden/innen erschwert sich oftmals die Arbeit für die Behandelnden. Betont wird in diesem Zusammenhang eine ausgeprägte Schmerzempfindlichkeit bei Frauen türkischer Herkunft und älteren Migranten/innen.

- ➔ *„Sie sind häufig viel schmerzhafter, also man fasst sie nur oberflächlich an und sie schreien die ganze Bude zusammen. Und ein bisschen beugen, macht schon wirklich Schwierigkeiten. Also wenn wir da in drei Wochen irgendwie das Knie mal anfassen dürfen und beugen können, dann ist das manchmal viel. [...] Das ist schwierig in der Physiotherapie. Oder wenn sie Sport machen sollen oder so, das ist manchmal schwierig. Schwieriger aber mit Frauen als mit Männern.“ (Physiotherapeutin, 34)*
- ➔ *„Also in der ärztlichen Betreuung fällt das auf, dass Patienten, Rehabilitanden über vierzig Jahre wehleidiger sind, schmerzempfindlicher sind und mehr Schmerz betonen als die jüngeren. [...] Das ist schon auffällig.“ (Arzt, 60)*

Von den Mitarbeiter/innen wird darüber hinaus angesprochen, dass sich seelische Schmerzen bei türkischen Rehabilitanden/innen immer wieder über körperliche Schmerzen äußerten.

- ➔ *„Was sich immer wiederholt ist so der Ausdruck von seelischen Schmerz über körperliche Symptome. Das ist so ganz speziell bei Patienten aus dem türkischen Kulturkreis.“ (Dipl. Psychologin, 31)*

Eingeräumt wird hierbei, dass die Schmerzempfindlichkeit auch zu Missverständnissen und Fehldeutungen führen könne.

- ➔ *„[...] was vielleicht in manchen Kulturen ganz normales Schmerzausdrucksverhalten ist, nonverbal, paraverbal, ist im Vergleich in unserer Kultur schon übertrieben und wirkt schon unglaublich. Während es in der eigenen Kultur vielleicht vollkommen durchschnittlich und normal und vielleicht sogar anerkannt ist. Das ist ja auch eine große Quelle von möglichen Missverständnissen und Fehldeutungen. Also die Krankenrolle kann auch ganz anders definiert sein in, ja vielleicht in ländlichen Gebieten, wo das Bildungsniveau nicht so hoch ist. Das birgt schon viele mögliche Missverständnisse.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*

Eine weitere Herausforderung, die von den Mitarbeiter/innen im Zusammenhang mit kulturellen Unterschieden thematisiert wird, bezieht sich auf die Eigenmotivation, die die Rehabilitanden/innen während der Maßnahme einbrächten. Von den Befragten wird geäußert, dass sich deutsche und vor allem ältere, türkische Rehabilitanden/innen in ihrer Eigeninitiative unterschieden. Während Nichtmigranten/innen von den Befragten als eher aktiv bei der Be-

wältigung ihrer Einschränkungen beschrieben werden, wird bei türkischen Migranten/innen eine passive Therapiehaltung betont. Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft werden zudem von den Befragten als eher energielos eingestuft.

- *„[...] so richtig viel gefragt wird auch nicht. ‚Es wird irgendwann vorbei sein, macht es weg, macht was, macht es hier vorbei und dann sagt mir, das ist gut ist.‘ [...] also deutsche Patienten fragen ‚Was darf ich denn in den ersten Wochen nicht machen oder was soll ich als Nachsorge machen‘. Reha-Nachsorge ist etwas, kann ich mich nicht entsinnen, dass ich das bei türkischsprachigen Patienten der älteren Generation jemals an den Mann oder an die Frau gebracht hätte. Bei den Jüngeren kein Thema [...] die Älteren ne, wenn hier fertig, dann fertig. [...]“ (Arzt, 49)*
- *„Und ansonsten denken wir, liegt eine Schwierigkeit echt, auch wieder gerade bei türkischen Frauen, das kann ich jetzt für die Männer gar nicht mal so sagen, [...] echt immer so in der Passivität. [...], die machen irgendwie somit wie sie meinen.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*
- *„Das ist ganz selten dass da mal jemand so halt aktiv irgendwas einfordert oder irgendwas aktiv wissen möchte. Das kommt gar nicht so vor. Es ist alles akzeptiert hier, was wir so bieten, [...] und da picken sie sich dann das raus, was sie brauchen können [...].“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*

Darüber hinaus weisen die Mitarbeiter/innen darauf hin, dass sich häufig die Versorgungserwartungen und die Forderungshaltung insbesondere gegenüber Ärzten/innen von türkischen Migranten/innen und Nichtmigranten/innen unterscheiden. Die gehobenen Versorgungswünsche türkischer Rehabilitanden/innen gingen dabei oftmals mit einer erhöhten Anforderung für die Mitarbeiter/innen einher.

- *„Das ist so was wie eine Autoritätsgläubigkeit oder so eine Koryphäenhoffnung [...], ‚So ich bin jetzt hier und ich mach alles was du sagst und dann wird es hoffentlich gut.‘ [...] Ich hab manchmal den Eindruck, [...] als ob die sich wirklich unter mich stellen. Als ob es da so eine Hierarchie gäbe und so ein bisschen Lehrerin-Schülerin Verhältnis da ist. ‚Ich geb mich ganz hin, ich mach alles so wie du es sagst und dann muss es aber auch gut werden.‘“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*
- *„[...] sie fordern auch [...], dass sich mal jemand um sie kümmert, sich ihrer annimmt, ihren Schmerz auch wahrnimmt und das sie gehört werden.“ (Krankenschwester, 53)*
- *„Das ist ja doch schon ein bisschen aufwendiger, als wenn ein deutscher Patient kommt. Der Versorgungswunsch ist doch ein bisschen größer.“ (Gesundheits- und Krankenpflegerin, 40)*

Eine kulturelle Besonderheit, die im Gespräch thematisiert wird, ist der familiäre Zusammenhalt. Es wird geäußert, dass durch den Einbezug von Familienmitgliedern bei Untersuchungen und Gesprächen oftmals wichtige Dinge unausgesprochen blieben.

- *„[...] dass eben viel die Familie drinnen ist. Dass die viel anrufen die Angehörigen, sich Sorgen machen. Also schon eher dahinter her sind auch Besuche, ne das ist schon eher, dass da die Familie so hierher kommt und sich einfach gegenseitig auch unterstützen, unwahrscheinlich viel.“ (Krankenschwester, 51)*
- *„Wir versuchen schon Aufnahmeuntersuchungen wirklich mit dem Rehabilitanden in Vieraugengesprächen zu machen, auch wenn Ehepartner da manchmal schwer beleidigt sind, weil da manches zur Sprache kommt, was sonst nicht kommen würde. Das ist gerade wenn es Sprachbarrieren gibt oder einen sehr starken familiären Zusammenhalt gar nicht möglich.“ (Arzt, 49)*

Zudem ergänzt eine Mitarbeiterin, dass für türkische Frauen, die verheiratet wurden, die Situation durch die kulturell verwurzelte, familiäre Bindung auch problematisch werden könne und diese Probleme nur schwer für die Behandelnden zu klären seien.

→ *„Was auch bei den Biografien oft deutlich wird, ist Verheiratung. Und die Familie spielt eine große Rolle. Manchmal auch nicht unglücklich verheiratet, aber wenn unglücklich dann eben auch, also auch von Männern die Situation, dass das irgendwann hochproblematisch wird. Und für uns dann auch so schwer eine Lösung zu finden, nicht. Weil wir da einfach eine andere Denkweise haben.“ (Ärztin, 56)*

Als schwierig wird der Zugang zu türkischen Frauen insbesondere in psychotherapeutischen Sitzungen beschrieben. Einer Mitarbeiterin zufolge fehle den türkischen Rehabilitandinnen oft das Vertrauen, um sich öffnen zu können.

→ *„[...] der kulturelle Hintergrund [...] ist ja auch oft sehr wichtig. Dass Patienten manchmal gar nicht das Vertrauen haben, wenn da jetzt eine deutsche Psychologin gegenüber sitzt. Dass die das überhaupt verstehen könnte. Sich gar nicht öffnen, oder wenig.“ (Dipl.-Psychologin, 40)*

Erhöhte Anforderungen bei der Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse werden von den Befragten speziell bei der Versorgung von türkischen Frauen erlebt. Schwierigkeiten ergäben sich beispielsweise bei Therapien im Bewegungsbad, die von älteren türkischen Frauen in gemischten Gruppen abgelehnt werden.

→ *„[...] in der Physiotherapie, ist immer unterschiedlich wie gläubig derjenige ist. Also müssen wir natürlich erst mal alles verbarrikadieren [...].“*

→ *„Aber oft ist auch so die Damen, Frauen wollen nicht durch männliche Therapeuten behandelt werden. [...] Die wollen auch oft nicht in Bewegungsbad gehen. Weil da ist, die junge ‚doch‘, aber die ältere Damen sagen ‚nein, ich gehe da nicht rein ins Bewegungsbad, da sind Männer‘.“ (Physiotherapeutin, 55)*

Derartige kulturbedingte Probleme werden von den Befragten jedoch immer weniger erlebt. Als Hürde wird eher eine schlechte Bildung der Migrantinnen thematisiert.

→ *„Auch in der Therapie finde ich auch, dass es eher weniger wird. Auch so Sachen wie Bewegungsbad, Bekleidung oder Männer-Frauen und so. Das war früher häufig Thema hier und wird, also gefühlt auf jeden Fall, deutlich weniger.“ (Physiotherapeut, 41)*

→ *„Und ich denke gerade mal, wenn es Hürden gibt, dann sind das nicht kulturelle, sondern dann sind das bildungs. Das ist einfach nur Bildung.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 53)*

Positiv wird der Umgang türkischer Migrantinnen untereinander bewertet. Durch die kulturelle Offenheit würden neuangereiste türkische Rehabilitanden/innen mit Sprachbarriere schneller in Gruppen integriert und könnten sich schneller in der Einrichtung orientieren.

→ *„[...] Die sind ganz anders füreinander da. Die sind viel leichter füreinander da und das passiert in der Regel ganz, ganz schnell. Dadurch das wir ja auch offene Aufenthaltsräume haben, wo sich die Patienten immer wieder auch in Gruppen zusammen finden, kommen neuangereiste Patienten, die eben eine Sprachproblematik haben ganz schnell auch in den Fluss, in den Alltag hier rein, und in den Therapiealltag rein und das passiert häufig ohne dass wir uns groß anstrengen müssen. Und dass diese Gruppen dann auch zusammen bleiben ist klar.“ (Gesundheits- und Krankenpflegerin, 40)*

Umgang mit kulturbedingten Herausforderungen

In der Therapieplanung würden die Bedürfnisse der Rehabilitanden/innen beispielsweise nach gleichgeschlechtlichen Behandelnden weitestgehend berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse werde von den Befragten als wichtig erachtet, um das individuelle Therapieziel zu erreichen.

- ➔ *„Und so was wie gleichgeschlechtliche Behandlung, [...] also wenn da irgendwie ein Gefühl ist, dass das gewünscht ist, wird das eigentlich auch immer berücksichtigt. Also in der Therapie, das ist dann ganz schnell auch klar und wird sofort weitergeben.“ (Ergotherapeutin, 47)*
- ➔ *„Das muss man dann so machen, denn sonst kann man ein Therapiekonzept oder Therapieziel auch nicht erreichen. Man kann ja dann nicht sagen bei uns gibt es nur das und ansonsten geht gar nichts. Sondern muss dann schon, oder machen wir auch so, dass wir dann schon individuell den Plan anpassen.“ (Ärztin, 40)*

Auch die kulturellen Bedürfnisse hinsichtlich der Ernährung würden den Befragten zufolge in den Einrichtungen wahrgenommen und berücksichtigt. So berichtet ein Mitarbeiter, dass bei den Aufschnittplatten darauf geachtet werde, dass das Schweinefleisch nicht neben dem Rindfleisch liegt. Nach Auffassung der Mitarbeiter/innen kämen die Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund mit dem Menüangebot in dieser Form sehr gut zurecht. Auch die Flexibilität bei der Bereitstellung von Sonderkost wird betont.

- ➔ *„Sie können sich das Menü zwischen vier wählen, da sehen sie ja wo Schwein ist, dass sie das nicht nehmen und die Aufschnittplatten sind so, dass das Schwein nicht neben dem Rindfleisch liegt, oder so. Weil wenn das ist, dann ist es eine Katastrophe. Dann ist es wirklich so gefühlt, als wenn man sie umbringen wollte, so unrein ist das und so schrecklich. Weil manchmal in seltenen Fällen fragen sie: ‚Das können sie doch nicht machen, das können wir nicht essen‘. Dann sag ich: ‚Nein, alles gut, da wird getrennt‘. Das ist normal geworden, da muss man nicht mehr extra so das sagen, sondern die kommen wunderbar so durch und können sich selber aussuchen was sie jetzt essen wollen oder nicht. Also so sehr hat sich das verwandelt.“ (Hausdame, 54)*
- ➔ *„Der Speisesaal ist da sehr flexibel. Da kann man auch Spezialkost vereinbaren und das wird dann auch entsprechend angeboten. Das ist kein Problem.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*
- ➔ *„Es wird mit Sicherheit versucht darauf einzugehen. Also es geht ja so weit, dass manchmal wirklich die Küche losfährt und einzelne Lebensmittel besorgt.“ (Arzt, 55)*

Als Voraussetzung zur Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse müssen die Bedürfnisse jedoch bekannt sein. Eine Mitarbeiterin schildert, dass der beste Weg sei, den Rehabilitanden/innen direkt anzusprechen. Nur durch den Austausch und wiederholtes Nachfragen könnten Barrieren abgebaut und eine Basis für die Therapie geschaffen werden.

- ➔ *„Gerade wenn es ums Thema Speisesaal geht, dann frage ich direkt und sage: ‚Müssen wir was berücksichtigen, sollen wir was berücksichtigen?‘. Weil ich das nicht wissen kann, also man ist natürlich drauf angewiesen, dass man es dann auch im Gespräch klären kann. [...], aber ich denke diejenigen, die zu uns kommen es zum Teil auch selber ansprechen, [...]“ (Ärztin, 40)*
- ➔ *„[...] was wir früher viel hatten, ‚der spricht nicht gut Deutsch, mit dem kann ich nicht arbeiten, der hat einen anderen kulturellen Hintergrund das verstehe ich nicht.‘ So und das ist doch auch oft die Abwehr des Therapeuten ist, also das der dann manchmal wegen der Sprache oder auch weil das so schwierig ist sich da manchmal hinein zu denken oder zu fühlen, dass das auch unsere Ab-*

wehr ist. Und daran haben wir dann auch versucht zu arbeiten und zu sagen ‚dann frag doch, wenn du es nicht verstehst, frag‘. ‚Und frag nochmal, und nochmal und nochmal‘ und wenn man eben viel fragt, dann hat man plötzlich irgendwie auch eine Öffnung, wo dann plötzlich auch so eine Wertschätzung entsteht oder eine Nähe entsteht. Oder dass man sagt ‚das verstehe ich jetzt nicht, erklären sie es nochmal‘ [..].“ (Ärztin, 56)

Zur Unterstützung der Mitarbeiter/innen im Umgang mit verschiedenen Migrationsgruppen, wurde in einer Einrichtung bereits eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit Migrationsbelangen beschäftigt.

→ *„Also was, also wir haben uns einfach mal intensiver beschäftigt mit diesem Thema Migration, auch diese verschiedenen Integrationsformen [..].“ (Ärztin, 56)*

Im Allgemeinen betonen die befragten Mitarbeiter/innen, dass unabhängig vom Migrationshintergrund für jede/n Patienten/in individuelle Lösungen zur Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse gesucht würden. Die Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse sei jedoch immer von personellen Ressourcen abhängig.

→ *„[...] ich finde, dass wir schon sehr gut reagieren können, wenn die Patienten danach fragen. Sei es jetzt z.B. Feiertage, wenn Ramadan ist oder Zuckerfest ist, oder diese ganzen Feiertage, da kann man schon gut hier im Haus drauf reagieren. Das tun wir auch.“*

→ *„Das wir schon gucken, je nach Wünschen, inwieweit ist es umsetzbar und ist es auch fachlich können wir das unterstützen, dass wir dann gucken, ob wir das umsetzen oder nicht.“ (Gesundheits- und Krankenpflegerin, 40)*

Aufgrund der Heterogenität der Rehabilitanden/innen versuchen die Befragten bei der Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse eine neutrale Position einzunehmen. Hierdurch solle dem Gefühl der Bevorzugung bzw. Benachteiligung mancher Gruppen und somit Konflikte zwischen den Rehabilitanden/innen vorgebeugt werden.

→ *„Es gibt ja unterschiedliche religiöse Richtungen. Und wenn wir versuchen, den einen Teil zu verstärken, würden wir in einen Konflikt geraten. Deswegen versuchen wir, das ist ja auch wichtig, dass wir auf der neutralen Ebene bleiben und jeden einzeln, der bestimmte Wünsche hat, gucken, wo ist ein Rahmen, wo der das selbst für sich auch machen kann. So und nicht von außen das rausgeben, dann würden wir einen Konflikt kriegen.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 35)*

Darüber hinaus wird betont, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse nicht die Integration des/r Rehabilitanden/in in die Therapiegruppen behindern dürfe. Entsprechend wird von einer Mitarbeiterin geäußert, dass es wichtiger sei Rehabilitanden/innen mit Sprachbarrieren in Gruppen zu therapieren - auch wenn weniger verstanden wird - als diese durch Einzeltherapie auszugrenzen.

→ *„[...] Oder auch, dass wir gesagt haben, die Leute sollen in den Gruppen bleiben, gerade nicht ausgrenzen, drinnen bleiben, auch wenn sie nichts verstehen, dann müssen sie sich eben hinterher nochmal unterhalten. Das hat sich auch bewährt eigentlich. Also das wir so versucht haben zu sagen wir probieren eben was geht [..].“ (Ärztin, 56)*

Von den Befragten wurde generell im Umgang mit anderen Kulturen Sicherheit signalisiert. In manchen Situationen wird der Kontakt zwar als Herausforderung beschrieben, allgemein

werden jedoch keine Hemmungen gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund geäußert.

- ➔ *„Ich fühl mich, immer mehr Migranten, Ausländer, das ist nichts Außergewöhnliches mehr. Das ist irgendwo ist man da geschulter geworden und sicherer und hat da keine Hemmung irgendwo. Ich glaube wenn man in dem Bereichen arbeitet, mit Menschen zusammen, dann ist man sowieso offen für Hilfe, für Auseinanderzugehen [...].“ (Krankenschwester, 53)*

Schwierigkeiten mit Mitrehabilitanden/innen

Auseinandersetzungen mit Mitrehabilitanden/innen kommen nach Aussage der Befragten eher selten vor. Grund für Konflikte seien in erster Linie rassistische Äußerungen, die von deutschen Rehabilitanden/innen gemacht werden. Oftmals sind die Mitarbeiter/innen in diesen Situationen ratlos.

- ➔ *„[...] Neulich hatten wir [...] eine Situation, wo so ein türkisches Ehepaar dann auch so abgelehnt wurde von den Deutschen. [...] wo wir dann auch so ein bisschen ratlos waren, was wir da machen sollten. Die sich dann eben getrennt haben in Sitzgruppen. Aber das ist selten. Das war schon extrem [...].“ (Ärztin, 56)*
- ➔ *„[...] Das eine Mal war es ein Konflikt gewesen um die Fernsehräume. Da gab es plötzlich eine Rückmeldung der deutschen Patienten, dass zu viele türkische Programme laufen. [...] Und dann haben deutsche Patienten ein Schild hingehängt "nur für Deutsche". Das war die einzige rassistische Äußerung, die mir in diesen fünf Jahren eigentlich untergekommen ist von den Deutschen [...].“ (Arzt, 53)*

Die Befragten schildern vornehmlich, dass Rehabilitanden/innen ohne Migrationshintergrund über kulturelle Besonderheit wie Kaftane im Bewegungsbad irritiert seien oder sich dadurch unwohl fühlten.

- ➔ *„Also ich kann vom Bewegungsbad berichten, wenn dann halt mit gewissen Bekleidungen ins Bewegungsbad das führte dann schon häufig zu Fragen, Blicken oder auch offenen Fragen. Und das ja ist halt einfach ungewohnt für viele andere Patienten. Da kommen schon Fragen.“ (Physiotherapeut, 41)*

Um Konflikte zwischen Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund vorzubeugen, werden von den Befragten verschiedene Strategien geschildert. Dazu gehört, dass Rehabilitanden/innen anderer Herkunft durch gemischte Gruppen integriert werden.

- ➔ *„Als wir vor Jahren [...] 40 türkische Patienten mal hatten, da gab es Konflikte. [...], das war dann halt eine sichtbare große Gruppe, [...] dann gab es Konflikte, dass von den anderen Rehabilitanden gesagt wurde ‚ich wusste gar nicht, dass ich nach Istanbul gekommen bin‘ und solche Sprüche gab es schon mal. Aber seit dem wir das auch so ein Stück begrenzen und das so integriert haben, dass die dann gemischt werden. Es gibt sicherlich einzelne, aber so insgesamt habe ich jetzt keine Beobachtung.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 35)*
- ➔ *„[...] integrieren in den Gruppen und jetzt keine Spezialangebote. [...]. Und das ist eigentlich glaube ich besser.“ (Arzt, 56)*

Generell wurde von den Befragten festgestellt, dass es einen guten Austausch zwischen Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund gebe und dass die Patienten/innen sehr gut miteinander zurechtkämen.

- „Ich finde auch gerade bei unseren Gruppenpatienten ist der Austausch schon da zwischen Migranten und Deutschen. Also wenn die zusammen in einer Gruppe sind, dann machen die auch mal was in der Freizeit zusammen“. (Physiotherapeut, 41)
- „Hier finde ich die Patienten kommen generell sehr gut mit den anderen Patienten zurecht.“ (Ergotherapeutin, 22)

3.5.5 Migrationssensibilität

3.5.5.1 Ergebnisse aus NRW

Bestehende Konzepte

In einigen Kliniken werden bereits individualsensible Versorgungsangebote zur Verfügung gestellt. So werden beispielsweise in allen vier Kliniken Menüs ohne (Schweine-)Fleisch angeboten. Die Mitarbeiter/innen berichten, dass insbesondere auf die religiösen Wünsche der Rehabilitanden/innen, wenn es sich einrichten lässt, eingegangen werde, als Beispiele werden das Ramadan-Fasten und das Freitagsgebet genannt. In einigen Kliniken werden gleichgeschlechtliche Gruppenangebote organisiert, in denen geschlechtsspezifische Probleme und andere Themen besprochen werden könnten. Auch werden in den meisten Kliniken Informationsbroschüren und Hausordnungen in verschiedenen Sprachen angeboten. Eine/n Mitarbeiter/in, der/die sich um die speziellen Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund kümmert, hatte eine der vier Kliniken. In Kliniken, in denen bereits migrationssensible Konzepte oder Elemente bestehen, würden, den Befragten zufolge, diese auch gerne von den Rehabilitanden/innen in Anspruch genommen.

- „Wir haben bei Ramadan-Fasten, wir haben einen Patienten gehabt, der hat fasten gemacht, der hat sein Essen gekriegt, wann er wollte.“ (Arzt, 40)
- „Es besteht auch die Möglichkeit, zumindest bei uns in der Psychosomatik, dass die Patienten zum Freitagsgebet gehen können und auch beten.“ (Psychologe, 33)
- „Wenn eine türkische Patientin sagt: ‚Ich kann nicht zur Massage, weil ich möchte das nur, wenn das eine Frau macht‘, dann ist auch ok. Dann wird das auch so eingerichtet, dass das eine Frau macht.“ (Psychologisch-technische Assistentin, 44)
- „Wir haben eine spezielle Frauengruppe, nur aus Patientinnen, wo nur Frauen dran teilnehmen können. Wo dann auch nur frauenspezifische Themen behandelt werden.“ (Psychologe, 33)
- „Wir haben einen türkischen Mitarbeiter, der sich um die besonderen Belange kümmert.“ (Psychologe, 33)

Bewertung und Stellenwert migrationssensibler Versorgungskonzepte

Die Meinungen der Befragten bezüglich des Stellenwertes von migrationssensibler Versorgung gehen weit auseinander. Der Großteil der Befragten sieht durchaus einen Zusammenhang zwischen dem Rehabilitationserfolg und der Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Bedürfnissen. Den Aussagen dieser Mitarbeiter/innen zufolge könne die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund effektiver sein, wenn die Versorgung migrations-sensibel gestaltet wird. Den Psychologen/innen nach sei die Rücksichtnahme auf persönliche Bedürfnisse, wie beispielsweise religionsspezifische Aspekte, Teil der Behandlung und ist daher zwingend notwendig.

- ➔ *„Naja, zumindest können sie effektiver gemacht werden für die Patienten mit Migrationshintergrund.“ (Psychologisch-technische Assistentin, 52)*
- ➔ *„Also ich denke schon. Dadurch wird ja auch ein Vertrauensverhältnis hergestellt. So eine Akzeptanz. Und das ist ja gerade, wenn ich die Sprache nicht so gut beherrsche immer so, dann ist es mit großer Angst und Vorsicht zu genießen und wenn ich dann so merke: Die wollen mir was Gutes, weil sie auf meine Bedürfnisse Rücksicht nehmen, dann wird auch diese Schwelle niedriger.“ (Sozialarbeiter, 57)*
- ➔ *„Und dass die Frauen sich wohler fühlen, wenn sie von Frauen behandelt werden. Das würde ich persönlich auch wichtig finden.“ (Sportwissenschaftlerin, 42)*
- ➔ *„Es ist ja auch Teil auch der Erkrankung, auch Teil des Krankheitsbildes und daher ist es auch Teil der Behandlung und des Therapiekonzeptes.“ (Psychologin, 32)*
- ➔ *„[...] dass bestimmte Krankheiten in der Religion einfach verankert sind. Dass man aufgrund der Religion bestimmte Krankheiten für sich gar nicht akzeptieren will oder kann [...] und dass man das halt mitberücksichtigt und dann darauf eingehen kann und teilweise auch davon loslösen kann [...] ich werde geprüft, ich habe eine Strafe oder ich habe ein schlechtes Auge auf die Nachbarn geworfen oder den Neid der anderen auf mich gezogen. Das spielt alles eine wichtige Rolle.“ (Psychologe, 33)*

Während die meisten Mitarbeiter/innen eine migrationssensible Versorgung für sinnvoll oder notwendig halten, erklärten einige der Befragten, dass migrationssensible Versorgungskonzepte ihrer Meinung nach nicht zielführend seien. In einer Klinik haben sich die Mitarbeiter/innen intensiv mit dem Sinn von rein türkisch- oder arabischsprachigen Stationen auseinandergesetzt. An dieser Stelle der Befragung wurde der Begriff Migrationssensibilität häufig in Verbindung mit Integration gebracht und kritisch diskutiert. Ein Mitarbeiter spricht in diesem Zusammenhang auch von der Wirksamkeit der Reha-Maßnahme bei türkischen Rehabilitandinnen.

- ➔ *„Warum brauchen wir die? Es gibt keinen Grund, die sind ja hier als Migranten um sich zu integrieren. Die abzugrenzen, sie auszugrenzen, sie ins Ghetto zu sperren halte ich für den falschen Weg. Wir wollen versuchen sie wie jeden anderen auch zu behandeln und nicht Grenzen zu schaffen, ansonsten baue ich eine Grenze.“ (Arzt, 58)*
- ➔ *„Das würde ja eine Differenzierung bedeuten, irgendwie, diejenigen zusammen zu fassen, besonders zu behandeln .. mal davon abgesehen, dass ich das auch problematisch finde, weil das ja auch eine Art von Diskriminieren heißt.“ (Psychologe, 56)“*

- ➔ *„Patienten drei von vier werden komplett versorgt, mit psychologischen, mit alles dann geht nach Hause und hat jeder die alte Geschichte. Und diese drei von vier sind um sonst. Lohnt es zu machen, lohnt es nicht zu machen? Für mich lohnt es nicht. Geht nach Hause und darf überhaupt nicht erzählen, was hat sie gehört und was hat sie nicht gehört.“ (Arzt, 40)*

3.5.5.2 Ergebnisse aus SH

Bestehende Konzepte

Von den Befragten werden keine konkreten Konzepte für türkische Migranten/innen vorgestellt. Jedoch wird betont, dass die Einrichtungen sehr flexibel auf individuelle Bedürfnisse reagierten.

- ➔ *„Also nein wir improvisieren am Fall. Wir sind glaube ich in der Region ganz gut vernetzt, sodass wir oft auf andere Berufsgruppen auch nach Reha zugreifen können [...], wenn das gewollt ist. Aber Konzept würde ich das nicht nennen.“ (Arzt, 49)*
- ➔ *„Also ich glaube wir behandeln hier wirklich alle gleich und [...] wenn es nicht passt dann basteln wir um.“ (Physiotherapeutin, 34)*
- ➔ *„[...] man kann [...] sicherlich solche Sachen, aber in das bestehende Konzept integrieren. Wir würden kein neues machen, sondern wir sagen ‚Ok, Sie haben die und die persönlichen Vorlieben und Interessen‘ und wir versuchen die umzusetzen.“ (Arzt, 55)*

Von einigen Mitarbeiter/innen wird darüber hinaus geäußert, dass ein spezielles Klinikkonzept für türkische Rehabilitanden/innen nicht erforderlich sei. Als Grund wird angegeben, dass das vorhandene Klinikkonzept gleichermaßen für alle Rehabilitanden/innen - mit und ohne Migrationshintergrund - greife.

- ➔ *„Das funktioniert genauso gut für Deutsche wie für Leute mit Migrationshintergrund. Der Ablauf, der Klinikablauf funktioniert ja gut.“ (Arzt, 55)*
- ➔ *„Ich habe noch keinen gesehen, der hier nicht zu Recht gekommen ist. [...] die sind alle auch mit einem guten Behandlungserfolg und zufrieden wieder weggegangen. Oder sie sind am 2. Tag abgereist.“ (Arzt, 55)*

Ogleich nach Angaben der Befragten keine migrationssensiblen Konzepte implementiert seien, würden dennoch verschiedene Maßnahmen für türkische Rehabilitanden/innen in den Einrichtungen umgesetzt. Dazu gehören u.a. Informationsflyer und Handouts der Vorträge in verschiedenen Sprachen.

- ➔ *„Wir haben ja die Flyer in verschiedenen Sprachen. Das man also die Inhalte schon dann zumindest teilweise dann eben nachlesen kann in der Muttersprache.“ (Arzt, 56)*
- ➔ *„[...] Also wir haben viele Vortragsveranstaltungen. Wie viel sie davon profitieren wissen wir nicht. Deswegen haben wir so bei den wichtigsten Vorträgen, wo wir den Eindruck haben da sind die meisten, da haben wir eben diese Handouts gemacht [...].“ (Ärztin, 56)*

Die Befragten weisen allerdings darauf hin, dass die Informationsmaterialien kaum von den Rehabilitanden/innen genutzt würden.

- „Ich musste es noch nicht einmal nachkopieren. Und wir haben das jetzt 1 1/2 Jahre. Also als wenn der Bedarf gar nicht da ist, sich darüber zu informieren. Es ist so als wenn da eine Blockade ist. Das ist wohl nicht üblich, oder vielleicht nützt es auch nichts.“ (Hausdame, 54)

Weitere Angebote, die in einigen der befragten Einrichtungen speziell für türkische Rehabilitanden/innen durchgeführt würden, umfassen eine türkische Entspannungsguppe, eine türkische Frauensauna und eine türkische Schwimmgruppe.

- „Also eine türkischsprachige Entspannungsguppe, die sehr gut ankommt. Gruppentherapie und Einzel.“ (Dipl. Psychologin, 31)
- „Die Bewegungstherapie bietet türkische Frauensauna an und türkische Schwimmgruppe.“ (Gesundheits- und Krankenpflegerin, 40)

Zur Unterstützung der Rehabilitanden/innen werden von den Mitarbeiter/innen auch weiterführende Beratungen und Ansprechpartner/innen recherchiert und die Patienten/innen bei der Antragstellung oder Überführung in eine passende Nachsorgegruppe unterstützt.

- „[...] was ich dann mache ist, dass ich eben sehr genau aufschreibe, wo man weiter Unterstützung bekommt. Das man guckt, wie kann man es vernetzen, wenn es um irgendwelche Antragsstellungen geht. Wer kann mir da weiterhelfen, wenn es um weitergehende Beratung geht, wo kann ich hingehen. Und dass man das dann auch wirklich aufschreibt. Ganz genau ihnen mitgibt.“ (Sozialpädagogin, 45)
- „[...] Also wir wissen genau, welche Tagesklinik in Hamburg und Berlin noch ein türkischsprachiges Programm haben. Nicht viele, aber wir wissen es. Aber natürlich sind auch die türkischsprachigen Kollegen bekannt, [...] oder Frauengruppen hauptsächlich. Und da können wir auch sehr gut auf die letztendlich Kenntnisse von unseren Therapeutinnen zurückgreifen.“ (Arzt, 53)
- „Also wenn es um die Psychiatrie geht dann haben wir auch eine Kooperation mit (Klinik), auch mit der Station auch mit der türkischsprachigen dann. Dann kontaktieren wir die und dann ja gucken wir, was wir tun können. Und im (Gebiet) gibt es auch einige, wo wir mit kooperieren. Auch was die Nachsorge betrifft.“ (Psychologische Psychotherapeutin, 35)

Auch wenn verschiedene Maßnahmen zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse von den Einrichtungen ergriffen werden, wird betont, dass türkische Rehabilitanden/innen möglichst in den Gruppen belassen würden, um einer Ausgrenzung vorzubeugen. Dieses integrative Vorgehen habe sich den Angaben der Befragten im Klinikalltag bewährt.

- „Was sich bewährt hat ist eben, dass wir sie eben alle mit in die Gruppen reinnehmen. Versuchen nicht jetzt die rauszunehmen, Einzelanwendungen, sondern möglichst drin lassen. Das klappt ganz gut, auch wenn sie manchmal nicht alles verstehen.“ (Arzt, 56)
- „Aber man muss auch aufpassen, dass man nicht diese Patienten stigmatisiert. Dass sie so in Spezialgruppen kommen und abgesondert werden von den anderen Patienten. Schon mit anderen zusammen.“ (Arzt, 60)
- „[...] Und ich bin auch ein bisschen zwiespältig, weil ich das auch integrationsmäßig sehr gut finde, da auch diese Gruppen zu mischen. Und eben nicht sie rauszunehmen und alles gesondert zu machen. Und auch zu sehen, können sie vielleicht doch auch Deutsch sprechen und mit den anderen Mitpatienten in Kontakt treten. Sofern wir sie immer rausnehmen. Also ich denke, da so eine bunte Mischung hinzukriegen, würde ich schon weiterhin befürworten.“ (Ergotherapeutin, 42)

Als hilfreich für die eigene Arbeit wird in einer Einrichtung die Implementierung einer Migrations-AG, die sich mit dem Thema Migration beschäftigt, bewertet. Durch den Austausch erfahren und lernen die Mitarbeiter/innen mehr über unterschiedliche Kulturen und können diese Informationen in ihrer Arbeit einfließen lassen.

→ „Was ich eben total schön finde, dass es hier diese Migrationsgruppen AG gibt und einfach Themen dazu regelmäßig wieder angeschaut werden und es einfach ein Forum gibt. Und ich wirklich den Eindruck habe, dass sich da in den letzten, in der letzten Zeit sich total minimiert hat von der Problematik her.“ (Hausdame, 54)

Es würden auch Ansätze verfolgt, die eine direkte Ansprache und Erfassung von Versorgungswünschen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund vorsehen. Der unmittelbare Austausch mit den Patienten/innen zur Erhebung verschiedener kulturtypischer Informationen wird von den Befragten als wichtig erachtet.

→ „Wir hatten uns jetzt von der Migrations-AG auch nochmal dazu entschlossen nochmal genauer nachzufragen, ob sie irgendwas Spezielles. [...] wir haben gesagt, wir treiben es mal auf die Spitze und fragen die Betroffenen selber. Sozusagen, ob es etwas gibt, was sie sich wünschen.“ (Ärztin, 56)

→ „Also einige haben auch eine Landkarte und wenn jemand kommt aus dem anderen Land dann sagt sie ‚Wo kommen Sie denn jetzt her?‘ und dann wird geguckt und ‚Aha, wie ist das Wetter da?, was ist da eigentlich los?, Und was ist die Spezialität dieses Landes?‘. [...] und das ist natürlich auch spannend. Also ich merke auch, dass wir neugieriger werden. Also mich packt das dann auch immer so ‚Wo kommen Sie her und wo ist das genau und wie lebt man und so?‘ Also dass das für uns einfach immer mehr so was ist, wo wir sagen, das ist was Bereicherndes. Ich habe eher das Gefühl gehabt früher war es so ‚oh Gott‘ nach dem Motto, ‚oh ne, mit denen kann man nicht sprechen‘ und so. Es ist irgendwie ein bisschen anders geworden. Da haben wir uns verändert auch.“ (Ärztin, 56)

Bewertung und Stellenwert migrationssensibler Versorgungskonzepte

Die Berücksichtigung des jeweiligen Migrationshintergrundes der Patienten/innen während der Rehabilitation wird von den Befragten als selbstverständlich erachtet. Auch im Sinne der Zielerreichung und für den erfolgreichen Abschluss der Reha-Maßnahme wird eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung als erforderlich angesehen.

→ „[...] wenn man eben weiß, der Mensch hat als Wert ganz, ganz viel aus dem religiösen Bereich oder aus dem kulturellen Bereich. Dann muss man das ja berücksichtigen. Also ich finde das eigentlich selbstverständlich.“ (Ergotherapeutin, 27)

→ „Das ist wichtig. Also auf jeden Fall. Das lässt sich nicht einfach so ausblenden. Also ist ja eine ganze Lebensgeschichte oft. Die dann ja integriert werden muss irgendwie auch, finde ich.“ (Dipl.-Psychologin, 40)

→ „Wer Reha-Ziele erreichen will geht es glaube ich auch gar nicht anders. Da kann man ja nicht einfach über den Kopf hinweg unseren Stiefel durchziehen, das wird nicht funktionieren.“ (Sozialpädagogin, 45)

Auch hinsichtlich des Wohlbefindens, das sich ebenfalls im Erfolg der Maßnahme niederschlägt, wird der Einbezug des Migrationshintergrunds bei Rehabilitanden/innen mit türkischer Herkunft von den Befragten als sinnvoll erachtet.

→ *„Also unterm Strich ist ja sicherlich auch der gesamte Behandlungserfolg zu einem gewissen Anteil zumindest von dem Wohlbefinden abhängig das jemand hat und das steht damit ja in direktem Zusammenhang. Also macht natürlich Sinn das so, sicherlich ist das auch irgendwo eine Kosten-Nutzen-Rechnung, die man da aufmachen muss, aber klar macht das Sinn, da in die Richtung irgendwie tätig zu werden.“ (Arzt, 32)*

Überdies sehen die Teilnehmer/innen die Berücksichtigung des Migrationshintergrunds als Voraussetzung an, um eine Bindung zum Patienten aufbauen zu können.

→ *„Ich denke manchmal ist das die Voraussetzung um überhaupt diejenigen zu erreichen und vielleicht auch Erfolg zu haben mit den Therapien. Manchmal ist der Stolperstein, aber wenn es dann kein Ergebnis gibt.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*

Entsprechend betonen die Befragten, dass neben der Behandlungskompetenz auch kulturelle Kenntnisse zur Behandlung und Therapierung insbesondere von gläubigen Rehabilitanden/innen benötigt werden.

→ *„Ja oder auch, wenn es um eine psychotische Erkrankung geht oder aufgrund des Glaubens an Geister, wo Geister auch gesehen werden, diese Abgrenzung zwischen Erkrankung und kulturell bedingten Erleben ist glaube ich schon wichtig, dass man da Kenntnisse drüber hat. Also ich könnte jetzt nicht sagen, dass ich morgen in Japan, auch wenn ich die Sprache sofort sprechen könnte, Patienten behandeln könnte, weil mir so viel an kulturellem Wissen fehlt, dass ich so überfordert wäre.“ (Dipl. Psychologin, 31)*

Dennoch wird von den Befragten die Integrationsbereitschaft türkischer Rehabilitanden/innen erwartet und als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation angesehen.

→ *„Ich persönlich hab eine etwas andere Einstellung. Ich denke, wenn jemand nach Deutschland immigrieren möchte, dann muss er sich auch mit gewissen Gegebenheit dieses Landes einfach auseinandersetzen.“ (Arzt, 55)*

→ *„[...] wenn ich irgendwo hingeh, ich kann nicht meine Kultur nur mitnehmen und sagen ‚ich leb so weiter‘, sondern Integration heißt für mich, dass die Leute, die wirklich hierher kommen wollen, eben halt auch eigentlich gewillt sein müssen, auch was zu ändern. Und nicht einfach mit der Vorstellung hierherkommen ‚ich gehe mal Zuhause weg, weil es hier eben halt besser ist, aber alles muss so sein wie Zuhause‘. Das wird nicht funktionieren.“ (Arzt, 55)*

Im Gespräch werden von den Befragten wiederholt Vergleiche zu anderen (Rand-) Gruppen gezogen, für die nach Auffassung der Befragten eine bedürfnisgerechte Versorgung gleichermaßen bedeutsam sein dürfte wie für Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft. Kritisch wurde von einem Befragten die Realisierung flächendeckender Konzepte unter Einbezug der Bedürfnisse dieser Randgruppen diskutiert.

→ *„Ja oder das mit Schweinefleisch. Man achtet ja auch auf Vegetarier. Das ist ja das gleiche eigentlich.“ (Ergotherapeutin, 22)*

→ *„[...] Und hier versuchen wir jetzt [...] ein gutes Konzept, was wir haben eben halt in eine Richtung zu verändern für eine Randgruppe. Ja, es wäre genauso, wenn wir sagen Migranten sind die eine Gruppe, die andere Gruppe, die es vielleicht genauso nötig hat, sind die ganzen Hartz4-*

Empfänger und die Leute, die auf der Straße leben. Ja, ist genau das gleiche. [...] ich denke wir haben gute Konzepte und finde, wenn wir solche Randgruppen haben, die wirklich spezielle Probleme haben, dann werden wir es nicht schaffen, flächendeckend das in Deutschland machen zu können.“ (Arzt, 55)

- *„[...] eine ähnliche Problematik: Contergan-Geschädigte. Ist genau das gleiche Problem. Soll eine Klinik ein Konzept extra für Contergan neu entwickeln? Da gehören dann spezielle Zimmer zu, gehört fast nur Einzeltherapie zu, wenn die chronisch geschädigt sind. Ist ein schwieriges Problem. Ja, auch da sollte man sagen, das wird auch nicht flächendeckend für Deutschland gehen. Das wird ein, zwei, drei gute Kliniken geben, die sagen sie machen eben halt diese Randgruppe ein spezielles Therapiekonzept. Also wir haben auch bei allen deutschen Bürgern Randgruppen, die einfach in ein normales Konzept schlecht reinfallen.“ (Arzt, 55)*

3.5.6 Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Versorgungskonzepte

3.5.6.1 Ergebnisse aus NRW

Um zu erfassen, was der Einführung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten im Weg steht, wurden die Mitarbeiter/innen nach Hürden und Hindernissen befragt. Nachdem den Teilnehmer/innen zunächst die Möglichkeit gegeben wurde, auf diese Frage im Allgemeinen zu antworten, wurden einige im Vorfeld festgelegte Punkte abgefragt.

Finanzielle Ressourcen

Die zentrale Aussage zum Thema „finanzielle Ressourcen“ lautet, dass mit höheren finanziellen Mitteln durchaus mehr für die Rehabilitanden/innen gemacht werden könnte. Migrationssensible Versorgungskonzepte gehen mit einem erhöhten Arbeitsaufwand einher und müssten daher auch zusätzlich finanziert werden. Die Mitarbeiter/innen würden sich für Rehabilitanden/innen, bei denen es notwendig erscheint, auch gerne mehr Zeit für Behandlungen nehmen, was wiederum zu erhöhten Kosten führen würde. In diesem Zusammenhang wird auch von Personalengpässen gesprochen.

- *„Mit mehr Ressourcen könnte man mehr tun.“ (Arzt, 58)*
- *„Wir brauchen einfach mehr Zeit mit dieser Gruppe von Menschen, da reichen die sonst vielleicht üblichen 20 Minuten nicht aus und man muss vielleicht eine Stunde mit diesen Patienten sprechen.“ (Psychologisch-technische Assistentin, 52)*

Strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten

Einigen Mitarbeiter/innen zufolge wäre es teilweise mit hohem Aufwand verbunden, migrationssensible Konzepte in den Kliniken einzuführen. So müssten beispielsweise Dolmetscher/innen für alle Sprachen eingestellt werden. Die Befragten berichten auch davon, dass es schwierig ist, ausgebildete Mitarbeiter/innen zu rekrutieren, die einen Migrationshintergrund haben und sich für Migrationssensibilität in der Einrichtung einsetzen würden. Auch

müssten klinikbezogene Informationsmaterialien übersetzt werden - allgemeine Informationsschreiben seien den Befragten zufolge zu unspezifisch und ungenügend.

- ➔ *„Ist auch ein Problem, professionelle Mitarbeiter zu kriegen, die dann sowohl einen Migrationshintergrund haben als auch die Profession die Arbeiten durchzuführen. Und die dann bereit dazu sind, solche Aufgaben zu übernehmen.“ (Psychologe, 33)*
- ➔ *„Aber wir haben ja auch keine wirklich selbstgestrickten Sachen, wo man dann sagen muss, wo sollen wir das hingeben zum Übersetzen.“ (Sportwissenschaftlerin, 42)*

Fehlender Anreiz seitens der Reha-Träger

Anhand der Aussagen der Mitarbeiter/innen wird deutlich, dass das Thema Migrationssensibilität bisher kaum mit den Kostenträgern besprochen wird. Die Befragten sind sich einig darüber, dass der Kostenträger bei der Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte eine wichtige Rolle spiele.

- ➔ *„Das ist vielen auch nicht bewusst, also, dass das [Migrationssensibilität] ein wichtiger Teil ist. Es kommt immer erst dann raus, wenn man darüber redet, dann kann man das auch besprechen, aber sonst ist das eher etwas, was eher stiefmütterlich behandelt wird.“ (Psychologin, 32)*
- ➔ *„Um einen Schritt weiterzugehen müsste der Kostenträger mitziehen.“ (Psychologe, 33)*

Einige Mitarbeiter/innen kritisieren das Privatisieren von Rehabilitationseinrichtungen. Mit der Privatisierung sei der Faktor der Wirtschaftlichkeit für den Fortbestand von Kliniken entscheidend. Die Wirtschaftlichkeit wiederum schaffe neue Herausforderungen für die Kliniken.

- ➔ *„Kliniken werden ja anhand ihres Tagessatzes gemessen. [...] es sind politische Parteien, die Einfluss nehmen, die sogenannten Lobbyisten. Die dann sagen, wir wollen gar keine öffentlichen Kliniken, wir wollen das alles privatisieren. [...] Die suchen.. sind die wirtschaftlich? Und dann kommt man immer wieder aufs Geld zu sprechen und wenn man nicht wirtschaftlich ist, dann haben sie immer wieder einen Grund, um so einen Laden zu zumachen.“ (Sozialarbeiter, 57)*
- ➔ *„Das sind ja nur Versicherte. Aus Sicht der Träger, keine Rehabilitanden oder Patienten, wie wir das sehen. Die sehen einfach nur die Menschen, die Leistung in Anspruch nehmen. Das spielt da keine ziemlich große Rolle glaube ich. Der kulturelle Hintergrund auch.“ (Psychologe, 56)*

Uneinigkeit auf Ebene der Verwaltungsleitung und der ärztlichen Leitung

Die Verwaltungsleitung beschäftige sich, den Aussagen der Mitarbeiter/innen zufolge, wenig mit Themen wie der Versorgungszufriedenheit von Rehabilitanden/innen. Von Uneinigkeit im Allgemeinen wurde dennoch eher wenig berichtet. Die Verwaltungsleitung wird von den Mitarbeitern/innen aufgrund der Bestrebung nach Wirtschaftlichkeit kritisiert.

- ➔ *„Die Verwaltung hat damit wenig zu tun. Hauptsache das Zimmer ist belegt.“ (Ärztin, 54)*

Fehlender Anreiz seitens der Mitarbeiter/innen

Aus den Aussagen der Befragten wird deutlich, dass fehlende Motivation seitens des Klinikpersonals durchaus ein Hindernis bei der Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte sein könnte. Die Einführung von neuen Konzepten wird mit höherem Ar-

beitsaufwand verbunden. Andere Mitarbeiter/innen beschrieben, dass die Implementierung von migrationssensiblen Konzepten nicht an der fehlenden Motivation der Mitarbeiter/innen scheitern würde.

→ *„Ich glaube, das ist bei uns eher weniger der Faktor, dass Motivation beim Personal fehlt.“ (Psychologe, 33)*

Grenzen migrationssensibler Versorgung

Die Frage bezüglich Grenzen migrationssensibler Versorgung wurde in den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen teilweise sehr unterschiedlich interpretiert. In einer Klinik wurde erneut der Begriff der Integration diskutiert und einige Konzepte, wie beispielsweise das Schächten von Tieren (Halal-Kost) oder das Anbieten von gleichgeschlechtlichen Gruppentherapien, wurden abgelehnt.

→ *„Also Schächten fangen wir hier nicht an. Man muss sagen, irgendwo ist ein Limit.“ (Arzt, 58)*

→ *„Könnte man machen, wenn man sich schwerpunktmäßig in diese Richtung orientiert.. Das ist aber nicht unser Ziel.“ (Arzt, 58)*

In einer anderen Klinik wurde erklärt, dass insbesondere psychische Erkrankungen, die möglicherweise kulturbedingt verstärkt werden, nicht in einem Zeitraum von vier Wochen behandelt oder geheilt werden könnten.

→ *„Bei schweren Störungen, die sehr stark mit dem kulturellen Kontext verbunden sind, sind das Probleme, die man in einer Reha von vier Wochen nicht beheben kann.“ (Psychologin, 32)*

3.5.6.2 Ergebnisse aus SH

Strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten

Eine erste Barriere bei der Etablierung migrationssensibler Versorgungskonzepte wird von den Befragten in der Zuweisung von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund gesehen. Durch die unzureichende Vernetzung zwischen ambulantem, stationärem und rehabilitativem Sektor und Informationsdefiziten auf hausärztlicher Seite würden Rehabilitanden/innen mit vorhandenen Barrieren nicht den für sie bedarfsgerechten/passenden Einrichtungen zugewiesen.

Von einem Mitarbeiter wird zudem geschildert, dass oftmals erst am Tag der Anreise im Erstgespräch individuelle Bedürfnisse erfasst würden. Aus den Unterlagen des Rehabilitanden gehen diese Informationen nicht hervor.

→ *„Ich denke das große Problem ist wirklich schon bei der ersten Stelle, wenn da ein Mediziner jemanden irgendwo hinschicken will, ob es ein Operateur ist, der sagt ‚du gehst zur Anschlussheilbehandlung‘ oder ob es der Hausarzt ist oder der Facharzt, der das einleitet. Der müsste im Prinzip eigentlich schon mal so das persönliche Forum abfragen können. Der müsste dann wirklich auch selber schon bisschen fragen und sagen ‚für Sie würde ich das und das empfehlen‘. Aber da fehlt eben halt auch so die Vernetzung und die Information.“ (Arzt, 55)*

- „[.], dass wir auch nicht vor Aufnahme oder vor Anreise jetzt sagen könnten jetzt anhand z.B. der Unterlagen ,da ist der und der Bedarf‘. Sondern das stellt sich für uns ja wirklich erst bei Anreise im Erstgespräch heraus.“ (Ärztin, 40)

Darüber hinaus werden von den Mitarbeiter/innen Probleme bei der Zuweisung von Rehabilitanden/innen mit Sprachbarriere thematisiert. Ein Mitarbeiter weist diesbezüglich darauf hin, dass zwar die Sprachen, die in den Einrichtungen von den Mitarbeiter/innen gesprochen werden, von der DRV erhoben, jedoch nicht erfasst würde, in welchem Bereich der/die jeweilige Mitarbeiter/in tätig ist bzw. welchen Beruf er/sie ausübt. Auch die Abstände, in denen die Abfrage erfolgt, werden vor dem Hintergrund der hohen Personalfuktuation als zu lang erachtet.

- „die DRV hat ja Zuweisungskriterien, welche Klinik jetzt für welche Sprache besonders geeignet ist. Nur das klappt irgendwo nicht.“ (Arzt, 49)
- „„Welche Sprachen werden bei Ihnen im Haus gesprochen?‘ So und dann geben sie an ‚Alle‘, also das was meine Personalliste ist. Aber ‚Wie viele Physiotherapeuten in Ihrem Hause sprechen folgende Sprachen?‘ steht da nicht drin und ‚Wie viele Ärzte sprechen die auch?‘ Mehr Fragen wurden mir noch nie gestellt.“ (Arzt, 49)
- „Und [...] diese Anfrage kommt alle vier, fünf Jahre. So bei der heutigen Personalfuktuation in Kliniken ist die nach einem halben Jahr obsolet.“ (Arzt, 49)

Finanzielle Ressourcen

Als Hürde bei der Umsetzung migrationssensibler Versorgungskonzepte werden ergänzend finanzielle Barrieren eingeräumt.

- „[...] so etwas richtig nochmal in Fokus nehmen, dann ist natürlich immer so was auch eine Frage des Geldes, natürlich.“ (Ärztin, 56)
- „Das ist einfach eine Frage der Kosten und der Möglichkeiten, die Personell und räumlich da sind.“ (Arzt, 55)

Nach Aussage eines Mitarbeiters werde für die Umsetzungen derartiger Konzepte ein Budget für die Übersetzungen, entsprechendes Personal und weitere Investitionen benötigt.

- „Ja was die Übersetzung angeht braucht es jemand, der es übersetzt. Jemand der es übersetzt kostet Geld und es braucht weiterhin bei dem Programm, das geht an sich. Aber auch da muss das entsprechende gekauft werden. Also es sind Investitionskosten. Personal heißt Kosten. Mehr Personal mehr Kosten.“ (Arzt, 53)

Auch die begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen in den Einrichtungen werden von den Fokusgruppenteilnehmern bei der Implementierung migrationssensibler Konzepte als Hürde angesehen.

- „Also wir haben ganz viele Ideen und dann scheitert es manchmal daran, dass man es irgendwie auch zeitlich oder ressourcenmäßig nicht hinkriegt oder einfach andere Dinge wichtiger werden.“ (Ärztin, 56)
- „Das ist eine Frage der Personalressourcen.“ (Arzt, 55)

- *„[...] das sind dann Zusatzangebote, die würden außerhalb des normalen Therapieplans hier stattfinden müssen. Und das ist natürlich wieder, wo wird die Zeit und das Personal her generiert?“ (Ergotherapeutin, 42)*

Kritisch wird darüber hinaus die hohe Fluktuation des Klinikpersonals diskutiert. In diesem Zusammenhang wird die Schwierigkeit aufgezeigt, entsprechende Mitarbeiter/innen für migrationsrelevante Bereiche anzuwerben und in der Einrichtung zu halten.

- *„Wir haben aber auch keine Bewerberlage. Wir haben ja dadurch dass wir relativ groß sind viel Fluktuation in der Physiotherapie. Aber in den letzten vier-fünf Jahren nicht ein einzig türkischsprachigen Bewerber aus der Physiotherapie.“ (Arzt, 49)*

Auch der teilweise fluktuierende Anteil an Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund erschwere nach Auffassung der Befragten die Implementierung spezieller Konzepte.

- *„Der konstante Bedarf. Da [...] reden wir über Menschen mit Migrationshintergrund. Wenn wir einen konstanten Flow an Bedarf hätten, dann ist das gut machbar, können wir uns drauf einrichten. Aber wenn mal welche da sind, mal nicht, kommt jedes Konzept in einer Einrichtung wie unserer zum Erliegen.“ (Arzt, 49)*
- *„Wenn man wüsste, man hat 20 türkische Patienten, die immer Probleme haben, die zeitgleich da sind, dann könnte man auch eine Gruppe machen.“ (Arzt, 55)*

Grenzen migrationssensibler Versorgung

Thematisiert wurde von den Befragten auch die Heterogenität der Migranten/innen, die wiederum mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher Bedürfnisse einhergehe. Entsprechend wird daran gezweifelt, ob sich diese mannigfaltigen Bedürfnisse mit einem Konzept abdecken lassen.

- *„Und das war eben manchmal noch so eine Überlegung, ob man vielleicht auch so eine Migrations-AG macht, wo man einfach sagt, man guckt mal, ob die irgendwie besondere Bedürfnisse haben. Aber dann ist es wiederum so, die Zahlen sind dann im Abschnitt zu gering, dann sind natürlich auch die verschiedenen Migranten da, die auch alle andere Themen haben.“ (Ärztin, 56)*
- *„Man kann ja auch nicht in ein einzelnes Konzept aufbauen. Weil wir sprechen jetzt von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund, aber der kann ja ganz unterschiedlich sein. Jetzt geht es bei Ihnen um türkische Herkunft, aber da fühlt sich jemand anders dann absolut, ja an die Seite gedrängt, wenn er sagt ‚mein Migrationshintergrund wird jetzt hier nicht berücksichtigt‘.“ (Ärztin, 40)*

Ein Mitarbeiter äußerte Zweifel, ob sich die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse parallel zum normalen Klinikbetrieb realisieren lassen.

- *„[...] man braucht bestimmtes Essen, man braucht das, man muss Ramadan berücksichtigen. Das wird sich in einem Großklinikbetrieb weniger gut umsetzen lassen.“ (Arzt, 55)*

Die Notwendigkeit neuer migrationssensibler Konzepte wurde von einem weiteren Mitarbeiter in Frage gestellt.

- *„Wir würden jetzt nicht, nur weil jemand aus der Türkei kommt, hier diese ganzen Voraussetzungen einfach über den Haufen werfen. Deswegen brauchen wir auch kein neues Konzept, also aus meiner Sicht, kein neues Konzept [...]“ (Arzt, 55)*

Teilweise wurde von den Befragten auch eingeräumt, dass kein Bedarf bei Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft zu erkennen ist.

→ „Es ist eben nicht so, dass man das Gefühl hat, es ist ein riesen Bedarf, wir müssen unbedingt. Sondern ja man könnte.“ (Ärztin, 56)

→ „Da gab es auch noch nie eine Beschwerde, oder so. Noch nie.“ (Krankenschwester, 53)

Grenzen in der Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse werden gesehen, wenn dadurch der Therapieablauf oder auch der Klinikablauf gefährdet werde. In diesem Zusammenhang wird von den Teilnehmern beispielhaft die Therapie im Ramadan genannt.

→ „[...] Wir hatten z.B. neulich einen, der bestand darauf Ramadan zu machen. Und dann eben nachts zu essen und dann am Tage erst ab elf Anwendungen zu machen und das war schwierig.“ (Ärztin, 56)

→ „Und wenn wir hier therapieren und die Diätberatung und dit und dat und jenes, das können Sie alles knicken. Das kann man nur nach Sonnenuntergang machen. Wenn Ramadan im Sommer liegt, dann ist das ziemlich später abends, da arbeitet hier keiner mehr. Also das heißt, die müssen körperlich leistungsfähig sein. [...] Also den ganzen Tag nichts essen und Anwendungen machen, das, ich könnte es nicht.“ (Arzt, 49)

→ „Also zur Reinigung muss ich mal sagen, es gibt hier ja ein strammes Programm und bis 11 Uhr sind die Zimmer durch. Wenn da jemand sagt ‚ok, das geht nur nach 11 Uhr‘, das ist dann Respekt vom Putzteam, normalerweise geht das nicht. Die müssen sich hier einfügen, was das angeht, das können wir nicht machen, [...]“ (Ärztin, 56)

Auch bei der Verpflegung, wie z.B. eine türkische Küche, könnten die Einrichtungen nach Aussage der Befragten nur begrenzt auf individuelle Wünsche eingehen.

→ „Es gibt z.B. Wünsche wie ‚Ja wenn Sie schon ein Konzept haben, Behandlung der türkischen Patienten, warum haben Sie keine türkische Küche?‘“ (Psychologische Psychotherapeutin, 35)

→ „Ja genau, da sind die Grenzen, wo wir denen versuchen zu erklären, dass das leider nicht geht. Das wir auf bestimmte Dinge achten, aber wir können hier jetzt keine türkische Küche haben [...]“ (Psychologische Psychotherapeutin, 35)

Im Gespräch wird von einem Mitarbeiter diesbezüglich erklärt, dass die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse jedoch unabhängig vom kulturellen Hintergrund ist. Entscheidend sei die Anspruchshaltung des/r Rehabilitanden/in und inwieweit sich persönliche Wünsche im Klinikablauf realisieren lassen. Dabei könne durchaus die Berücksichtigung der Ernährungsgewohnheiten eines/r Veganers/in eine größere Herausforderung darstellen als die bedürfnisgerechte Verpflegung eines/r türkischen Rehabilitanden/in.

→ „Ich habe auch den Eindruck, da wo wir Grenzen gesetzt haben, hat es nichts mit der Kultur zu tun gehabt, sondern das hat was mit einer persönlichen Dynamik zu tun gehabt oder den persönlichen Wünschen von jemandem. Aber diese Wünsche hätten genauso gut von einem deutschen Patienten geäußert werden können. Und eigentlich waren wir, glaube ich, sehr gut mit Flexibilität. Also das sehr flexibel auf die Wünsche eingehen. Aber die Herausforderung kann sein ‚kein Schweinefleisch‘ oder kürzlich war eine Patientin da, die Veganerin war. Dann würde ich sagen, die Veganerin hat die größere Herausforderung gestellt an Küche als dass sie kein Schweinefleisch verwenden. Oder anders ausgedrückt - möglicherweise sind manchmal die Bedürfnisse der Westler größer und schwieriger zu befriedigen als die Menschen aus der Türkei.“ (Arzt, 53)

Auch bei der Durchführung von Therapien und Vorträgen in verschiedenen Sprachen wird von den Befragten eine Grenze gezogen. Hier sind die Möglichkeiten durch die personellen und finanziellen Möglichkeiten in den Einrichtungen begrenzt.

- „Also wir machen es ja bei den deutschen Patienten in der Regel viel über Gruppeninformation. Das funktioniert da nicht. Also in meine Standardseminare, Vorträge das findet de facto nicht statt, weil da können die sich teilweise Bilder angucken, da geht es nicht mit einem dolmetschenden Angehörigen, weil der würde die ganze Zeit dazwischen sabbeln, wenn vorne der Referent referiert, funktioniert also gar nicht. Da geht es wirklich nur über das Einzelgespräch Defizite aufzuarbeiten.“ (Arzt, 49)
- „Eine andere Herausforderung ist [...]. Es ist ja gar nicht so einfach bilinguale Therapeuten zu finden. Also es gibt natürlich viel mehr deutschsprachige Therapeuten als bilinguale.“ (Arzt, 53)

Eine bedürfnisorientierte Behandlung sei zudem nach Aussage der Befragten von der Auslastung der Klinik und den räumlichen Kapazitäten abhängig. Einzeltherapien seien nur dann möglich, wenn auch Räumlichkeiten für die Durchführung zur Verfügung stehen. Noch schwieriger sei die Umsetzung von Einzeltherapien im Bewegungsbad.

- „Naja, wenn sie halt verschleiert kommen, dann Kabine immer Kabine. Bewegungsbad geht natürlich auch nicht, weil dann sind ja meistens acht Leute da drinnen und das passiert oder soll dann gerne nur einzeln passieren. Und das ist schwierig, also wenn das Haus proppe voll ist.“ (Physiotherapeutin, 34)
- „Na, wenn jemand sagt ‚Ich kann nur ins Schwimmbad, wenn ich alleine bin‘ dann wird es unpraktikabel.“ (Dipl.-Psychologe, 45)

Bedürfnisse könnten auch nur bis zu einem gewissen Maß berücksichtigt werden, da sie mit der Hausordnung bzw. systemischen Strukturen vereinbar sein müssen.

- „[...] es gibt einfach gewisse Standardvoraussetzungen, die eingehalten werden müssen. Das ist wie Hausordnung, [...] jemand der eben halt aus diesem System eine Leistung nimmt eben auch an die Regeln des Systems halten. Irgendwo sind Grenzen.“ (Arzt, 55)

3.5.7 Fördernde Faktoren und Vorschläge

3.5.7.1 Ergebnisse aus NRW

Die Mitarbeiter/innen hatten zunächst die Möglichkeit, allgemein auf die Frage nach fördernden Faktoren bei der Umsetzung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten zu antworten. Anschließend wurden sie nach Optimierungsvorschlägen zu den vorher genannten Hürden und Hindernissen gefragt.

Optimierungsansätze: Finanzielle Ressourcen

Wie auch schon bei den Hürden und Hindernissen haben die Mitarbeiter/innen erklärt, dass mit mehr finanziellen Ressourcen die Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund optimiert werden könnte. Durch die Berücksichtigung von Migrationssensibilität könnten

möglicherweise mehr Patienten/innen Reha-Maßnahmen in Anspruch nehmen, was wiederum einen positiven Effekt auf die Wirtschaftlichkeit hätte. Eine Mitarbeiterin erklärt, dass finanzielle Ressourcen „verschwendet“ würden, indem Patienten/innen Reha-Maßnahmen aufgezwungen würden.

- ➔ *„Dass wir ein besseres Angebot haben, als wo anders. Dass wir dann einen finanziellen Anreiz schaffen, weil am Ende zählt nur das.“ (Psychologin, 42)*
- ➔ *„Auf der anderen Seite muss man sagen, dass da richtig viel Geld in Rehabilitation gesteckt wird [...] Und auch Leute in die Reha zu schicken, wo man im Vorfeld sehen kann, dass die nicht wollen. Da leistet sich die Rentenversicherung eine unglaubliches aus dem Fensterschmeißen.“ (Ernährungsberaterin, 45)*

Optimierungsansätze: Strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten

Die Mitarbeiter/innen haben erklärt, was strukturell und organisatorisch verändert werden müsste, um migrationssensible Konzepte einführen zu können. Zum einen wurde wiederholt erwähnt, dass das Personal aufgestockt werden müsste. Auf der anderen Seite haben die Mitarbeiter/innen darauf hingewiesen, dass im Vorfeld über den Umfang der betroffenen Rehabilitanden/innen gesprochen werden müsste. Beispielsweise könnten Hausärzte/innen ihre Patienten/innen mit Migrationshintergrund an Einrichtungen überweisen, die sich auf die Bedürfnisse dieser Menschen spezialisieren.

- ➔ *„Das Inventar einfach größer.“ (Psychologe, 33)*
- ➔ *„Spezialisierung wäre das ja, was dann gefordert wäre.“ (Psychologe, 56)*
- ➔ *„Patienten, die dann auch da sind, durchgängig da sind. Und nicht so unregelmäßig kommen.. und das Personal dementsprechend auch aufgestellt werden.“ (Psychologe, 33)*

Anreiz für Rehabilitationsträger

Als zentrale Aussage der Mitarbeiter/innen geht hervor, dass eine Motivation für die Kostenträger, insbesondere über den finanziellen Anreiz geschaffen werden könnte. Einer Physiotherapeutin (33) zufolge müsste den Reha-Trägern deutlich gemacht werden, dass die Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund weniger wirke und dass in diesem Bereich Handlungsbedarf bestehe.

- ➔ *„Zahlen. Wenn die sehen, dass die weniger wirkt die Reha, bei diesen Menschen.“ (Physiotherapeutin, 33)*
- ➔ *„Die Frage ist, möchten sie das? Das einzige was zählt ist ein finanzieller Anreiz, wenn man ehrlich ist..“ (Psychologin, 42)*

Anreiz für Mitarbeiter/innen

Um Rücksicht auf die Bedürfnisse ihrer Patienten/innen nehmen zu können, benötigt das Gesundheitspersonal mehr Zeit. Eine Motivation, migrationssensible Versorgungskonzepte umzusetzen, würde vor allem dann entstehen, wenn stetig mit Rehabilitanden/innen mit Mig-

rationshintergrund zusammengearbeitet werden muss. Darüber hinaus merken die Befragten an, dass diese Konzepte geplant und finanziert werden müssten.

- ➔ *„Wenn ich nur einmal im halben Jahr darauf zurückgreifen muss, dann wird sich der Mitarbeiter dafür verständlich weniger interessieren, als wenn er es ständig, immer wieder braucht, also mit Patienten mit Migrationshintergrund zu tun hat. Also dann setzt er sich automatisch damit auseinander.“ (Psychologe, 33)*
- ➔ *„Da muss man sich wieder mit was beschäftigen. Muss man mehr machen, das können wir natürlich machen, wenn es dementsprechend eingeplant und finanziert wird.“ (Psychologisch-technische Assistentin, 44)*

Einschätzung der Umsetzbarkeit migrationssensibler Versorgungskonzepte

Der Großteil der Mitarbeiter/innen schätzt die Umsetzbarkeit migrationssensibler Versorgungskonzepte als durchaus realistisch ein. Vor allem die Voraussetzung, wie das Einstellen von ausreichendem Personal, Einplanen von genügend Zeit für die Rehabilitanden/innen usw., müssten allerdings erfüllt werden.

- ➔ *„Umsetzbar ist es, aber die Voraussetzungen müssen gegeben sein.“ (Psychologe, 33)*

Dennoch sind der Umsetzung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten Grenzen gesetzt. So könnten beispielsweise nicht jegliche Informationen in allen Sprachen angeboten werden. Die Notwendigkeit der Konzepte müsste im Vorfeld geklärt sein und speziell an die Rahmenbedingungen der Kliniken angepasst werden. Darüber hinaus ist den Aussagen der Befragten zu entnehmen, dass die Bildung separater z. B. rein türkischsprachiger Gruppen eher Nachteile hätte.

- ➔ *„Wenn man einmal damit anfängt, stell dir mal vor. Ich fange jetzt an und sage muslimische Patienten bekommen jetzt extra Essen,.. extra Sportgruppe, extra Wassergymnastik und dann sagen russische Frauen: ‚Wir aber auch. Sonst ist das Diskriminierung‘.“ (Psychologin, 42)*

Konzepte, die nur mit einmaligen Kosten verbunden sind, wären den Mitarbeitern/innen zufolge durchaus einfacher umzusetzen. Allerdings erklärte eine Mitarbeiterin (Krankenpflegerin, 30), dass auch Konzepte mit Einmal-Investitionen, wie beispielsweise ein Patientenleitsystem oder mehrsprachiges Informationsmaterial, stetig überprüft und aktualisiert werden müssten.

Vorschläge für migrationssensible Versorgungskonzepte

Die Mitarbeiter/innen äußerten eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie kulturelle und religiöse Bedürfnisse von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund berücksichtigt werden könnten. Darunter auch, dass sie sich eine Zusammenarbeit mit kulturvermittelnden Institutionen wünschen würden. Ein Mitarbeiter (Psychologe, 33) beschreibt das Problem der Zugangsbarriere von Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft und dass sie bezüglich der Rehabilitationsmaßnahmen im Vorfeld kaum aufgeklärt würden. So müssten informierende Konzepte bereits bei der Antragstellung bzw. beim Hausarzt/der Hausärztin angesetzt werden, um mögliche Barrieren abzubauen und die Informiertheit der Rehabilitanden/innen hinsichtlich der Rehabilitationsmaßnahme zu erhöhen. Weitere Vorschläge der Mitarbeiter/innen

beziehen sich auf mehrsprachige Angebote, beispielsweise in Form von Informationsbroschüren oder Internetseiten. Auch könnte eine klinikeigene Handy-App in verschiedenen Sprachen programmiert werden.

- *„Es wäre schön, wenn man mehr Kontakte hätte zu Kultur, türkischen Kulturvereinen.“ (Arzt, 58)*
- *„Also was für die Belegschaft,.. wäre natürlich vielleicht so eine Sensibilisierung für die Mentalitäten.“ (Psychologin, 42)*
- *„Ich glaube, das fängt schon viel früher an. Leute in die Reha zu kriegen. Das ist für viele Patienten, die sich dazu entscheiden, ein großer Schritt. Es müsste viel früher anfangen. Das schon die Hausärzte, den Patienten erklären, was wir hier in der Reha machen können, wenn Patienten hier hinkommen.“ (Psychologe, 33)*
- *„Vielleicht auch so eine Übersetzungsliste für Bewegungstherapien oder sowas, für Ergometer, dass man es einfach übersetzt hat.“ (Physiotherapeutin, 33)*
- *„Vielleicht kann im Freizeitbereich etwas gemacht werden, was bei türkischen Patienten besonders beliebt ist.“ (Ärztin, 54)*

Zuletzt hatten die Mitarbeiter/innen die Möglichkeit, Anregungen und eigene Gedanken zum Forschungsthema zu äußern. An dieser Stelle wurde noch einmal deutlich, dass die individuelle Behandlung und Betreuung der Rehabilitanden/innen einen hohen Stellenwert für die Mitarbeiter/innen hat, diese allerdings noch zu selten angeboten werden könnten. Daher sollen Möglichkeiten für die Versorgungsoptimierung in der medizinischen Rehabilitation in den nächsten Kapiteln diskutiert werden.

3.5.7.2 Ergebnisse aus SH

Optimierungsansätze: Strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten

Von den Mitarbeiter/innen wurde angeregt, die persönlichen kulturellen Bedürfnisse von Patienten/innen mit Migrationshintergrund bereits vor Rehabilitationsbeginn zu erfassen, um hierdurch eine verbesserte und bedarfsgerechte Zuweisung in eine Einrichtung gewährleisten zu können. Des Weiteren wurde zur Optimierung der Versorgung von türkischen Migranten/innen die Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen ambulanten und stationären Sektor thematisiert.

- *„Also es wäre schon sehr hilfreich, wenn beim Antrag, Heilbehandlungsantrag, schon bestimmte Fragen beantwortet werden in diese Richtung. Dann kann man ja auch schon bisschen schleusen. Das passiert nicht unbedingt.“ (Arzt, 60)*
- *„[...] eine differentielle Zuweisung vielleicht. Also dass man guckt diejenigen Rehabilitanden, die vielleicht sich auch relativ gut auch anpassen können an dieses System und jetzt nicht allzu viel Spezialbehandlung, dass man die auch in die übliche Reha. Und die, wo es vielleicht mehr kulturelle Stolpersteine, sei es sprachlich, sei es religiös, sei es bildungstechnisch, dass für die vielleicht auch Spezialangebote in spezialisierten Kliniken, wo auch, denke ich, die Chance, dass man die Leute überhaupt erreicht, dass die überhaupt vielleicht Informationen korrekt ohne Missverständnisse ankommen, dass vielleicht auch Verhaltensänderungen möglich sind, sehr viel größer ist als wenn die nur so halb mitlaufen.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*

- „Letzen Endes denke ich mal, klar gibt es da immer Optimierungsmöglichkeiten. Das einfach die Schnittstelle zwischen dem medizinischen Kenntnissen von der einweisenden Stelle in die Rehabilitation transportiert werden. [...] Also die Strukturen als solches könnten insgesamt verbessert werden. Aber nicht nur um Patienten mit Migrationshintergrund.“ (Arzt, 55)

Es wurde unter den Befragten zudem diskutiert, ob die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme für eher traditionell orientierte Patienten/innen bzw. Patienten/innen mit ausgeprägten kulturellen Bedürfnissen nicht erfolgreicher wäre. Ebenso wurde vorgeschlagen, Patienten/innen vorab besser über die verschiedenen Maßnahmen und Möglichkeiten zu informieren. Dadurch sollen Patienten/innen sich entsprechend ihrer Bedürfnisse für die für sie geeignetste Maßnahme bewusst entscheiden können.

- „Man kann sich ja vorstellen, dass diese Gruppe besser aufgehoben ist in einer teilstationären Heilbehandlung. Dann wohnen die Zuhause weiterhin und haben also ihr gewohntes Umfeld, da gibt es bestimmt Dolmetscher dann und dann sind die Therapien sicherlich erfolgreicher, als weit weg von Zuhause.“ (Arzt, 60)
- „[...] wenn man einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme stellt, dann muss ja schon auch vor der Rehabilitation besprechen, was kommt da auf einen zu dann. Und dann ist eventuell eine ambulante Maßnahme geeigneter als erst jemanden direkt in eine Rehabilitation zu behandeln.“ (Ärztin, 40)

Weiterhin wurde von den Befragten überlegt, ob insbesondere Patienten/innen mit Sprachbarriere, die nur begrenzt an Gruppentherapien teilnehmen, durch Angebote für türkischsprachige Patienten/innen oder auch kleinere Gruppen besser erreicht werden könnten.

- „[...] eine Patientin mit Kopftuch, die schlecht Deutsch spricht und dann an den Gruppenangeboten auch nur begrenzt teilnehmen kann oder eher so anwesend ist vielleicht und gar nicht so viel mitnimmt, hat natürlich viel mehr Schwierigkeiten auch in eine Gruppe rein zu kommen. Also da hatten wir schon überlegt, ob es eigentlich günstig ist, wenn man so Angebote für türkischsprachige Patienten auch so kleine Gruppen oder ähnliches hätte [...].“ (Dipl.-Psychologin, 40)

Grundsätzlich wurde geäußert, dass der Zugang zu vereidigten Dolmetschern/innen für eine bedarfsgerechte Rehabilitation von Patienten/innen mit Sprachdefiziten erforderlich sei.

- „Grundsätzlich wäre es natürlich günstig, es wäre leichter an Dolmetscher zu kommen. Also an vereidigte Dolmetscher auch, weil ja auch die Schweigepflicht eine Rolle spielt.“ (Dipl.-Psychologin, 40)

Vorschläge für migrationssensible Versorgungskonzepte

Als weiterer Vorschlag wurde die Erweiterung der Belegschaft durch ein türkischsprachiges Team oder türkischsprachige Mitarbeiter/innen von den Befragten angeregt. In diesem Zusammenhang wurde die Spezialisierung einiger Einrichtungen auf bestimmte Rehabilitandengruppen diskutiert.

- „Ein türkischsprachiges Team. Ja, so wie wir jetzt hier in den Professionen sitzen einmal in türkischsprachig. Und dann einen Schwerpunkt ausbilden, also dann zu sagen ‚liebe Rentenversicherung wir können das, weil wir haben das durch alle Berufsgruppen einmal dekliniert‘.“ (Arzt, 49)

Als Basis für ein besseres Verständnis und eine verbesserte Sensibilität für unterschiedliche Kulturen wurde von den Befragten angeregt, sich mehr über die jeweilige Kultur zu informieren und fortzubilden.

- ➔ *„[...] offen zugehen und versuchen zu verstehen und kennen zu lernen und mich auch wirklich entweder vorher oder während der Behandlung über die Kultur zu informieren.“ (Dipl. Psychologin, 31)*
- ➔ *„Also wir wollten eigentlich eine kontinuierliche Fortbildung machen zu diesem Thema. Also [...] das wäre einfach auch ganz schön zu wissen, wer kann uns da besonders gut informieren. Also das, es gibt ja immer mal Beiträge in Zeitschriften, also das wäre z.B. sowas was ich ganz gut fände.“ (Ärztin, 56)*

Um die Therapiemotivation sowie das Wohlbefinden der türkischen Rehabilitanden/innen zu erhöhen, wurde von einer Mitarbeiterin vorgeschlagen, Kaftane anzubieten, sodass auch Frauen an den Gruppentherapien im Bewegungsbad teilnehmen könnten. Um den Zugang zu Rehabilitanden/innen mit türkischer Herkunft zu verbessern, wurde zusätzlich die Erweiterung des Speiseplans/der Menüauswahl thematisiert.

- ➔ *„Wäre ja auch denkbar [...] Kaftane, die gereinigt sind fürs Bewegungsbad vorhalten. [...] In verschiedenen Größen, Farben, Formen, [...]“ (Arzt, 55)*
- ➔ *„Mit Sicherheit wird das Eis gebrochen, wenn es gelingt die Ernährung anzupassen. Die ist ja doch teilweise anders als wir es gewohnt sind. [...] das ist oft ein großer Schwerpunkt, auch Beschwerden, [...]. Und wenn die erst mal ihr Essen kriegen, was sie gewohnt sind, sind sie vielleicht auch noch offener für alles andere. Wäre vielleicht so ein Weg, dass man darauf besonders achtet.“ (Arzt, 60)*

Ein weiterer Ansatz, der thematisiert wird, ist Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend zu motivieren und zu schulen, um diese besser in das bestehende System integrieren zu können.

- ➔ *„[...] Nicht Spezialprogramme für die zu machen, sondern einfach so zu motivieren, zu schulen, dass sie eben halt das was hier besteht, eben halt wahrnehmen können. Das wäre so für mich eigentlich der wichtigere Ansatz als einfach Zusatzprogramme zu führen, die diese Leute doch in irgendeiner Form weiter stigmatisieren.“ (Arzt, 55)*

Optimierungsansätze: Finanzielle Ressourcen

Darüber hinaus hätten Kliniken nach Aussage eines Mitarbeiters einen größeren Anreiz bzw. Spielraum zur Umsetzung migrationssensibler Versorgungskonzepte, wenn Kliniken beispielsweise für Patienten/innen mit Sprachbarriere - für den Mehraufwand - mehr Geld erhalten würden. Generell wird von den Mitarbeiter/innen geäußert, dass die Implementierung bedürfnisgerechter Konzepte größtenteils von der Finanzierung abhängig sei.

- ➔ *„Also wir hätten natürlich einen viel größeren Verwaltungsraum, wenn die Klinik für Problempatienten, wenn man sagen würde ‚Das sind bilinguale Patienten, die Mehraufwand haben‘ auch mehr Geld kriegen würden. Dann könnte man ja sagen, dass man auch Spezialangebote finanziert. Das ist nicht der Fall. Insofern sind da klare Begrenzungen auch gesetzt.“ (Arzt, 53)*

- ➔ *„Ich möchte nicht alles aufs Geld reduzieren, aber ich glaube ja. Weil die Motivation ist da. Und die Offenheit auch, die kulturelle.“ (Arzt, 53)*
- ➔ *„Also denkbar ist alles, aber ist eine Frage, wer würde es finanzieren und zu welchen Konditionen.“ (Arzt, 55)*

Wie eine Finanzierung zur dauerhaften Implementierung eines migrationssensiblen Konzeptes aussehen müsste, wird von den Befragten unterschiedlich bewertet. Die Finanzierung eines Migrationsbeauftragten zur Unterstützung von Migrationsbelangen in der Einrichtung wird von einem Mitarbeiter als nicht ausreichend eingestuft. Zwei weitere Mitarbeiter/innen sehen einen Lösungsansatz in einer fortlaufenden Finanzierung für die Durchführung des Konzeptes mit zusätzlicher Vergütung eines Migrationsbeauftragten. Entgegen dieser Auffassung erachtet ein Mitarbeiter nur die Zentrierung dieser Patientengruppe in spezialisierten Kliniken als geeignete Maßnahme.

- ➔ *„[...] ein Migrationsbeauftragter in der Klinik. Ja, was kann der groß erreichen? Wenn das Problem in der Aufnahmesituation mit der Sprache besteht, dann kann der da letztlich auch nicht viel machen. Und wenn es um die Therapieergebnisse am Ende der Reha geht, dann kann man mit so einer Tröpfchen- auf- dem- Stein- Methode nicht wirklich was reißen, denke ich.“ (Dipl.-Psychologe, 45)*
- ➔ *„Generell wird ja da noch einiges auf uns zukommen, denke ich mal so. Sodass das sicherlich was Fortlaufendes ganz günstig wäre.“ (Dipl.-Psychologin, 40)*
- ➔ *„[...] Das sind zwei unterschiedliche Formen. Wir würden natürlich beides nehmen, das ist ja klar. Intuitiv würde ich sagen, dass es wesentlich nachhaltiger wäre, wenn es grundsätzlich eine Dauerfinanzierung ist. Wenn man sagt, dass man für Problempatienten, wenn man türkischsprachige Patienten so definieren möchte, also mit Patienten, die mehr Probleme haben in dem Sinne, wenn es da auch eine bessere Vergütung gäbe [...].“ (Arzt, 53)*
- ➔ *„beides nicht, sondern wirklich eben halt eine Zentrierung dieser Problemgruppe in spezialisierte Kliniken.“ (Arzt, 55)*

3.6 Triangulation der Ergebnisse

Charakteristik türkischer Migranten

Die Ergebnisse der verschiedenen Forschungszugänge weisen darauf hin, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe sind. Es lassen sich auf Basis der Untersuchungsergebnisse drei verschiedenen Migrationstypen ableiten: Frauen der ersten Generation, Männer der ersten Generation und Patienten/innen der zweiten Generation. Migranten/innen der ersten Generation - insbesondere Frauen - haben zu meist ein niedrigeres Bildungsniveau und eine erhöhte Sprachbarriere. Männer dieser Generation sind gesellschaftlich integrierter und haben häufig aufgrund ihrer beruflichen Integration bessere Sprachkenntnisse. Ein höheres Bildungsniveau wird hingegen bei Patienten/innen der zweiten Generation wahrgenommen.

Neben den verschiedenen soziodemografischen Merkmalen lassen sich auch krankheitsspezifische Unterschiede zwischen den beschriebenen Gruppen aus den Ergebnissen ableiten.

So weisen die Befragten darauf hin, dass türkeistämmige Rehabilitanden/innen der ersten Generation häufig schmerzempfindlicher sind und vor allem Männer dieser Generation aufgrund harter körperlicher Arbeit oftmals eine verstärkte Chronifizierung aufweisen. Jüngere Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund zeigen hingegen vergleichbare Erkrankungserscheinungen wie Patienten/innen ohne Migrationshintergrund.

Informiertheit der Rehabilitanden

Der Informationsgrad über die Rehabilitation fällt sehr unterschiedlich bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund aus. Die generelle Bekanntheit der Rehabilitation ist den Studienergebnissen zufolge vom Bildungsgrad abhängig. Jüngere Migranten/innen ist die Rehabilitation demnach oftmals bekannter als älteren Patienten/innen mit Migrationshintergrund. Auch hinsichtlich der reabezogenen Informiertheit zeigen sich bei älteren Migranten/innen mit niedrigem Bildungsniveau höhere Informationsdefizite als bei jungen, gebildeten türkischen Migranten. Im Gegensatz zu älteren Patienten/innen mit türkischer Herkunft sind diese in etwa vergleichbar (gut) informiert wie Patienten/innen ohne Migrationshintergrund. Generell wird die Informiertheit hinsichtlich der Rehabilitation bei Patienten/innen mit als auch ohne türkischen Migrationshintergrund als eher gering eingestuft. Informationen über die Rehabilitation werden von türkeistämmigen Patienten/innen überwiegend von Bekannten und Familienmitgliedern, die bereits Reha-Erfahrung haben, eingeholt. Auch das Internet stellt insbesondere bei jüngeren Patienten/innen eine wichtige Informationsquelle dar.

Antragstellung

Der Anstoß zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation wird in den meisten Fällen von dem/der behandelnden Hausarzt/in gegeben. Nur vereinzelt ergreifen Patienten/innen die Initiative zur Antragstellung. Hierbei ergreifen am ehesten Patienten/innen mit höherem Bildungsniveau und ohne Sprachbarriere die Initiative. Das Antragsverfahren wird sowohl aus der Perspektive der Ärzte/innen als auch aus der Perspektive der Patienten/innen mit türkischer Herkunft als sehr aufwendig und kompliziert bewertet. Hierbei zeigen sich auf Patientenseite insbesondere Schwierigkeiten bei sprachlich eingeschränkten und bildungsfernen Gruppen. Diese benötigten bei der Antragstellung mehr Unterstützung und Zuwendung. Als Unterstützer werden oftmals verschiedene Ansprechpartner/innen und Institutionen herangezogen.

Die Bereitschaft, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, wird von den Ärzten/innen bei Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten/innen ohne Migrationshintergrund eher gering eingestuft.

Erwartungen und Ziele

Die Erwartungshaltung der Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund ist den Ergebnissen zufolge sehr unterschiedlich. Dies ist mit der Heterogenität der Patientengruppe zu erklären. Auch die Indikation scheint hinsichtlich der Erwartungshaltung ein relevanter Faktor zu sein. Forschungszugangs- und bundeslandübergreifend zeigt sich, dass

Patienten/innen mit Migrationshintergrund häufig die Erwartung haben, durch die Teilnahme an einer Rehabilitation generell gesund zu werden. Ebenso wird von vielen türkeistämmigen Rehabilitanden/innen im Rahmen der Rehabilitation die Reduktion bzw. die Erlangung einer Schmerzfreiheit erwartet. Oftmals sind die Erwartungen der Rehabilitanden/innen mit türkischer Herkunft sehr hoch und teilweise unrealistisch. Unrealistische Erwartungen werden den Ergebnissen zufolge durch die geringe Informiertheit der Betroffenen bedingt.

Ziele die am häufigsten von dieser Patientengruppe formuliert werden, umfassen die Schmerzfreiheit, Erholung und Gesundheit. Zu den Zielen der jüngeren Rehabilitanden/innen zählt zudem der Berufswiedereinstieg.

Zufriedenheit mit der Rehabilitation und Wirksamkeit

Die Erhebungen im Rahmen der Studie zeigen, dass die Zufriedenheit mit der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Ein Grund für die Unzufriedenheit bei Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund sind unerreichte Rehabilitationsziele und unerfüllte Versorgungserwartungen. Darüber hinaus zeigen die verschiedenen Forschungszugänge, dass es auch Unterschiede bei der Wirksamkeit zwischen Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Die Unterschiede bei der Wirksamkeit wurden im Rahmen der Erhebungen zum einen damit begründet, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund Reha-Maßnahmen deutlich später und in einer schlechteren gesundheitlichen Lage in Anspruch nehmen als Patienten/innen ohne Migrationshintergrund. Zum anderen erklären die Experten/innen aus den Hausarzt- und Fokusgruppenbefragungen, dass die Motivation der Rehabilitanden/innen einen großen Einfluss auf die Wirksamkeit einer Reha-Maßnahme hat und diese sich bei Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund oftmals unterscheidet. Zugangs- und bundeslandübergreifend lässt sich aber dennoch sagen, dass bei einem Großteil der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund Erholung und zumindest eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden.

Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten und kulturspezifische Herausforderungen

Strategien im Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten beziehen sich den Ergebnissen der unterschiedlichen Forschungszugänge zufolge vor allem darauf, Sprachbarrieren abzubauen und eine Kommunikation zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen zu gewährleisten, indem Angehörige und mehrsprachige Kollegen/innen hinzugezogen werden oder mehrsprachiges Informationsmaterial mit einfacher Wortwahl angeboten wird. Während der Erhebungen wird allerdings darauf hingewiesen, dass eine optimale Versorgung von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund aufgrund von strengen Therapieleitlinien erschwert wird.

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund mit der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Bedarfe ist in den Bundesländern unterschiedlich. Während Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund aus SH ihre Bedürfnisse als ausreichend berücksichtigt sehen, weisen Rehabilitanden/innen aus NRW auf Optimierungspotenziale hin.

Bundesländerübergreifend lässt sich feststellen, dass sich Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen über die Grenzen bei der Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarfen während des Reha-Aufenthaltes bewusst sind. Dennoch bestätigen die Befragten aus beiden Bundesländern, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung eine positive Wirkung auf ihre Zufriedenheit hätte.

Nachsorge

Die Ergebnisse aus allen Forschungszugängen deuten darauf hin, dass Nachsorgeangebote von Patienten/innen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen werden als von Patienten/innen ohne Migrationshintergrund. Dies begründen die Befragten vor allem damit, dass Nachsorgeangebote nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst sind. Beispielsweise können Nachsorgeempfehlungen nicht umgesetzt werden, weil mehrsprachiges Fachpersonal (Therapeuten/innen, Psychologen/innen etc.) nicht in ausreichendem Maße verfügbar ist.

Migrationssensibilität in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Forschungszugangs- und bundeslandübergreifend zeigt sich, dass migrationssensible Versorgungskonzepte bisher kaum oder nur unsystematisch zum Einsatz kommen. Dennoch wird während der Erhebungen deutlich, dass die Migration bzw. der Migrationshintergrund von Rehabilitanden/innen für Behandelnde während der rehabilitativen Versorgung einen hohen Stellenwert hat und diese versuchen, individuelle Bedarfe und Bedürfnisse weitestgehend zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen einer migrationssensiblen Versorgung, dem subjektiven Wohlbefinden der Rehabilitanden/innen und dem Behandlungserfolg deutlich.

Hürden und Hindernisse

Als größte Herausforderung bei der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten wurden vor allem fehlende finanzielle Mittel genannt. Auch begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen erschweren eine migrationssensible Versorgung in den Einrichtungen. Gleichzeitig wird während der Erhebungen darauf hingewiesen, dass Optimierungsbedarf bei der Vernetzung zwischen der ambulanten, der stationären und der rehabilitativen Versorgung, besteht. Darüber hinaus wird die Priorität der Kostenträger hinsichtlich der Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte von den Mitarbeitern/innen als eher gering eingeschätzt.

4. Diskussion

4.1 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung sollte einige Limitationen berücksichtigen.

(1) *Postalische Befragung*: Die Rücklaufquote im Rahmen der postalischen Befragung entspricht in etwa dem Rücklauf früherer postalischer Befragungen in der Rehabilitation (Kockert & Schott 2014) und liegt über dem Niveau thematisch vergleichbarer Befragungen im stationären Krankensektor (Blum & Steffen 2012). Es ist allerdings anzunehmen, dass insbesondere die Einrichtungen an der Befragung teilgenommen haben, bei denen Interesse an der Thematik besteht. Der tatsächliche Anteil von Einrichtungen in NRW und SH, die migrationssensible Angebote und Strukturen vorhalten, wird dadurch vermutlich überschätzt.

Außerdem basiert die quantitative Erhebung auf den Selbstangaben der befragten ärztlichen und Verwaltungsleitungen. Es ist daher möglich, dass die Migrationssensibilität der eigenen Einrichtung überschätzt wird. Es bleibt ferner unklar, ob die Befragten den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund auf Basis der eigenen Dokumentation nachvollzogen oder lediglich gemäß der eigenen Wahrnehmung geschätzt haben.

(2) *Dokumentenanalyse*: Es ist anzunehmen, dass die analysierten Webseiten nicht zwingend die Versorgungsrealität widerspiegeln. Inwieweit die auf den Webseiten der untersuchten Einrichtungen zu findenden Informationen den tatsächlich für Menschen mit Migrationshintergrund vorgehaltenen Angeboten in den Einrichtungen entsprechen, ist nicht zu sagen. Da die Internetauftritte einiger einbezogener Einrichtungen über den Kostenträger verwaltet werden und die Struktur sowie die präsentierten Inhalte hierdurch vorgegeben und ggf. limitiert sind, ist zu erwarten, dass auf den Webseiten dieser Einrichtungen das Klinikprofil sowie die verfügbaren Angebote nicht vollständig dargestellt sind. Zur Überprüfung der Ergebnisse wäre eine weitere empirische Erhebung und Bewertung von migrationssensiblen Angeboten in Einrichtungen erforderlich.

(3) *Fokusgruppeninterviews*: Die Fokusgruppenbefragungen erfolgten auf Grundlage der Ergebnisse aus der quantitativen Fragebogenerhebung und der Dokumentenanalyse. Ziel der ergänzenden, qualitativen Befragung war es nicht, möglichst repräsentative Daten zu erhalten, sondern das Forschungsthema aus verschiedenen Perspektiven genauer zu beleuchten und neues Wissen zu generieren. Obwohl die Fokusgruppen in NRW aufgrund von Personalengpässen nicht in vorgesehener Größe organisiert werden konnten, wurden alle Fragen des Leitfadens beantwortet. Aufgrund der Informationssättigung hätten zusätzliche Teilnehmer/innen womöglich keine weiteren Vorteile gebracht.

Ein weiterer limitierender Aspekt ist die Anzahl der Fokusgruppenbefragungen. Ursprünglich sollten fünf Fokusgruppenbefragungen durchgeführt werden. Aufgrund von Umbauarbeiten konnte die Fokusgruppenbefragung in einer Kooperationsklinik, in der bereits eine Vielzahl

von verschiedenen migrationssensiblen Versorgungskonzepten angeboten werden, nicht durchgeführt werden.

Ein Vergleich zwischen Kliniken ohne migrationssensible Versorgungskonzepte mit Einrichtungen, in denen bereits migrationssensible Konzepte implementiert werden konnten, hätte die Entwicklung von Lösungsansätzen und Handlungsempfehlungen vereinfacht.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Betrachtung nur einer speziellen Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, in diesem Fall der türkischen, nur eingeschränkte Schlüsse zulässt. Während der Befragungen wurde sehr häufig auf die Diversität der verschiedenen Migranten/innengruppen hingewiesen. Aber auch in der Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund selbst besteht eine große Heterogenität (Brzoska & Razum, 2015). Um Menschen mit Migrationshintergrund eine bedarfs- und bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung bieten zu können, müssen daher weitere Forschungen durchgeführt werden, die die Vielfalt dieser Bevölkerungsgruppe besser abbilden.

Darüber hinaus wurden nur Mitarbeiter/innen aus der gleichen hierarchischen Ebene befragt. Um möglichen Hemmungen auf Seiten der Mitarbeiter/innen entgegenzuwirken, wurde die Klinikleitung während der Fokusgruppenbefragungen außen vorgelassen.

(4) Rehabilitanden/innen-Befragung: Weitere limitierende Aspekte sind im Rahmen der Patienteninterviews zu beleuchten.

Die Rekrutierung von Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund erwies sich aufgrund der geringen Anzahl von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in SH und der teilweisen geringen Bereitschaft zur Teilnahme als schwierig. Diese Rekrutierungsprobleme führten zur Verzögerung im Projektablauf. Aufgrund der Rekrutierungsschwierigkeiten wurden zur Erreichung der angezielten Rekrutierungszahlen die Einschlusskriterien im Laufe der Erhebung auf weitere Indikationsbereiche (Kardiologie) sowie Maßnahmen (Anschlussheilbehandlung) erweitert. Ursprünglich war ausschließlich die Rekrutierung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der orthopädischen Rehabilitation im Heilverfahren vorgesehen. Durch den Einschluss von AHB-Patienten/innen war die Erfassung der geplanten Aspekte in den leitfadengestützten Längsschnitt-Interviews dieser Patientengruppe limitiert. Aufgrund des abweichenden Antragsverfahren bei AHB-Patienten/innen konnte von diesen der Themenbereich „Erfahrung bei der Antragstellung“ und hier insbesondere „Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung“ nicht erfasst werden. Alle weiteren vorgesehenen Aspekte u.a. Erwartungen im Hinblick auf die ärztliche, pflegerische und psychologische Betreuung, auf die Rehabilitationsplanung/-zielsetzung, Unterbringung, Verpflegung, Beratung, die Art und den Umfang von Angeboten, den Therapieablauf, das Rehabilitationsergebnis, auf eine mögliche Berentung und die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation konnten gleichermaßen von den teilnehmenden Rehabilitanden/innen erfasst werden. Positiv ist zu bewerten, dass durch die erweiterte Rekrutierungsstrategie ein breiterer Blickwinkel auf unterschiedliche Versorgungserwartungen ermöglicht wurde.

Für die weitere Forschung mit Menschen mit Migrationshintergrund sollten die möglichen Pendelzeiten älterer Rehabilitanden/innen berücksichtigt werden. Hierdurch konnten zwei

ältere Patienten/innen einen Monat nach der Rehabilitation nicht erreicht werden, da diese im Anschluss an ihren Rehabilitationsaufenthalt in die Türkei gereist sind. Des Weiteren ist zu fragen, ob nicht - insbesondere in SH - eine sehr spezielle Gruppe von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund ausgewählt wurde und die Ergebnisse dadurch nur eingeschränkt übertragbar sein könnten (Selektionsbias). Insbesondere bei eingeschränkten Patientengruppen z.B. mit erhöhter Sprachbarriere und Analphabetismus kann möglicherweise von einer geringeren Bereitschaft zur Studienteilnahme ausgegangen werden. Um dieser Barriere zu begegnen, wurden die Einladungsflyer zur Studie bei Bedarf auch in türkischer Sprache ausgehändigt. Zudem standen in einigen Rekrutierungseinrichtungen in NRW türkischsprachige Ansprechpartner/innen für studieninteressierte Rehabilitanden/innen zur Verfügung. Inwieweit es gelungen ist die untersuchte Bevölkerungsgruppe mit allen Ausprägungen möglichst breit abzubilden, kann nur vermutet werden. Bermejo et al. (2009) und Bermejo et al. (2012) berichten, dass Menschen mit Migrationshintergrund und vorliegenden Sprachproblemen oder auch anderen kulturellen Krankheitsvorstellungen im Gesundheitssystem vielen Barrieren begegnen. Insofern ist zu erwarten, dass speziell diese Bevölkerungsgruppe rehabilitative Angebote nur mit großen Vorbehalten oder gar nicht in Anspruch nimmt. Inwiefern in der qualitativen Befragung der Heterogenität dieser Migrantengruppe Rechnung getragen werden konnte, bleibt offen. Bei der Interpretation der Daten sollte daher berücksichtigt werden, dass die Vergleichbarkeit der befragten Rehabilitanden/innen gegenüber der Population aller Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund fraglich und die Übertragbarkeit auf andere Bereiche möglicherweise eingeschränkt ist.

In weiteren Studien ist daher noch mehr die Heterogenität der Gruppe der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft zu berücksichtigen.

(5) *Experteninterview*: Für die Experteninterviews sollten ursprünglich sechs Hausärzte/innen in ihren jeweiligen Praxiseinrichtungen rekrutiert und befragt werden. Es war notwendig, zehn statt der vorgesehenen sechs Interviews durchzuführen, um einerseits die Einschlusskriterien (unterschiedliche Einbindung in die türkische Community) zu erfüllen und andererseits eine Informationssättigung zu erreichen. Die Rekrutierung von Hausärzten/innen gestaltete sich insbesondere in SH schwieriger als erwartet. Erst nach mehrmaliger telefonischer Kontaktaufnahme konnten bereitwillige Interviewpartner/innen, die den Auswahlkriterien entsprachen, gefunden werden. Ein Arzt verweigerte zudem die Tonaufnahme, sodass hier nur eine Analyse der Mitschrift vorgenommen werden konnte.

Überdies muss berücksichtigt werden, dass sich die Erhebungen aller Forschungszugänge auf orthopädische Einrichtungen in zwei Bundesländern beschränken. Inwieweit sich Ergebnisse dieser Forschungsarbeit auf Rehabilitationseinrichtungen mit anderen Indikationsbereichen, zum Beispiel psychischen Erkrankung sowie auf Einrichtungen in anderen Bundesländern übertragen lassen, muss im Rahmen weiterer Untersuchungen gezeigt werden.

4.2 Stärken der Studie

Durch den Zusammenschluss der beiden Standorte (NRW und SH) und die gemeinsame Nutzung von Ressourcen ergaben sich unterschiedliche Synergien, zum Beispiel im Hinblick auf Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen der Rehabilitationsforschung sowie der gemeinsamen Entwicklung und Testung qualitativer und quantitativer Erhebungsinstrumente.

Das Projekt wurde durch einen Beirat bestehend aus Vertretern/innen von Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträgern sowie Wissenschaftlern begleitet. Dieses diente sowohl der externen Qualitätssicherung als auch dem Einholen zusätzlicher Expertise bei der Gestaltung des Feldzugangs sowie bei der Interpretation der Ergebnisse. Der Beirat hat hierfür am Kickoff-Meeting, an der Präsentation der Zwischenergebnisse sowie am Abschlussworkshop teilgenommen und sich an der Diskussion der (Zwischen-) Ergebnisse und der Formulierung von Handlungsempfehlungen beteiligt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die auf Basis der Ergebnisse abgeleiteten Handlungsempfehlungen von Akteuren der rehabilitativen Versorgung umsetzbar und ggf. von den Kostenträgern finanzierbar sind.

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Charakteristik türkischer Migranten

Gleichermaßen beschreiben die Experten/innen aus SH und NRW Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund als eher heterogene Patientengruppen. Insbesondere bei Frauen der ersten Generation werden Schwierigkeiten in der Versorgung gesehen. Diese würden oftmals durch ein niedrigeres Bildungsniveau und eine erhöhte Sprachbarriere bedingt. Männer dieser Generation zeichneten sich ebenfalls, nach Aussage der Experten/innen, durch ein niedrigeres Bildungsniveau aus. Diese sind jedoch gesellschaftlich integrierter und haben bessere Sprachkenntnisse. Den Experten/innen zufolge haben jüngere Patienten/innen türkischer Herkunft im Vergleich zu älteren Patienten/innen einen höheren Bildungsabschluss. Auch hinsichtlich krankheitsbezogener Parameter unterschieden sich die Migranten/innen türkischer Herkunft der ersten und der zweiten Generation. Die befragten Experten/innen sowie die befragten Klinik-Mitarbeiter/innen geben an, dass türkeistämmige Rehabilitanden/innen der ersten Generation im Vergleich zu Rehabilitanden/innen der zweiten Generation häufig schmerzempfindlicher seien und eine verstärkte Chronifizierung aufwiesen.

Informiertheit der Rehabilitanden

Die Informiertheit von Patienten/innen der ersten Generation mit türkischem Migrationshintergrund hinsichtlich der Rehabilitation wird von den Ärzten/innen als eher gering eingestuft. Jüngere Rehabilitanden/innen werden im Vergleich zu älteren Rehabilitanden/innen von den befragten Reha-Mitarbeitern/innen als informierter beschrieben. Die Bekanntheit der Rehabilitation und die Informiertheit über die Inhalte seien dabei vom Bildungsgrad abhängig: Rehabilitanden/innen mit niedrigerem Bildungsniveau seien laut der Fokusgruppenteilneh-

mer/innen schlechter informiert als Rehabilitanden/innen mit hohem Bildungsniveau. Dennoch geben die befragten Klinik-Mitarbeiter/innen sowie Rehabilitanden/innen an, dass die Informiertheit über die Rehabilitation im Allgemeinen eher gering sei. Nur wenige Patienten/innen seien vor Antritt der Rehabilitation ausreichend über die Inhalte der Rehabilitation informiert. Während in SH die Experten/innen darauf hinweisen, dass die Reha den meisten Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund nicht bekannt sei, berichten die befragten Experten/innen in NRW einen hohen Bekanntheitsgrad unter türkeistämmigen Patienten/innen. Im Allgemeinen würden den Aussagen von Klinik-Mitarbeitern/innen sowie Rehabilitanden/innen zufolge am ehesten reharelevante Informationen von Bekannten oder von Familienmitgliedern, die bereits eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen haben, eingeholt.

Initiative zur und Erfahrungen mit der Antragstellung

Die Experten/innen sowie die Patienten/innen aus beiden Bundesländern geben an, dass die Antragstellung vorwiegend durch den Hausarzt/die Hausärztin initiiert werde. Nur selten erfolge die Antragstellung aus Eigeninitiative. Dies sei den Experten/innen zufolge überwiegend bei Patienten/innen mit höherem Bildungsniveau der Fall.

Als Barriere bei der Antragstellung wird auf Seiten der befragten Experten/innen das komplizierte und intransparente Antragsverfahren benannt. Zudem räumen die Hausärzte/innen ein, teilweise selbst mit der Antragstellung überfordert und eher schlecht über rehabilitative Inhalte bzw. Maßnahmen informiert zu sein. Hieraus resultierten wiederum Schwierigkeiten Patienten/innen bei der Antragstellung zu unterstützen. Des Weiteren erschwerten insbesondere Sprachbarrieren und ein ausgeprägtes Schamgefühl den Experten/innen zufolge die Antragstellung.

Auf Seiten der befragten Rehabilitanden/innen fallen die Erfahrungen bei der Antragstellung sehr unterschiedlich aus. Je nach Bildungs- und Sprachniveau hatten Rehabilitanden/innen sehr große oder überhaupt keine Schwierigkeiten. Rehabilitanden/innen mit fehlenden oder geringen Sprachkenntnissen sind bei der Antragstellung auf die Hilfe von Ärzten/innen, Arzthelfern/innen, Mitarbeitern/innen bei den Versorgungsträgern oder der Familie und Bekannten angewiesen. Befragte ohne Sprachbarriere beschreiben das Antragsverfahren als eher unkompliziert.

Erwartungen und Ziele von Rehabilitanden

Die Erwartungshaltung und die Ziele der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund sind den Experten/innen sowie den Angaben der befragten Rehabilitanden/innen zufolge sehr unterschiedlich. Die Erwartungshaltung sei dabei stark vom Bildungsgrad, dem Krankheits-/Medizinverständnis der Rehabilitanden/innen als auch von der Indikation abhängig. Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund hätten laut Expertenmeinung hohe (teilweise unrealistische) Erwartungshaltungen zu Beginn der Rehabilitation. Ein Großteil der Rehabilitanden/innen erwarte gesund zu werden oder eine Schmerzfreiheit zu erreichen. Diese unrealistischen Erwartungen seien nach Aussage der Experten/innen dabei durch geringe Informiertheit bedingt.

Die Erwartungen an den Erfolg der Rehabilitation seien auf Seiten der Rehabilitanden/innen eher gering. Nur wenige hätten die Hoffnung, ihre Ziele während der Rehabilitation erreichen zu können. Die Experten/innen aus NRW beschreiben, dass je nach Ausgangssituation die Erwartung hinsichtlich des Reha-Erfolgs unterschiedlich sei. Zum Beispiel werde bei Rehabilitanden/innen mit Rentenbegehren weniger mit einer gesundheitlichen Verbesserung gerechnet als bei Rehabilitanden/innen, die an einer Anschlussheilbehandlung teilnehmen. Auch die Rehabilitationsziele der Rehabilitanden/innen mit türkischer Herkunft hingen den Hausärzten/innen aus NRW zufolge mit der Ausgangssituation zusammen. Bei Rentenbegehren werde weniger auf eine gesundheitliche Verbesserung gehofft, als bei jüngeren Rehabilitanden/innen, deren Ziel ein Berufswiedereinstieg ist. Laut Rehabilitanden/innen und Mitarbeitern/innen gehören Schmerzfreiheit sowie Erholung und Gesund zu den meist genannten Zielen.

Generelle Zufriedenheit mit der Rehabilitation

Experten/innen aus SH beschreiben Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund als eher unzufrieden, wohingegen sich Experten/innen aus NRW eher auf den Zusammenhang zwischen den Erwartungen bzw. der Erwartungshaltung und der Zufriedenheit mit der Rehabilitation beziehen.

Die Rehabilitand/innen-Befragungen zeigen, dass der Großteil der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund mit der Rehabilitationsmaßnahme im Allgemeinen zufrieden ist. Allerdings wurden auch Rehabilitand/innen mit Migrationshintergrund befragt, die vor allem aufgrund unerfüllter Erwartungen, gänzlich unzufrieden sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zufriedenheit mit der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei Menschen ohne Migrationshintergrund ist. Mögliche Gründe dafür sind erhöhte oder falsche Erwartungen und Schwierigkeiten in einzelnen Reha-Phasen.

Zufriedenheit mit dem Rehabilitationserfolg/Wirksamkeit

Die befragten Hausärzte/innen erklären, dass Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund mit der Rehabilitation unzufrieden seien, wenn sie ihre Erwartungen und Ziele als nicht erfüllt ansehen. Gleichzeitig entsteht Unzufriedenheit aufgrund von mäßigem Reha-Erfolg. Dies zeigt sich vor allem in den Rehabilitanden/innen-Befragungen. Rehabilitanden/innen fühlen sich im Anschluss der Rehabilitation häufig noch nicht bereit für den Arbeitseinstieg.

Wirksamkeit der Rehabilitation

Hausärzte/innen aus SH erklären, dass motivierte Patienten/innen eher von einer Rehabilitation profitieren würden. Hausärzte/innen aus NRW beschreiben, dass die Wirksamkeit je nach Indikation und Erkrankung unterschiedlich sei. Den Experten/innen-Befragungen zufolge nähmen Patienten/innen ohne Migrationshintergrund Rehabilitationsmaßnahmen früher in Anspruch und haben daher bessere Genesungschancen.

Die befragten Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund geben an, sich während bzw. nach der Rehabilitationsmaßnahme im Allgemeinen erholt zu fühlen und zumindest eine leichte Besserung des Gesundheitszustands festzustellen.

Während der Experten/innen- und Rehabilitanden/innen-Befragungen zeigt sich, dass es Unterschiede bei der Wirksamkeit zwischen Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Mögliche Gründe dafür sind der Zeitpunkt der Inanspruchnahme und die Motivation der Rehabilitanden/innen.

Sprach- und Verständigungsprobleme

Während der Befragung von Rehabilitanden/innen wird deutlich, dass vor allem Sprachbarrieren zu Verständigungsproblemen führen. Gleichzeitig betonen die Klinik-Mitarbeiter/innen, dass Sprachbarrieren die Behandlung und Betreuung von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund erschweren.

Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge

Sowohl die Klinik-Mitarbeiter/innen als auch die Rehabilitanden/innen erklären, dass bei Verständigungsschwierigkeiten um Hilfe gebeten (Bekannte, Familienangehörige, mehrsprachige Mitarbeiter/innen usw.) wird oder versucht wird sich mittels Körpersprache auszudrücken. Während der Fokusgruppenbefragungen wird angegeben, dass auch mehrsprachiges Informationsmaterial verwendet wird. Allerdings erklären die Klinik-Mitarbeiter/innen, dass schriftliches Material bei Analphabeten nicht zielführend ist.

Kulturspezifische Herausforderungen

Während der Rehabilitanden/innen-Befragung wird deutlich, dass sich Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche von Rehabilitanden/innen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund haben teilweise andere kulturspezifische bzw. religiöse Wünsche, Erwartungen, und Bedürfnisse wie beispielsweise den Wunsch nach mehrsprachigen Mitarbeiter/innen und Angeboten, Verpflegung entsprechend religiöser Richtlinien und gleichgeschlechtlichen Gruppenangeboten usw. Auf der anderen Seite wird von den Klinik-Mitarbeitern/innen berichtet, dass eine kultur- und individualsensible Versorgung aufgrund strenger Therapieleitlinien erschwert werde.

Während der Fokusgruppenbefragungen werden Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund als schmerzempfindlicher beschrieben und erklärt, dass weibliche Rehabilitandinnen mit Migrationshintergrund häufig gemischtgeschlechtliche Gruppentherapien ablehnen würden. Zudem wird betont, dass die Behandlung und Versorgung von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund mit mehr bzw. zusätzlicher Arbeit verbunden sei. Das Gesundheitspersonal erklärt, dass die rehabilitative Versorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, bedingt durch das geringe Bildungsniveau, zusätzlich erschwert werde. Als positiven Aspekt führen die Klinik-Mitarbeiter/innen während der Fokusgruppeninterviews auf, dass der familiäre Zusammenhalt bei Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund größer sei. Dieser Aspekt sei vor allem für die Zeit nach der Rehabilitation, also für die Pflege oder Unterstützung im Alltag, von Vorteil.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in allen Rehabilitationsphasen kulturspezifische Herausforderungen gibt und dass eine optimale rehabilitative Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund verschiedener Faktoren, vor allem aber aufgrund von strengen Therapieleitlinien und einem geringen Bildungsniveau auf Seiten der Rehabilitanden/innen und den damit oftmals erhöhten einhergehenden Versorgungserwartungen, erschwert wird.

Umgang mit kulturspezifischen Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge

Die Rehabilitanden/innen-Interviews in SH zeigen, dass Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund ihre Bedürfnisse während der Rehabilitationsmaßnahme als ausreichend berücksichtigt ansehen. In NRW sieht der Großteil der befragten Rehabilitanden/innen Optimierungsbedarf hinsichtlich der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse. Dennoch sind den meisten Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund Grenzen bei der Berücksichtigung von Bedürfnissen in der Rehabilitation bewusst (z.B. Angebot von Halal-Kost etc.).

Die postalische Befragung zeigt, dass in den wenigsten Kliniken migrationssensible Konzepte vorliegen und zum Einsatz kommen. Während der Befragung der Klinik-Mitarbeiter/innen wurde dennoch häufig angegeben, dass versucht werde, auf individuelle Bedürfnisse von Rehabilitanden/innen einzugehen. Die Klinik-Mitarbeiter/innen erklären, dass für die Berücksichtigung von speziellen Bedürfnissen, diese bekannt sein müssen. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, Schulungen zur Sensibilisierung der Klinik-Mitarbeiter/innen anzubieten.

Nachsorge

Die Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten wird von den Experten/innen in SH als eher gering eingeschätzt. Während der Befragung der Hausärzte/innen in NRW wird häufig über die Bereitstellung von Angeboten für Rehabilitanden/innen mit Sprachdefiziten diskutiert. Ihnen zufolge könnten Rehabilitanden/innen mit mangelnden Sprachkenntnissen häufig keine Nachsorgeempfehlungen in Anspruch nehmen, da mehrsprachige Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Psychologen/innen etc. nicht flächendeckend zur Verfügung stünden.

Auch die befragten Rehabilitanden/innen merken an, dass nach der Rehabilitation oftmals keine weiteren Maßnahmen folgen würden. Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund nehmen im Vergleich zu Rehabilitanden/innen ohne Migrationshintergrund, Nachsorgeangebote seltener in Anspruch. Wenn Nachsorgeempfehlungen in Anspruch genommen werden, werden diese positiv bewertet.

Migrationssensible Ausrichtung (bestehende Konzepte)

Sowohl in der Dokumentenanalyse als auch in der postalischen Befragung und den Fokusgruppenbefragungen zeigt sich, dass in den meisten Kliniken keine migrationssensiblen Konzepte angeboten werden. Häufig geben die Klinik-Mitarbeiter/innen an, dass es zwar keine konkreten migrationssensiblen Konzepte gebe, allerdings Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse genommen werde.

Bewertung und Stellenwert migrationssensibler Versorgungskonzepte

Im Rahmen der Fokusgruppen- und der postalischen Befragung wird deutlich, dass Migrationssensibilität in Rehabilitationseinrichtungen einen hohen Stellenwert hat. Allerdings geben Klinik-Mitarbeiter/innen an, dass es auch Grenzen bei einer migrationssensiblen Versorgung gebe. Das Gesundheitspersonal setzt zudem ein gewisses Maß an Integrationsbereitschaft und Motivation von Seiten der Rehabilitanden/innen voraus. Die Befragung der Klinikleiter/innen und Klinik-Mitarbeiter/innen weisen auf einen Zusammenhang zwischen Migrationssensibilität, dem Wohlbefinden und dem Behandlungserfolg von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund hin.

Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung migrationssensibler Maßnahmen

Bei der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten gibt es verschiedene Hürden und Hindernisse. Zum einen werden fehlende finanzielle Mittel als größte Herausforderung genannt. Aber auch begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen werden als strukturelle und organisatorische Schwierigkeit gesehen.

Klinik-Mitarbeiter/innen aus SH beschreiben die Problematik der unzureichenden Vernetzung zwischen dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungssektor. Darüber hinaus gehen sie auf die Schwierigkeit der Erfassung von speziellen Bedürfnissen ein. In NRW erklären die Mitarbeiter/innen, dass die Implementierung neuer Konzepte mit mehr Arbeit und Aufwand verbunden sei. Gleichzeitig wird die Priorität der Kostenträger für die Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte, vom Gesundheitspersonal, als eher gering eingeschätzt. Von den Klinik-Mitarbeitern/innen in SH werden vor allem strukturelle und organisatorische Änderungen, wie beispielsweise die Aufstockung des Personals und finanzieller Ressourcen, vorgeschlagen. In NRW benennen die Klinik-Mitarbeiter/innen kostengünstige Konzepte, beispielsweise Patientenleitsysteme oder weitere Einmal-Investitionen, als Lösungsvorschlag.

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund

Die Bedeutung von Versorgungserwartungen von Patienten/innen an die Rehabilitation ist in den letzten Jahren zunehmend thematisiert worden und wurde vielfach in verschiedenen Studien untersucht (Deck et al. 1998; Deck 1999; Faller et al. 2000; Kühn et al. 2001). Bislang gibt es nur wenige Studien, die Hinweise auf die Versorgungserwartungen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund hinsichtlich der rehabilitativen Versorgung geben. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund zu Beginn einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen.

Die Erwartungshaltung von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund ist den Ergebnissen unserer Studie zufolge sehr unterschiedlich. Dies ist zum einen mit der He-

terogenität der fokussierten Bevölkerungsgruppe zu erklären (Brzoska & Razum 2015), aber auch andere Faktoren wie die Indikation scheinen für die Erwartungshaltung hinsichtlich der rehabilitativen Versorgung relevant zu sein. Auch in Studien von Deck et al. (1998) und Faller et al. (2000) konnten Zusammenhänge von Indikationsbereichen mit unterschiedlichen Versorgungserwartungen unabhängig vom Migrationshintergrund festgestellt werden. Auf signifikante Unterschiede in den rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepten von Patienten/innen mit chronischem Rückenschmerz und Depression weisen ebenso die Ergebnisse von Heyduck et al. (2011) hin. Die eben genannten Studien sowie unsere Studienergebnisse legen nahe, dass die vorliegende Indikation sowohl bei Menschen ohne als auch mit Migrationshintergrund ein entscheidender Faktor für die Ausbildung von bestimmten Versorgungsvorstellungen sein kann.

Die Daten unserer Studie weisen zudem auf Zusammenhänge zwischen der Erwartungshaltung türkeistämmiger Rehabilitanden/innen und dem vorliegenden Bildungsgrad sowie dem Krankheits-/Medizinverständnis der Betroffenen hin. Die Ausprägung von Versorgungsbedürfnissen zeigte sich im Rahmen der Studie stark vom Bildungsgrad sowie vom Krankheits-/Gesundheitsverständnis der Rehabilitanden/innen abhängig. Auch die Untersuchungsergebnisse von Brause et al. (2010), Zenz et al. (1989) und Dierks et al. (1995) verweisen darauf, dass unterschiedliche Krankheitskonzepte mit unterschiedlichen Prioritäten bei den Behandlungserwartungen einhergehen. Die Abhängigkeit der Rehabilitationserwartungen von der subjektiven Krankheitstheorie des einzelnen Patienten/innen lässt sich somit sowohl in der Bevölkerungsgruppe mit sowie ohne Migrationshintergrund wiederfinden.

Eine eher passivere rehabilitative Behandlungserwartung erklärt sich nach der Auffassung von Schmelting-Kludas (2004) durch ein schlechteres Bildungsniveau türkischer Migranten. Diese Feststellung deckt sich mit den Beobachtungen in unserer Studie.

Der Großteil der befragten Rehabilitanden/innen gab im Rahmen der ersten Befragung an, vor allem Erholung und eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erwarten. Der hohe Stellenwert von Erholung wird von einer Vielzahl von Studien in der Literatur für Menschen ohne Migrationshintergrund bestätigt (Faller et al. 2000; Lehr et al. 1996; Bergelt et al. 2000; Deck et al. 1998). Eine der am häufigsten durch Patienten/innen mit Migrationshintergrund formulierten Erwartungen im Rahmen der VeReMi-Studie war die Erwartung, durch die Teilnahme an einer Rehabilitation generell gesund zu werden. Thies et al. (2008) bestätigen, dass sich die Erwartungen von Rehabilitanden/innen mehrheitlich auf eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit konzentrieren. Auch der Vergleich mit den Ergebnissen von Haase et al. (2011) zeigt, dass orthopädische Patienten/innen, zu denen auch die befragten unserer Stichprobe mehrheitlich zählten, ebenfalls am häufigsten die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes erwarten.

Eine weitere Versorgungserwartung, die von vielen türkeistämmigen Rehabilitanden/innen unserer Studie geäußert wurde, umfasste die Reduktion bzw. die Erlangung einer Schmerzfreiheit im Rahmen der Rehabilitation. Menschen mit türkischem Migrantenhintergrund, vor allem jene der älteren Generation, haben häufig, entsprechend ihrer Herkunft, ein anderes Verständnis von Krankheit und Heilung, das durch kulturelle und religiöse Aspekte geprägt ist. Die im Vergleich zur deutschen Bevölkerung stärkere Schmerzempfindung kann zumeist durch dieses kulturell geprägte Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis erklärt werden (Ete

1995). So weisen auch Studien aus der ambulanten Versorgung auf eine signifikant erhöhte Schmerzbetonung von türkischen Patienten/innen hin (Ferber et al. 2003). Dieses andere Verständnis von Schmerz geht mit einer anderen Heilungsvorstellung, auch im Kontakt mit den Behandelnden einher. Dementsprechend kann dies zu teilweise hohen und unrealistischen Versorgungserwartungen der Rehabilitanden/innen mit türkischer Herkunft an eine Rehabilitationsleistung führen.

Diese Migrantengruppe mit traditionell geprägtem Behandlungsverständnis, die sich vor allem der ersten Generation zuordnen lassen, äußerte zudem vergleichsweise häufig den Wunsch nach individueller Behandlung und Betreuung. Die Rehabilitanden/innen erhofften sich insbesondere mehr Zeit und Austausch mit dem behandelnden Arzt während der Reha. Bereits Kroeger et al. wiesen 1986 darauf hin, dass ältere türkeistämmige Patienten/innen insbesondere mit Sprachbarrieren häufiger überzogene Versorgungserwartungen an die medizinische Versorgung zeigen und die Arzt-Patienten-Beziehung, wie sie in Deutschland üblich ist, als eher unzureichend empfinden.

Die teilweise unrealistischen Erwartungen türkischer Rehabilitanden/innen können sich ebenso auf die geringe Informiertheit der Betroffenen zurückführen lassen. Die Untersuchungen dieser Arbeit zeigen einen erheblichen Informationsmangel über die Rehabilitation bei den befragten Rehabilitanden/innen. Bedenklich erscheint hierbei, dass als Informationsquelle an erster Stelle Bekannte und Familienangehörige benannt werden. Demzufolge kann vermutet werden, dass die subjektiven Rehabilitationserwartungen der Befragten überwiegend durch das familiäre Umfeld und weniger durch den Arzt/die Ärztin bestimmt werden. Möglicherweise ist es vor allem für türkische Patienten/innen, die entweder gar nicht oder nur unzureichend über die Angebote in der Rehabilitation informiert sind und ggf. durch Sprachbarrieren eingeschränkt sind, schwierig, realistische und präzise Erwartungen zu entwickeln und zu formulieren. Auch Meyer et al. (2008) stellten anhand leitfadengestützter qualitativer Interviews mit Rehabilitanden/innen fest, dass Patienten/innen große Schwierigkeiten haben, ihre Ziele bzw. Erwartungen an die Rehabilitation zu formulieren. Ebenso stieß Deck (2006) im Rahmen einer Studie mit Rückenschmerzrehabilitanden/innen auf teilweise hohe und unrealistische Erwartungen. Nach Deck (2003) können Reha-Informationen als Quellen rehabezogener Patientenerwartungen als zusätzliche Einflussfaktoren von Reha-Effekten betrachtet werden. Durch die Bereitstellung von gezielten Informationen lassen sich Erwartungen von Patienten/innen ggf. schon im Entstehungsprozess steuern. Hierdurch könnte ein Beitrag zur Optimierung der Rehabilitationsprozesse und -ergebnisse geleistet werden.

Hinsichtlich der Verpflegung zeigte sich erwartungsgemäß, dass für türkeistämmige Rehabilitanden/innen die Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse eine große Rolle während der Rehabilitation spielt. Für muslimische Rehabilitanden/innen hat insbesondere eine Verpflegung ohne Schweinefleisch einen hohen Stellenwert. Für diese stellt Schweinefleisch ein unreines Nahrungsmittel dar, das nach islamischem Verständnis verboten ist (Al-Mutawaly 2000). Da traditionell orientierte Muslime häufig den angebotenen Gerichten in den Einrichtungen misstrauen und befürchten, dass diese Schweinefleisch enthalten, wie Becker et al. (1998) und unsere Daten zeigen, sind Erwartungen an eine stärkere Berücksichtigung der Verpflegungsbedürfnisse von muslimischen Rehabilitanden/innen nachvollziehbar und sollten im Rahmen der Maßnahme aufgegriffen werden. Ein stärkeres Augenmerk auf die sub-

jektiven Rehabilitationserwartungen von Patienten/innen mit Migrationshintergrund könnte die Zufriedenheit sowie den Rehabilitationserfolg nachhaltig verbessern. Eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Vorstellungen, mit welchen die Patienten/innen in die Rehabilitation kommen, bietet Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechtere und patientenorientiertere Gestaltung der Rehabilitation.

Probleme, Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung und der Rehabilitation

Verständigungsprobleme zwischen türkischen Rehabilitanden/innen und Mitarbeitern/innen stellen in der rehabilitativen Versorgung eine große Herausforderung dar. Wie auch Ergebnisse aus früheren Untersuchungen zeigen (Brause et al. 2010; Mösko et al. 2011), sind die deutschen Sprachkenntnisse der türkischen Rehabilitanden/innen sehr unterschiedlich. Insbesondere die ältere Generation weist sprachliche Defizite auf, wohingegen die jüngere Generation, den Erfahrungen der Mitarbeiter/innen zufolge, nur noch selten Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hat. Verständigungsprobleme aufgrund geringer bzw. fehlender Sprachkenntnisse betreffen alle Phasen und Bereiche der Rehabilitation und können den Rehabilitationsprozess und -erfolg negativ beeinflussen.

Forschungszugangsübergreifend zeigt sich, dass bereits bei der Antragstellung erste Barrieren für Rehabilitanden/innen mit mangelnden Sprachkenntnissen entstehen. Befragte Hausärzte/innen erklären, dass Menschen mit mangelnden Sprachkenntnissen häufig größere Schwierigkeiten haben, Anträge und Formulare für eine Rehabilitationsmaßnahme auszufüllen und einzureichen. Sie betonen auch, dass Patienten/innen mit Migrationshintergrund aufgrund der Komplexität des Verfahrens Unterstützung bei der Antragstellung benötigen. Auch die Health Literacy, also die Fähigkeit gesundheitsbezogene Informationen zu beschaffen und damit umzugehen, spielt dabei eine Rolle. Den Erfahrungen der Mitarbeiter/innen zufolge sind ältere Menschen türkischer Herkunft häufig aufgrund des niedrigeren Bildungsniveaus weniger über die Ursachen ihrer Krankheit, die Erkrankung selbst und die Rehabilitation informiert. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen von Messer et al. (2015), die darauf hinweisen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Health Literacy deutlich schlechter abschneiden im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (Messer et al. 2015), wodurch der Zugang und die Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Interventionsmöglichkeiten gefährdet ist, denn Informationsdefizite beeinflussen sowohl die Antragstellung, als auch den Rehabilitationsprozess in der Einrichtung negativ (Glodny et al. 2010). Andererseits wird von den befragten Experten/innen auch über Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund berichtet, die gut über ihre Erkrankung informiert sind, dies aber aufgrund von Sprachbarrieren nicht zum Ausdruck bringen können. In beiden Fällen sind Rehabilitanden/innen mit Sprach- und Informationsdefiziten benachteiligt und erhalten keinen Zugang zur Rehabilitation oder können nicht in vollem Maß von ihrer Rehabilitationsmaßnahme profitieren.

Weitere Gründe für die Entstehung von Zugangsbarrieren zur Rehabilitation sind unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsverständnisse. Beispielsweise kann Brause et al. (2010) zufolge die fehlende Berücksichtigung von individuellen Krankheitsursachenzuschreibungen einen negativen Effekt auf den Zugang und die Wirksamkeit einer Rehabilitations-

maßnahme haben. Aber auch Ängste und ein ausgeprägtes Schamgefühl können für Menschen mit Migrationshintergrund eine Barriere darstellen. Einige der weiblichen Rehabilitandinnen geben während der Befragungen an, Hemmungen gehabt zu haben, einer Rehabilitationsmaßnahme zuzustimmen. Begründet wurde dies häufig damit, dass sie nicht von ihrer Familie und ihrem sozialen Umfeld getrennt sein wollen.

Diese Aspekte werden auch im Rahmen der Rehabilitanden/innen-Befragungen bestätigt. Unterstützung bei der Antragstellung erhalten Rehabilitanden/innen häufig in Arztpraxen, bei den Versorgungsträgern oder von der Familie, Freunden oder Bekannten. Werden Rehabilitanden/innen mit Sprach- und Informationsdefiziten während der Antragstellung nicht unterstützt, ist der Zugang zur Rehabilitation gefährdet (Brzoska et al. 2010).

Wie auch in anderen Erhebungen (Schmeling-Kludas et al. 2003) erklären Klinik-Mitarbeiter/innen, dass sprachliche Defizite, insbesondere bei Aufnahmegesprächen und Behandlungen zu Missverständnissen oder sogar zu Fehldiagnosen und -behandlungen führen können. Auch kann der fehlende Austausch zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen hinsichtlich ihrer Rehabilitationsziele zu unerfüllten Versorgungserwartungen führen und somit die Ergebnisqualität negativ beeinflussen (Brzoska et al. 2014; Brzoska & Razum 2015).

Eine weitere Herausforderung durch Sprachprobleme stellt sich dem Gesundheitspersonal bei Schulungsprozessen, wie zum Beispiel in Seminaren. Die Mitarbeiter/innen weisen zwar daraufhin, dass Schulungen häufig mithilfe von Animationen präsentiert werden, allerdings erhalten Rehabilitanden/innen mit geringen oder fehlenden Sprachkenntnissen trotzdem nur unvollständige Informationen. Ebenso besteht die Gefahr, nicht vollständig verstandene Informationen falsch zu interpretieren und somit den Genesungsprozess und den Rehabilitationserfolg zu gefährden. Auch bleibt das Ziel, die Schulung der Gesundheitskompetenz, in diesem Zusammenhang unerfüllt. Die Aneignung von Informationen bezüglich der Erkrankung und der Krankheitsursache sowie Wissen zur Krankheitsbewältigung bleiben Rehabilitanden/innen mit Sprachproblemen somit verwehrt (Hübner et al. 2008). Wie auch Schwarz et al. (2015) berichten, wird die Herausforderung im Umgang mit Sprachproblemen durch Analphabetismus der Rehabilitanden/innen verstärkt. Weil Lagepläne der Klinik oder Therapiepläne nicht gelesen werden können, werden Termine und Therapien verpasst, wodurch die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme eingeschränkt wird.

Hinsichtlich kulturbedingter Herausforderungen machten die meisten Klinik-Mitarbeiter/innen Unterscheidungen zwischen weiblichen und männlichen Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft. Rehabilitandinnen mit türkischem Migrationshintergrund wurden im Rahmen der Befragungen häufig als eher zurückhaltend beschrieben. In einer früheren qualitativen Studie wird von einer „kulturellen bzw. religiösen Barriere“ für weibliche Rehabilitanden türkischer Herkunft, insbesondere bei muslimischen Frauen, berichtet (Brzoska et al. 2010a). Elemente der Rehabilitationsmaßnahme, wie beispielsweise geschlechtergemischte Gruppenangebote, werden den Befragten zufolge nicht selten aufgrund religiöser Gründe abgelehnt. Den Aussagen der Mitarbeiter/innen zufolge wird die Behandlung und Betreuung durch weibliches Gesundheitspersonal von türkischen Rehabilitandinnen häufig bevorzugt. Männliche türkeistämmige Rehabilitanden haben den Erfahrungen der befragten Psychologen/innen zufolge häufig Schwierigkeiten, ihre Erkrankung zu akzeptieren und Unterstützung in An-

spruch zu nehmen. Ein möglicher Grund dafür könnte das traditionelle Rollenverständnis von Männern türkischer Herkunft sein, von der auch Czock (1990) und Gestring et al. (2006) sprechen. Nach diesem Verständnis ist der Mann das „Familienoberhaupt“ und hat dementsprechend Pflichten gegenüber seiner Familie (Czock 1990). Daher fällt es türkischen Rehabilitanden möglicherweise in besonderem Maß schwer, Schwächen zu zeigen, „sich nicht die Blöße zu geben, die Rolle des Mannes in Frage zu stellen“, wie es ein Interviewpartner (Psychologe, 33) im Rahmen der Fokusgruppenbefragung ausdrückt. Die Interviewpartner/innen wiesen gleichzeitig daraufhin, dass vor allem männliche Rehabilitanden türkischer Herkunft an Ängsten vor sozialer Ausgrenzung leiden. Gründe für die soziale Ausgrenzung seien dabei unter anderem der Rehabilitationsaufenthalt selbst bzw. die diagnostizierte Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine psychische Krankheit, wie eine Depression, handelt. Während der Analyse der Fokusgruppenbefragungen wird deutlich, dass Menschen türkischer Herkunft oftmals aufgrund ihres muslimischen Glaubens ein anderes Krankheitsverständnis haben. So beschreibt das Gesundheitspersonal Menschen mit Migrationshintergrund häufig als schmerzempfindlicher im Gegensatz zu Menschen ohne Migrationshintergrund. Auf der anderen Seite gibt es qualitative Befragungen, in denen Patienten/innen türkischer Herkunft wiederholt berichten, dass „ihre Schmerzbeschreibungen von Ärzten/innen nicht immer verstanden“ werden (Brzoska et al. 2010a). Wie auch Brzoska und Razum (2015) beschreiben, können verschiedene Verständnisse hinsichtlich der Erkrankung und der Krankheitsursache zu Missverständnissen zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen führen, wodurch nicht nur der Zugang zur Rehabilitation, sondern auch der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme gefährdet ist.

Bestehende Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund

Die postalische Befragung zeigt, dass fast alle befragten orthopädischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW und SH Menschen mit Migrationshintergrund behandeln. Obwohl eine migrationssensible Versorgung von den befragten Rehabilitationseinrichtungen als wichtig erachtet wird und Menschen mit Migrationshintergrund in fast allen Einrichtungen zum Patientenprofil gehören, kommen allerdings sowohl auf Ebene der Organisationsstruktur als auch auf Ebene konkreter Versorgungsangebote entsprechende Maßnahmen nur unsystematisch zum Einsatz. Dies bestätigt eine frühere qualitative Untersuchung zur Rehabilitanden/innen-Sicht (Brzoska et al. 2010) und die Fokusgruppenbefragung des VeReMi-Projektes. Auch mit kultur- und religionsbedingten Herausforderungen wird in Rehabilitationseinrichtungen bisher nur vereinzelt strukturiert bzw. organisiert umgegangen. Zwar zeigen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung (Brzoska et al. 2016b) und der Fokusgruppenbefragungen, dass in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation auf religionsbedingte Ernährungswünsche (z.B. kein Schweinefleisch) eingegangen wird, dennoch werden weitere Aspekte, wie gleichgeschlechtliche Sportangebote bisher nur vereinzelt angeboten. Gleichzeitig werden den Erfahrungen der Befragten zufolge Behandlungen von Rehabilitanden/innen muslimischen Glaubens häufig aufgrund religiöser Aspekte abgebrochen. Um auch Menschen muslimischen Glaubens die Möglichkeit bieten zu können, eine Rehabilitationsmaßnahme vollständig abzuschließen, müssen nutzerorientierte Konzepte entwickelt werden.

Wie auch aus den Ergebnissen der postalischen Befragung und der Befragung von Teilnehmern/innen der Fokusgruppeninterviews deutlich wird, ist eine flächendeckende migrations-sensible rehabilitative Versorgung aktuell in beiden Bundesländern nicht gegeben. Dies kann sich negativ auf den Zugang zur Rehabilitation, die Versorgungszufriedenheit sowie auf Versorgungsergebnisse von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund auswirken. Die migrations-sensible Ausrichtung ist in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation dabei etwas schwächer als im stationären Krankensektor ausgebildet: Während im Durchschnitt knapp drei eingesetzte Elemente einer migrations-sensiblen Ausrichtung in stationären Krankenhäusern in NRW benannt werden (Blum & Steffen 2012) sind es zwei in den befragten Rehabilitationseinrichtungen. In beiden Versorgungsbereichen weisen ca. 30% der Einrichtungen keine entsprechenden Elemente auf Organisationsebene auf. Auch auf Ebene der Unterbringung und Versorgung von Patienten/innen werden Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen im Hinblick auf die Umsetzung von migrations-sensiblen Maßnahmen deutlich. Mehr als 60% aller Krankenhäuser halten fremdsprachige Einverständniserklärungen vor, bei Rehabilitationseinrichtungen beträgt der Anteil lediglich 33%. Die Anteile von Einrichtungen, die Form- und Merkblätter zum Aufenthalt und Informationsmaterialien mehrsprachig anbieten, sind in beiden Bereichen mit je 25% vergleichbar. Fremdsprachige oder sprachunabhängige Beschilderungen werden seltener, fremdsprachige oder sprachunabhängige Speisepläne häufiger in Rehabilitationseinrichtungen als in Krankenhäusern genutzt. Behandlungen und andere therapeutische Leistungen werden in Krankenhäusern tendenziell häufiger als in Rehabilitationseinrichtungen mehrsprachig angeboten. Beim Vergleich der Ergebnisse der Krankenhausbefragung mit der vorliegenden Befragung von Rehabilitationseinrichtungen muss bedacht werden, dass es sich hierbei um unterschiedliche Versorgungsbereiche handelt. Unterschiede bestehen u.a. im Hinblick auf die Zugangswege zur Versorgung, auf den Versorgungsauftrag und auf die Versorgungsstruktur. Der Anteil von behandelten Menschen mit Migrationshintergrund lag in der nordrhein-westfälischen Krankenhausbefragung zudem ca. 5 Prozentpunkte höher als in der vorliegenden Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. Hinsichtlich der Unterbringung fällt auf, dass den Rehabilitanden/innen Gebetsräume vergleichsweise selten zur Verfügung stehen. Lediglich 20% aller Rehabilitationseinrichtungen geben an, entsprechende Räumlichkeiten vorzuhalten, während es fast 60% der Krankenhäuser sind. Vor dem Hintergrund, welche Rolle Möglichkeiten der Religionsausübung für Menschen während eines Aufenthaltes in der Klinik/Rehabilitationseinrichtung als Teil der Krankheitsbewältigung spielen können (Ilkic 2005, Wunn 2006) und im Hinblick auf die Dauer eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes besteht hier großer Nachholbedarf.

Professionelle Dolmetscher/innen kommen nur in einem Drittel aller Einrichtungen zum Einsatz. In allen Einrichtungen spielen auch Übersetzungsleistungen durch Mitpatienten/innen, therapeutisches und nicht-therapeutisches Personal sowie Angehörige/Bekanntes eine wichtige Rolle. Diese ‚Ad-hoc‘-Dolmetscher/innen können mit der Übersetzungssituation jedoch häufig überfordert sein und womöglich nicht immer adäquate Übersetzungen liefern (Bischoff & Steinauer 2007). Im stationären Krankensektor haben einige Einrichtungen gute Erfahrungen damit gemacht, professionelle Dolmetscher/innen als Teil eines einrichtungsinternen Dolmetscherteams vorzuhalten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flücht-

linge und Integration 2015). Solche Dolmetscherteams bestehen aus eigenen therapeutischen Mitarbeitern/innen, die entsprechend geschult sind und bei Bedarf persönlich oder telefonisch als Unterstützung hinzugezogen werden können. In einigen Städten stehen auch Gemeindedolmetscherdienste zur Verfügung, in denen geschulte Laien Übersetzungsleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen kostengünstig anbieten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015).

Wissensdefizite im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation gehören zu den personenbezogenen Barrieren, die den Zugang in die medizinische Rehabilitation für diese Bevölkerungsgruppe erschweren können (Schwarz et al. 2014). Hierzu zählen auch fehlende Kenntnisse darüber, welche Rehabilitationseinrichtungen Angebote und Rahmenbedingungen aufweisen, die den eigenen Bedürfnissen entsprechen. Das Internet stellt bei der Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen ein wichtiges Medium dar. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zeigen, dass nur wenige Versorgungseinrichtungen Informationen zu migrationssensiblen Versorgungsangeboten auf ihren Webseiten bereitstellen. Zudem mangelt es an einer kultursensiblen, mehrsprachigen Aufbereitung der Webseiteninhalte. Vor dem Hintergrund, dass mehr als jeder Zweite in Deutschland das Internet zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen nutzt, sind Wissensdefizite bzgl. medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund sehr wahrscheinlich. Inwieweit die auf den Webseiten zu findenden Informationen die tatsächlich für Menschen mit Migrationshintergrund vorgehaltenen Angebote in den Einrichtungen widerspiegeln, muss eine empirische Erhebung und Bewertung von migrationssensiblen Angeboten in Einrichtungen aufzeigen.

Hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten

Ein zentrales Hindernis für die Einführung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind fehlende finanzielle Ressourcen. Das Gesundheitspersonal betont wiederholt, dass mit mehr finanziellen Mitteln durchaus nutzerorientierte Angebote und Konzepte entwickelt und implementiert werden könnten. Gleichzeitig werden finanzielle Mittel, den Aussagen der Mitarbeiter/innen zufolge, oftmals für Rehabilitanden/innen verbraucht, die an einer rehabilitativen Maßnahme nicht freiwillig teilnehmen. Zwar kann niemand zu einer Rehabilitationsmaßnahme gezwungen werden, dennoch können Grundsätze wie „Reha vor Rente“ (Korsukéwitz 2007) Patienten/innen zu einer unfreiwilligen Rehabilitationsmaßnahme drängen. Des Weiteren zeigen Ergebnisse aus früheren Studien, dass die Wirksamkeit und der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich niedriger ist, als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Maier et al. 2009; Brzoska & Razum 2015; Brzoska et al. 2016a). Daher kommen anscheinend auch an dieser Stelle finanzielle Mittel nicht optimal zum Einsatz.

Auch in der postalischen Befragung wird deutlich, dass weitere finanzielle Ressourcen für die Umsetzung von migrationssensibler Versorgung notwendig sind (Brzoska 2016b). Eine mangelnde Finanzierung wird von einem Großteil der befragten Einrichtungen dabei als wesentliche Barriere für die Implementierung migrationssensibler Maßnahmen benannt. So gaben ca. 40% der Befragten an, dass für die Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte kein Budget zur Verfügung steht (ebd.).

Wie in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ist auch die Finanzierung in der Rehabilitation von Kostendruck gekennzeichnet. Dieser entsteht dadurch, dass Ausgaben für die Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung durch ein festes Rehabilitationsbudget gemäß § 220 SGB VI gedeckelt sind, während die Rehabilitationsaufwendungen u.a. bedingt durch den demographischen Wandel kontinuierlich steigen (Buschmann-Steinhage 2012). Zusätzliche Ausgaben für eine migrationssensible Gestaltung, einschließlich der Kosten für ausgebildete Dolmetscher/innen, erscheinen daher auf den ersten Blick schwer vermittelbar. Studien aus anderen Ländern zeigen allerdings, dass die Implementierung migrationssensibler Versorgungsangebote und -strukturen kosteneffektiv zu einer Verbesserung der Qualität und Nutzerorientierung in der Versorgung beitragen kann (Brach & Fraserirector 2000, Chin 2000). Zwar handelt es sich hierbei um Ergebnisse aus einem strukturell anderen Gesundheitsversorgungskontext. Sie geben jedoch Grund zur Annahme, dass auch in Deutschland Investitionen in die migrationssensible Ausrichtung von Einrichtungen in einer zunehmend (kulturell) diverser werdenden Gesellschaft mittel- und langfristig zu Kosteneinsparungen führen können. Entsprechende Transferprojekte, die die Kosteneffektivität solcher Angebote und Strukturen in der Regelversorgung untersuchen, müssen daher gefördert werden, um auch auf Trägerseite die Bereitschaft zur Finanzierung entsprechender Angebote und Strukturen zu erhöhen.

Eine weitere Schwierigkeit stellt sich den Rehabilitationseinrichtungen bei der Rekrutierung von mehrsprachigem Personal. Während der Befragungen wurde deutlich, dass Mitarbeiter/innen mit eigenem Migrationshintergrund der Umgang mit Rehabilitanden/innen unterschiedlicher Herkunft leichter fällt. Allerdings ist es den Aussagen der Mitarbeiter/innen zufolge trotz Stellenausschreibungen schwierig, mehrsprachiges Gesundheitspersonal bzw. vereidigte Dolmetscher/innen zu rekrutieren und dauerhaft zu halten.

Bei der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten ist auch die Motivation der Mitarbeiter/innen ein entscheidender Faktor. Erkenntnisse aus den Befragungen zeigen, dass die Einführung von neuen Konzepten in den meisten Fällen mit Mehraufwand für die Mitarbeiter/innen verbunden ist. Gleichzeitig wurde in den Befragungen wiederholt von Personalengpässen und Mitarbeiter/innen-Mangel gesprochen, wie auch in zahlreichen Untersuchungen zuvor (Schmitz-Buhl et al. 2001; Krüger-Wauschkuhn et al. 2011). Aus diesem Grund könnte die fehlende Motivation der Mitarbeiter/innen durch den zusätzlichen Mehraufwand durchaus ein Hindernis bei der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten sein.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung betonen die Ergebnisse der Fokusgruppen wiederum die Wichtigkeit von migrationssensibler Versorgung (Brzoska et al. 2016b). Ähnlich wie Assion (2004) beschreiben die Mitarbeiter/innen im Rahmen der Fokusgruppenbefragung die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund. Ihren Erfahrungen zufolge kann der Migrationshintergrund eine mögliche Ursache für die Entstehung von (psychischen) Krankheiten sein und muss daher auch Teil der Behandlung sein. Ein Großteil der befragten Einrichtungen ist der Ansicht, dass die Bedeutung einer migrationssensiblen Ausrichtung in Zukunft noch steigen wird. Dies spiegelt die Bedeutung der Herausforderungen wider, die mit dem demographischen Wandel einhergehen (Olbermann 2013). Wie auch bei den kulturbedingten Aspekten,

haben die Mitarbeiter/innen in den Rehabilitationseinrichtungen sehr unterschiedliche Ansichten hinsichtlich Migrationssensibilität. Da die Bewertung und der Stellenwert der Mitarbeiter/innen bei der Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte von großer Bedeutung sind, müssen die unterschiedlichen Perspektiven genauer betrachtet werden. Hier ist es notwendig, die Bereitschaft zur Implementierung entsprechender Maßnahmen aufzugreifen und Einrichtungen adäquat zu unterstützen.

Zudem wird im Rahmen der Fokusgruppenbefragungen wiederholt deutlich, dass einige Mitarbeiter/innen nicht ausreichend zwischen den Begriffen migrationssensibel und migrationspezifisch unterscheiden. So wird befürchtet, eine migrationssensible Versorgung könne der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund im Weg stehen und würde ungewolltes Verhalten, wie beispielsweise die Bildung von Gruppen fördern. Im Gegensatz zu migrationspezifischen Angeboten steht bei migrationssensiblen Konzepten in der rehabilitativen Versorgung die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den Rehabilitationsalltag durch die Berücksichtigung ihrer Diversität im Vordergrund. Demnach sollen migrationssensible Versorgungskonzepte Teilhabechancen von Menschen mit Migrationshintergrund an Rehabilitationsmaßnahmen erhöhen und optimieren (Razum & Brzoska 2016, Brzoska & Razum 2017). Gut ein Fünftel der befragten Einrichtungen aus der postalischen Befragung sieht keine Notwendigkeit, die eigene Einrichtung migrationssensibel auszurichten. Dies korrespondiert mit Ergebnissen früherer qualitativer Studien, in denen von einigen befragten Mitarbeitern/innen in Rehabilitationseinrichtungen teilweise Unverständnis oder sogar Ablehnung gegenüber einer migrationssensiblen Versorgungsausrichtung geäußert wurde (Brzoska et al. 2010). Während der Befragungen weisen auch die Mitarbeiter/innen zudem darauf hin, dass sich die Träger der Rehabilitationseinrichtungen bisher kaum mit dem Thema Migrationssensibilität auseinandersetzen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden kulturellen und religiösen Diversifizierung der Gesellschaft und der ethischen, rechtlichen und sozialen Verantwortung, die Gesundheitseinrichtungen für die Sicherung gesellschaftlicher und gesundheitlicher Teilhabechancen haben, ist dieser Befund sehr kritisch zu sehen. Er zeigt, dass es nach wie vor notwendig ist, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die Relevanz interkulturellen und migrationssensiblen Handelns für die Versorgung zu vermitteln. Dass Kostenträger Menschen aufgrund ihres Migrationshintergrundes keine Rehabilitationsmaßnahme bewilligen und finanzieren, wie es in Befragungen von Brzoska et al. (2010a) zur Sprache kam, wurde im Rahmen der Fokusgruppenbefragungen, der Experten/innen- und Rehabilitanden/innen-Befragungen nicht erwähnt.

Neben dem Migrationshintergrund gehen auch andere Merkmale gesellschaftlicher Vielfalt, wie das Alter, das Geschlecht sowie der sozioökonomische Status, mit bestimmten Bedürfnissen und Erwartungen einher – unabhängig vom Migrationshintergrund (Gordin 2011). Migrationssensible Angebote sollten daher die Ausgangsbasis sein, um im Sinne eines Diversitätsmanagements Rahmenbedingungen in Institutionen zu schaffen, die der Vielfalt der gesamten Bevölkerung (mit und ohne Migrationshintergrund) Rechnung tragen (Brzoska & Razum 2017). Einrichtungen werden dabei jedoch nie in der Lage sein, alle Erwartungen und Bedürfnisse von Versorgungsnutzern/innen zu erfüllen, einerseits weil ihre strukturellen und finanziellen Ressourcen immer beschränkt sein werden, andererseits weil nur die Erwartungen erfüllt werden können, die den Therapieprozess nicht konterkarieren. Versorgungs-

nutzer/innen müssen diese Grenzen daher anerkennen und ihrerseits zu Kompromissen im Versorgungsprozess bereit sein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Der wachsende Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland verlangt eine zugängliche Gesundheitsversorgung sowie eine Anpassung bestehender Behandlungskonzepte in der Rehabilitation. Eine mangelnde bedarfs- und bedürfnisgerechte Ausrichtung sowie eine unzureichende Informationsübermittlung können zur Ablehnung oder verspäteten Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen führen (Brzoska et al. 2010). Insbesondere für traditionell orientierte Menschen mit Migrationshintergrund sind kulturbezogene Informationen und Angebote wie beispielsweise gleichgeschlechtliche Behandlungen für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen relevant.

Obwohl eine migrationssensible Ausrichtung von einem Großteil der Befragten als wichtig erachtet wird, kommen entsprechende Versorgungskonzepte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bisher nur unsystematisch zum Einsatz. Gründe dafür sind vor allem fehlende finanzielle Ressourcen und strukturelle bzw. organisatorische Schwierigkeiten. Aber auch die fehlende Sensibilität im Umgang mit persönlichen und kulturbedingten Herausforderungen auf Seiten des Personals ist ausschlaggebend. Dies kann sich negativ auf die Rehabilitation, die Zufriedenheit und den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund auswirken.

4.5 Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf Potenziale und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung und Verbesserung der rehabilitativen Versorgung für türkeistämmige Rehabilitanden/innen hin. Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Folgenden konkrete Handlungsempfehlungen für eine migrationssensible Versorgung dieser Patientengruppe ausgesprochen. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich dabei auf die verschiedenen Phasen der Rehabilitation (Antragstellung, Rehabilitation und Nachsorge) und richten sich an verschiedene Akteure, die an der Einleitung und Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen maßgeblich beteiligt sind (Ärzte, Reha-Einrichtungen, Kostenträger).

Vorbereitung der Patienten/innen auf die Rehabilitation

Wie auch in früheren Erhebungen (Brzoska & Razum 2015) deuten die Ergebnisse der Studie auf die geringe Informiertheit der Rehabilitanden/innen türkischer Herkunft zu Beginn der Maßnahme hin. Eine Möglichkeit, um diesem Problem zu begegnen, ist die frühzeitige Vorbereitung der Patienten/innen auf den Rehabilitationsaufenthalt. Bereits in den Hausarztpraxen sollten behandelnde Ärzte/innen bei Feststellung eines rehabilitativen Versorgungsbedarfs gezielt über verfügbare Versorgungsangebote sowie über deren Inhalte und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme informieren. Eine umfassende Aufklärung über die Re-

habilitationsmaßnahme sollte spätestens zum Zeitpunkt der Antragstellung durch den jeweiligen Kostenträger erfolgen.

Aufklärung und Unterstützung von niedergelassenen Ärzten/innen

Vergleichbar mit den Ergebnissen von Walther et al. wurden auch im Rahmen unserer Erhebungen von niedergelassenen Ärzten/innen Informationsdefizite und eine mangelnde Transparenz hinsichtlich der Antragstellung im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation eingeräumt (Walther et al. 2015). Die Mehrheit der befragten Ärzte/innen äußerte einen konkreten Informationsbedarf zum Thema medizinische Rehabilitation. Im Hinblick auf die vorliegenden Informationsdefizite sehen niedergelassene Ärzte/innen ihre Möglichkeiten Patienten/innen bei der Antragstellung zu unterstützen begrenzt. Insbesondere für die Unterstützung von Patienten/innen mit Sprachbarrieren fehlt es den befragten Hausärzten/innen zufolge an muttersprachlichen Informations- und Behandlungsmaterialien wie beispielsweise Medikamentenplänen und Antragsformularen in verschiedenen Sprachen. Auch ein Überblick über Beratungsstellen mit verschiedensprachigen Mitarbeitern/innen wird vermisst.

Den Ergebnissen von Walther et al. zufolge präferieren niedergelassene Ärzte/innen vor allem Onlinerecherche zur Informationsbeschaffung, gefolgt von Informationsbroschüren und Weiterbildungsmaßnahmen (Walther et al. 2015). Daher sollte für eine verbesserte Aufklärung über rehabilitative Maßnahmen und Inhalte eine benutzerfreundliche Webseite mit verständlichen Informationen für niedergelassene Ärzte/innen bereitgestellt werden. Seit Ende 2016 ist diese Webseite online (www.rehainfo-aerzte.de). Um die Etablierung dieses Informationsportals zu fördern und somit die Informationsdefizite auf ärztlicher Seite zu minimieren, sollte die Webseite bundesweit über verschiedene Akteure im Gesundheitswesen (Kostenträger, Ärztenetze) beworben werden. Um Ärzte/innen bei der Beratung und Unterstützung der Antragstellung von Patienten/innen mit Sprachbarrieren zusätzlich zu unterstützen, sollten diese Listen mit verfügbaren muttersprachlichen Ansprechpartner/innen bei den DRV-Servicestellen zur Verfügung gestellt werden.

Anpassung des Informationsmaterials

Eine Möglichkeit Informationsdefizite bei Menschen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen zu verringern, ist die Bereitstellung von übersetztem Informationsmaterial. Auf den Webseiten von orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen kommen den Ergebnissen dieser Studie (siehe auch Langbrandtner et al. 2016) zufolge übersetzte Informationsmaterialien und mehrsprachige Internetauftritte bisher kaum zum Einsatz. Bei der Übersetzung und Bereitstellung von bedarfsgerechtem Informationsmaterial ist jedoch darauf zu achten, Texte nicht nur in verschiedene Sprachen zu übersetzen, sondern auch die „kulturelle Lebensweise“ der Patienten/innen zu berücksichtigen (Brause et al. 2010).

Wird zum Beispiel Schulungsmaterial im Rahmen einer Ernährungsberatung bereitgestellt, sollten die darin enthaltenen Kochrezepte nach Möglichkeit und auf Wunsch der Rehabilitanden/innen an die türkische Küche angepasst werden. Rehabilitanden/innen, die

zudem Analphabeten sind, müssen im Optimalfall in entsprechender (Mutter-)Sprache mündlich informiert werden. Zusätzlich können Piktogramme das schriftliche Material ergänzen.

Auch die Einbindung verschiedener Medien wie beispielsweise YouTube-Videos, in denen ehemalige Rehabilitanden/innen über ihre Erfahrungen bei der Antragstellung, während und nach der Rehabilitation in der jeweiligen Muttersprache berichten, könnte Informationsbarrieren beheben und den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen für Patientengruppen mit Sprachschwierigkeiten sowie Analphabeten verbessern.

Bedarfsermittlung und Unterstützung der Orientierungsphase zu Beginn der Rehabilitation

Für eine optimale Einleitung der Rehabilitation sollte das Gesundheitspersonal bereits zu Rehabilitations-Beginn Rehabilitanden/innen mit Sprachbarrieren bei der Orientierung in der Einrichtung unterstützen. Hierbei sind vor allem die Erläuterungen des Therapieplans sowie die Begehung der Räumlichkeiten der Einrichtung von großer Bedeutung. Darüber hinaus sollte sich das Personal im Sinne einer bedarfsgerechten Behandlung eingangs intensiv mit den Wünschen, Bedürfnissen und Zielen der Rehabilitanden/innen auseinandersetzen (Deck 2003). Dieses Vorgehen eröffnet einerseits die Möglichkeit, individuelle Bedürfnisse der Rehabilitanden/innen während der Rehabilitation zu berücksichtigen, andererseits können hierdurch unerfüllte Erwartungen von Patienten/innen angepasst werden und der Rehabilitationserfolg der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund erhöht werden.

Einsatz von professionellen Dolmetschern/innen und Kulturmittlern/innen

In den Fokusgruppenbefragungen wurde häufig darauf hingewiesen, dass Familienangehörige, Mitrehabilitanden/innen oder türkischsprachige Mitarbeiter/innen bei Sprachproblemen als Dolmetscher/innen hinzugezogen werden. Dies stellt allerdings keine adäquate Lösung zur Überwindung von Sprachbarrieren dar. Zum einen werden Mitarbeiter/innen dadurch einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt und zum anderen fehlt ihnen die Qualifikation für das professionelle Übersetzen (Kroffke & Meyer 2007). Als Verbesserungsvorschlag für den optimalen Umgang mit Menschen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen wurde von den Mitarbeitern/innen häufig der Einsatz von Dolmetschern/innen oder Kulturmittlern/innen genannt. So könnten professionelle Sprach- und Kulturmittler/innen bei Bedarf Gespräche, Untersuchungen oder Behandlungen begleiten und Mitarbeitern/innen sowie Rehabilitanden/innen in ihrem Alltag unterstützen (Meyer et al. 2008).

In Anbetracht der teilweise geringen Fallzahlen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen, ist die Einführung einrichtungsübergreifender Sprach- und Kulturmittlungsdienste, die Dolmetscher/innen bzw. Kulturmittler/innen flexible und kurzfristig stellen können, anzustreben.

Schulung und Sensibilisierung des Gesundheitspersonals

Ähnlich, wie bei den Ergebnissen der qualitativen Interviews von Brause et al. (2010), weisen die Mitarbeiter/innen in Rehabilitationseinrichtungen teilweise Anzeichen von ablehnenden und verständnislosen Haltungen hinsichtlich Kultur- und Religionssensibilität auf. Aufgrund mangelnder Sensibilität und mangelnden Kenntnissen der Mitarbeiter/innen bezüglich religiöser, kultureller oder sozialer Aspekte können nicht nur Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunft entstehen, sondern auch Missverständnisse, die zu einem geringeren Rehabilitationserfolg der Rehabilitanden/innen führen können (Brzoska & Razum 2015). Aus diesem Grund ist die Schulung und Sensibilisierung des Gesundheitspersonals hinsichtlich inter- und transkultureller Kompetenzen notwendig. Die Schulungen könnten beispielsweise mithilfe von kulturvermittelnden Institutionen organisiert werden.

Die Berücksichtigung dieser Empfehlungen könnte nicht nur die Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte in den Rehabilitationsalltag vereinfachen, sondern auch den Rehabilitationserfolg von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund erhöhen. Die Umsetzbarkeit der Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen muss allerdings zunächst mit Kosten- und Leistungsträgern eingehend diskutiert werden.

Berücksichtigung der Diversität

Im Rahmen der Fokusgruppenbefragungen wurde häufig erwähnt, dass individuelle Bedürfnisse von Rehabilitanden/innen nicht immer berücksichtigt werden können. Darüber hinaus zeigen Erkenntnisse aus früheren Erhebungen (Brzoska & Razum 2015), dass auf die Heterogenität der Rehabilitanden/innen, unabhängig von einem Migrationshintergrund, selten eingegangen wird. Durch die unzureichende Berücksichtigung von Bedürfnissen, Erwartungen und sozialen Aspekten (z. B. sozioökonomische Faktoren) entstehen in der rehabilitativen Versorgung Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, die zu Versorgungsunzufriedenheit und zu einem geringeren Rehabilitationserfolg führen (Brzoska & Razum 2015). Um die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern und möglichen Folgeerkrankungen und Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken (Brzoska et al. 2010), ist die Berücksichtigung von persönlichen Bedarfen und Bedürfnissen der Rehabilitanden/innen (Brzoska et al. 2016a) sowie die Berücksichtigung der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe notwendig. Aus diesem Grund ist in der rehabilitativen Versorgung eine nutzerorientierte Gestaltung der Behandlung anzustreben (ebd.). Wie die Mitarbeiter/innen bereits im Rahmen der Befragungen dargelegt haben, müssen dazu nicht zwingend migrationssensible Versorgungskonzepte in Rehabilitationseinrichtungen eingeführt werden, dennoch sind für eine optimale rehabilitative Versorgung und den Rehabilitationserfolg die Berücksichtigung der Individualität der Rehabilitanden/innen entscheidend. Für die Gewährleistung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Rehabilitation könnten beispielsweise bereits im Rahmen der Antragstellung individuelle Bedürfnisse der Rehabilitanden/innen erfasst werden. Die erhobenen Bedürfnisse und Barrieren sollten anschließend in die Therapieplanung einbezogen werden.

Eine Möglichkeit eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung umzusetzen, ist die Etablierung von Diversity-Management-Konzepten (Brzoska et al. 2012; Brzoska & Razum 2017). Mit der Implementierung von Diversity-Management-Systemen können Rehabilitationseinrichtungen nicht nur migrationssensibel versorgen, sondern die Vielfalt aller Menschen berücksichtigen und somit die rehabilitative Versorgung bedarfs- und bedürfnisgerechter gestalten (ebd.).

Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Den Leitungen der befragten Einrichtungen ist die Relevanz migrationssensibler Angebote den Ergebnissen der Untersuchung zufolge weitestgehend bewusst. Bestehende Barrieren, die bisher eine umfassende Implementierung solcher Angebote verhindern, müssen überwunden werden. Hierzu gehört zum einen die strukturelle und organisationale Unterstützung von Einrichtungen bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen - insbesondere von Seiten der Kostenträger. Maßnahmen auf Kostenträgerseite sollten dabei die Gewährleistung eines verbesserten Zugangs zu professionellen Dolmetschern/innen für Rehabilitationseinrichtungen, die Verbesserung der Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssektor sowie eine Flexibilisierung etablierter Rehabilitationskonzepte bzw. eine Erweiterung des Leistungsangebots für einen niedrighschweligen Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund umfassen. Vor dem Hintergrund beschränkter finanzieller Ressourcen ist die Realisierung der eben beschriebenen Maßnahmen insbesondere von der Kosteneffizienz abhängig. Durch die Flexibilisierung von Rehabilitationsformen und -dauer könnte den unterschiedlichen Bedarfen verschiedener Personengruppen am besten entsprochen werden. Zudem können durch die Erweiterung rehabilitativer Angebote Versicherte erreicht werden, für die aus beispielsweise kulturellen Gründen keine reguläre 3-wöchige stationäre Rehabilitation in Frage kommen würde. Der Ausbau von unterschiedlichen Rehabilitationsformen und die differenzierte Zuweisung bieten nicht nur eine bedarfsgerechtere Lösung für Menschen mit Migrationshintergrund, sondern könnten auch aus Perspektive der Kostenträger eine kostengünstigere Alternative zu etablierten Maßnahmen darstellen. Auch die Einführung von Diversity-Management-Konzepten stellt eine vielversprechenden und langfristig kosteneffiziente Strategie für eine migrationssensible Versorgung dar.

4.6 Weiterer Forschungsbedarf

Die Ergebnisse des VeReMi-Projektes leisten einen Beitrag hinsichtlich der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion zum Thema Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und darüber hinaus auch zu bestehenden Strategien im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund sowie zu hindernden und fördernden Faktoren bei der Implementierung von migrationssensibler Versorgung in der medizinischen Rehabilitation.

Der Abbau von hindernden Faktoren sowie von Barrieren im Versorgungsprozess ist von großer Bedeutung, um den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Bei der Betrachtung aller Forschungszugänge im Rahmen des VeReMi-Projektes konnten vielfältige Aspekte, besonders aus den Befragungen der Rehabilitanden/innen und Mitarbeiter/innen im Hinblick auf die Probleme bei der rehabilitativen Versorgung, erhoben werden. Deutlich wurde hierbei, dass vor allem aufgrund der Heterogenität der Gruppe der Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse entstehen. Aus diesem Grund sollte die Heterogenität der Gruppe der Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund, im Rahmen weiterer Untersuchungen, umfassender erforscht werden. Beispielsweise können kulturspezifische Angebote nur in sehr begrenztem Maße die Heterogenität von Patienten/innen in der rehabilitativen Versorgung abbilden. Daher ist die Umsetzung von entsprechenden Angeboten, die unterschiedliche Barrieren und Bedarfe gleichermaßen berücksichtigen, in der Rehabilitation erforderlich. Insofern ist es wichtig, genaue Kenntnisse über die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund zu ermitteln. Die Entwicklung von geeigneten Versorgungsangeboten, erfordert eine ausführliche Definition und Analyse von Zielgruppen. Besonders die Kenntnis von Wertvorstellungen und Präferenzen von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Berücksichtigung im Versorgungsprozess sind wichtige Komponenten für eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme und Wirksamkeit von rehabilitativen Versorgungsangeboten. Die Entwicklung geeigneter standardisierter Instrumente und Konzepte im Versorgungsprozess sind eine wesentliche Voraussetzung für eine angemessene rehabilitative Versorgung.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die langfristige und nachhaltige Verbesserung der Rehabilitation ist die Durchführung einer Ergebnisevaluation, die die Effektivität sowie die Nachhaltigkeit entwickelter Konzepte für die jeweilige Zielgruppe überprüft. Eine solche Evaluation fehlt bei fast allen bestehenden Maßnahmen. Gleiches gilt für den Zugang zu Informationen über diese Angebote und über durchgeführte Maßnahmen in der Rehabilitation.

Einzelnen können die oben genannten Maßnahmen (siehe Kap. 4.5) die Versorgungslage langfristig allerdings nicht verbessern. Neben den oben genannten Handlungsempfehlungen ist die Entwicklung von ganzheitlichen Versorgungskonzepten im Rahmen eines weiteren Forschungsvorhabens notwendig. Die derzeit verfügbaren Angebote in der rehabilitativen Versorgung, die durch das VeReMi-Projekt identifiziert wurden, sollten erweitert und evaluiert werden.

Die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation innovativer Lösungsansätze, die die Heterogenität der Rehabilitanden/innen in den Vordergrund stellen, ist hierbei zentral. Wesentlicher Bestandteil dieser Lösungsansätze muss die migrationssensible Gestaltung und Berücksichtigung von Diversität sein. Die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden/innen müssen als wichtige Merkmale in der Gestaltung von Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation verankert werden. Die Implementierung von diversitätsorientierten Konzepten bietet nicht nur für Menschen mit Migrationshintergrund, sondern für alle Nutzer/innen rehabilitativer Maßnahmen die Chance, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu erhalten. Auch die entwickelten Maßnahmen müssen dabei auf ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit hin evaluiert werden.

Der oben genannte weitere Forschungsbedarf wurde im Rahmen eines Beiratstreffens des VeReMi-Projektes konkretisiert. Um die Frage nach der Wirksamkeit migrationssensibler Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund und einem damit nachhaltigen Rehabilitationserfolg zu beantworten, wäre ein Anschlussprojekt erforderlich, welches in unterschiedlichen Projektphasen folgende Forschungsfragen adressiert:

1) In einem ersten Projekt werden bei Reha-Antragstellern mit Migrationshintergrund die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe erfasst. Hierfür soll ein Screeningfragebogen entwickelt werden, der u.a. (Sprach-)Barrieren und kulturelle Besonderheiten erfasst. Auf Basis der Ergebnisse des Screenings und anhand der Erkenntnisse des VeReMi-Projektes wird ein Konzept mit Handlungsanweisungen zur migrationssensiblen Versorgung für Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Im Zentrum dieses Projektteils stehen die Überwindung von Hürden und Hindernissen bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

2) Im Rahmen eines zweiten Projektes soll das neu entwickelte Konzept in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen implementiert und auf Machbarkeit und Akzeptanz (Feasibility) geprüft werden.

3) In einem dritten Projekt werden die Wirksamkeit des Konzepts und sein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung des Reha-Erfolgs evaluiert. Parallel wird ein Manual für das Konzept erstellt (Transfer) und die für das Konzept erforderlichen Kosten erhoben, um auch auf Trägerseite die Bereitschaft zur Finanzierung entsprechender Angebote und Strukturen zu erhöhen.

5. Beteiligte, unterstützende Einrichtungen, Kooperationspartner

Während der Projektlaufzeit stand den Projektmitarbeitern ein ausgeprägtes Kontaktnetzwerk zur Verfügung. In NRW beteiligten sich die MEDIAN-Klinik in Bad Salzuflen und die Salzetalklinik in Bad Salzuflen an der Umsetzung der Studie. In SH wurde die Studie von der Mühlenbergklinik in Bad Malente, der Vital-Klinik (Klinik Buchenholm) in Bad Malente, der Asklepios Klinik am Kurpark in Bad Schwartau und der Reha-Klinik in Damp unterstützt.

Das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald stand dem Projekt mit inhaltlicher und methodischer Expertise zur Verfügung.

6. Vorträge und Publikationen

Publizierte Abstracts und Konferenzbeiträge

- 1 Präsentation auf dem 26. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Frankfurt, 20.-22. März 2017.
- 1 Präsentation auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2017. Berlin, 9./10. März 2017.
- 2 Präsentationen auf dem 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Aachen, 29. Februar - 2. März 2016. [Posterpreis]
- 1 Präsentation auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2015. Berlin, 5./6. März 2015.

Eingeladene Vorträge

- Tagung „Klinikmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Erkner, 6.-8. Juni 2017
- Rehabilitationswissenschaftliches Seminar an der Universität Würzburg, 7. Dezember 2016
- Projekttreffen „Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt, 9. März 2016
- Fortbildungsveranstaltung „Vulnerable Zielgruppen in der Rehabilitation am Beispiel Migration“, Freiburg 20. November 2015
- Arbeitskreis-Rehabilitation an der Universität Lübeck, Lübeck, 03. September 2015

Zeitschriftenveröffentlichungen

Brzoska P, Yilmaz-Aslan Y, Aksakal T, Razum O, Deck R, Langbrandtner J (accepted): Einsatz migrationssensibler Versorgungsstrategien in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz

- Brzoska P, Deck R, Razum O (2015): Warum wir mehr über Versorgungserwartungen lernen müssen. Nutzung und Ergebnisse tertiärpräventiver Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Tagungsdokumentation des 20. Kongresses Armut und Gesundheit 2015, Berlin, 1-2.
- *Weitere Veröffentlichungen in Vorbereitung*

Herausgeberband (auch Kapitel zu Projektergebnissen vorgesehen)

Brzoska P, Razum O. (2018) (Hrsg.): Diversity Management in der Rehabilitation. Relevanz und Umsetzungspotenziale am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Weinheim: Beltz-Juventa

7. Literaturverzeichnis

Al-Mutawaly, S. (2000): Menschen islamischen Glaubens individuell pflegen; Verlag: Schlütersche.

Assion, H.-J. (2004): Migration und psychische Krankheit. In J. Novikov (Hrsg.), Politischer, sozialer, und psychologischer Hintergrund von russischsprachigen Migranten zum Verständnis für eine Integration (S. 133-144). Berlin: Springer.

Auerbach, C. F., Silverstein, L. B. (2003): Qualitative data: An introduction to coding and analysis. New York: New York University Press.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Becker, S., Wunderer, E., Schultz-Gambard, J. (1998): Muslimische Patienten: Ein Leitfaden zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation in Krankenhaus und Praxis. München: Zuckschwerdt.

Bergelt, C., Welk, H., Koch, U. (2000): Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Rehabilitation; 39: 338-349.

Bermejo, I., Hölzel, LP., Kriston, L., Härter, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz; 55: 944-953.

Bermejo, I., Kriston, L., Berger, M., Härter, M. (2009): Patients' language proficiency and inpatient depression treatment in Baden-Württemberg (South Germany). Psychiatric Services; 60: 545-854.

Bischoff, A., Steinauer, R. (2007): Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. Pflege; 20: 343-51.

Blum, K., Steffen, P. (2012): Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2009): Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Borde, T., David, M., Kentenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen; 64. 476-485.

Brause, M., Reutin, B., Razum, O., Schott, T. (2012): Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund - Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. Rehabilitation; 51: 282-288.

Brause, M., Reutin, B., Schott, T., Yilmaz-Aslan, Y. (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer

und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Brzoska, P., Razum, O. (2017): Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, DOI: 10.1055/s-0043-100014 (online ahead of print).

Brzoska, P., Geiger, I., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O. (2012): Diversity Management in der (rehabilitativen) Gesundheitsversorgung - heute ein Muss. In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Kohlmann, T. (Eds.): *Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Lage: Jacobs Verlag, 99-111.

Brzoska, P., Razum, O. (2012): Das Risiko einer Erwerbsminderung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation. Ein Vergleich von Rehabilitanden deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit im Längsschnitt. Präsentation auf der 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, Regensburg, 26.-29. September, 2012.

Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2014): Die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung. Präsentation auf dem 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, Karlsruhe, 10.-12. März, 2014.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010a): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2010b): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*; 25: 651-660.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2013): Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Eds.): *Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation*. Weinheim: Beltz Juventa, 49-61.

Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*; 58: 553-9.

Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2016a): Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: an exploratory cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 16, 105.

Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R. & Langbrandtner, J. (2016b). Einsatz migrationssensibler Versorgungsstrategien in Einrichtungen der

medizinischen Rehabilitation. Eine empirische Bestandsaufnahme im Rahmen der Studie VeReMi. 25. Reha-Kolloquium. Aachen, 3/2016.

Brach, C., Fraserirector, I. (2000): Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*; 57: 181-217.

Buschmann-Steinhage, R. (2012): Budgetprobleme in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 51: 81-88.

Chin, JL. (2000): Culturally competent health care. *Public Health Reports*; 115: 25.

Czock, H. (1990). *Türkei Sozialkunde. Türkische Familien*. Wiesbaden: Springer.

Creswell, J. W., Clark, V. L. P. (2007): *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*; 37: 140-146.

Deck, R. (1999): *Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation: Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg*. Universität Marburg. Jacobs Verlag.

Deck, R. (2003): Welche Reha-Informationen erhalten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und welchen Einfluss haben diese auf die rehabilitationsbezogenen Erwartungen bzw. die Rehabilitationsergebnisse? *DRV-Schriften, Band 40*, 359-361.

Deck, R. (2006): Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Nübling R, Muthny FA, Bengel J (Eds.) *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*, Bern: Huber 76–95.

Deck, R. (2005): Der Einfluss von Reha-Erwartungen und Patientenzufriedenheit auf den Reha-Erfolg. *Gesundheitswesen*; 67: 507-508.

Deck, R., Bischof, G. (2002): Rehabilitationsziele von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen: ihr Einfluß auf rehabilitationsbezogene Erwartungen und Reha-Effekte. *DRV-Schriften 33*, 68-69.

Deck, R., Kohlmann, T., Zimmermann, M., Raspe, H. (2000): Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht von Patienten und Ihren behandelnden Ärzten. *Gesundheitswesen*; 62: A105.

Dierks, ML., Bitzer, EM., Schwartz, FW., Haase, I. (1995): Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung. Ergebnisse einer Pilotstudie (Teil 1). *Niedersächsisches Ärzteblatt*; 68: 3-5.

Ete, E. (1995): Ethnomedizinische Aspekte der Interaktion mit türkischen Patienten. In E. Kock et al. (Hrsg.) *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven* (S. 3209-3216). Freiburg i.B.: Lambertus.

Faller, H., Vogel, H., Bosch, B. (2000): Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation*; 39: 205-214.

Ferber, L., Köster, I., Celayir-Erdogan, N. (2003): Türkische und deutsche Hausarztpatienten: Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Das Gesundheitswesen*; 5: 304-311.

Geiger, I. (2006): Managing Diversity in Public Health. In: Razum, O., Zeeb, H., Laaser, U. (Eds.): *Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Hans Huber, 163-175.

Geiger, I., Razum, O. (2012): Mit Diversity zu Mehrwert. Facetten und Optionen im Blick halten. *KU Gesundheitsmanagement*; 3: 17.

Gestring, N., Janßen, A., Polat, A. (2006): Prozesse der Integration und Ausgrenzung. Türkische Migranten der zweiten Generation. Wiesbaden: Springer.

Gordin, J. (2011): Diversity in Healthcare. In: Borowski N, editor. *Organizational Behaviour in Health Care*. Sudbury: Jones & Bartlett; 15-40.

Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O. (2010): Prävention bei älteren türkischen Migranten. In W. Kirch, M. Midekke & R. P. T. Rychlik (Hrsg.), *Aspekte der Prävention* (S. 158-166). Stuttgart: Thieme.

Haase, I., Schmidt, S., Roth, M., Walle, E. (2011): Patientenerwartungen an die orthopädische und die neurologische Rehabilitation. *Gesundheitswesen*; 73: A5.

Heyduck, K., Glattacker, M., Meffert, C. (2011): Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*; 50: 232-243.

Hübner, P., Huth, F., Halm, D. (2008): Versorgungslage und Bedürfnisse türkischer Migranten mit Diabetes mellitus in der stationären medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Verfügbar unter: <http://www.refonet.de/projekte/documents/Abschlussbericht05005final.pdf> (Abruf: 10.05.2017).

Ilkilic, I. (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.

Kaufmann, J.-C. (1999): *Das verstehende Interview*. Konstanz: Universitätsverlag.

Kockert, S., Schott, T. (2014): Organisationsressourcen und Versorgungsqualität - Ergebnisse des LORE-Projektes. Vortrag auf der Jahrestagung des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften "Strategien der Zukunft: Organisation und Versorgungsqualität". Münster, 17. Januar 2014.

Korsukéwitz, C. (2007): Vorgaben für eine „gute“ Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*; 104: 1640-1642.

Kroeger, A., Pfeiffer, WM. (Hrsg.) (1986): Kranksein und Migration in Europa. Eine sozial- und ethnomedizinische Bestandsaufnahme. In: Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie; 9: 66-22.

Kroffke., S., Meyer, B. (2007): Verständigungsprobleme in bilingualen Anamnese-gesprächen. In S. Kameyama & B. Meyer (Hrsg.), Mehrsprachigkeit am Ar-beitsplatz. (S. 149-183). Frankfurt a. M. u.a.: Peter Lang.

Krüger-Wauschkuhn., T., Pohontsch, N., Deck, R. (2011): Medizinische Rehabilita-tion bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. Rehabilitation; 50: 390-396.

Kruse, J. (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim und Ba-sel: Beltz Juventa.

Kuckartz, U. (2008): Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis. Hamburg: VS-Verlag.

Kühn, A., Pannicke, L., Mohs, A., Schneider, H. (2001): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation – Erste Ergebnisse der Ska-lenentwicklung. Rehabilitation; 40: 165-174.

Langbrandtner, J., Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R. (2016): Welche migrationssensiblen Versorgungsangebote werden auf den Webseiten von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen vorgestellt? - Ergebnisse einer Dokumentenanalyse. 25. Reha-Kolloquium. Aachen, 3/2016.

Legewie, H. (1994): Globalauswertung von Dokumenten. In: Boehm, Andreas (Ed.); Mengel, Andreas (Ed.); Muhr, Thomas (Ed.); Gesellschaft für Angewandte Informationswissenschaft (GAIK) e.V. (Ed.): Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz.

Lehr, D., Krause, H., Niebrügge, S., Bartram, M., Wirth, A. (1996): Behandlungserwartungen von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen an die stationäre Rehabilitation. In: DRV (Hrsg.), Bd. 6, Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4.-6. März 1996 in Bad Säckingen, Frankfurt: DRV

Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2009): Medizinische Rehabilitation und Behand-lungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In F. A. Muthny & I. Bermejo (Hrsg.), Interkulturelle Medizin. Lientheorien, Psycho-somatik und Migrationsfolgen. (S. 85-103). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G., Schaeffer, D. (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund. Public Health Forum; 23: 121-123.

Meuser, M., Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, 71-93.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Meyer, T., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Stamer, M. (2014): Was zeichnet eine erfolgreiche Reha-Einrichtung aus? Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. Vortrag auf der Jahrestagung des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften "Strategien der Zukunft: Organisation und Versorgungsqualität". Münster, 17. Januar 2014.

Möske, M., Pradel, S., Schulz, H. (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz; 54: 465-74.

Olbermann, E. (2013): Das Alter wird bunter: Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. WISO direkt. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10188.pdf> (Abruf: 10.05.2017).

Prasad, N. (2009): Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Ed.): Dossier "Migration & Gesundheit". Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung, 7-11.

Razum, O., Brzoska, P. (2016): Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation. Zugänglichkeit und Ergebnisse. WISO DIREKT 6/2016 (Friedrich-Ebert-Stiftung). S. 1-4. Download am 22.05.2016 von <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12380-20160314.pdf>

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.

Schenk, L., Kamtsiuris, P., Ellert, U. (2009): Ambulante Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund- Inanspruchnahme und Zufriedenheit. Vortrag auf der Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Gesundheitswesen 71, A145.

Schmitz-Buhl, St. M., Kriebel, R. & Paar, G. H. (2001): Bedeutung prästationärer Diagnostik für ein verbessertes Behandlungsmanagement am Beispiel der Therapiemotivation. DRV-Schriften; 26: 400-402.

Schmeling-Kludas, C. (2004): Rehabilitation von türkischen Migranten. Bad Segeberg. Verfügbar unter: <http://archiv.sozialmediziner.de/fortbildung/mat/2004-05-Schmehling.pdf> (Abruf: 10.05.2017).

Schmeling-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003): Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Die Rehabilitation*; 42: 363-370.

Schwarz, B., Starikow, K., Salman, R., Gutenbrunner, C. (2014): Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 103: 213-215.

Schwarz, B., Markin, K., Salman, R., Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 54(6), 362-368.

StataCorp. (2013): *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station: StataCorp LP.

Statistisches Bundesamt (2012): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2011 (Fachserie 1 Reihe 2.2)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Thies, S., Leibbrand, B., Barth, J. et al. (2008): Individuelle Rehabilitationsziele und Rehabilitationsmotivation in der onkologischen Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*; 18: 318-323.

Stamer, M., Zeisberger, M., Bayat-Graw, A., Brandes, I., Meyer, T. (2013): Aspekte erfolgreicher Rehabilitation aus Perspektive von Beschäftigten stationärer Rehabilitationseinrichtungen - Eine interdisziplinäre, qualitative Bestandsaufnahme. Vortrag auf dem 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Mainz, 4.-6. März 2013.

Thompson, A.G.H., Suñol, R. (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7; 127-141.

Voigtländer, S., Brzoska, P., Spallek, J., Exner, A., Razum, O. (2013): Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott T, Razum O, editors. *Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation*. Weinheim: Beltz Juventa; 92-104.

Walther, AL., Pohontsch, NJ., Deck, R. (2015): Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. *Gesundheitswesen*; 77: 362-367.

Wunn, I. (2006): *Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zenz, H., Bischoff, C., Fritz, J., Duvenhorst, W., Keller, K. (1989): Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff C. Zenz H. (Hrsg.). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Stuttgart: Huber, 148-160.

8. Anhang

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1: Interviewleitfaden - Experteninterviews	193
Anhang 2: Studienflyer zur Rekrutierung von Experten	195
Anhang 3: Einwilligung zur Teilnahme - Experteninterviews	196
Anhang 4: Interviewleitfäden - Rehabilitanden/inneninterviews	197
Anhang 5: Studienflyer für Rehabilitanden/innen	203
Anhang 6: Fragebogen für Rehabilitationseinrichtungen	205
Anhang 7: Anschreiben von Rehabilitationseinrichtungen	209
Anhang 8: Interviewleitfaden - Fokusgruppeninterviews	210
Anhang 9: Informationsschreiben für Fokusgruppeninterviews	212

Anhang 1: Interviewleitfaden - Experteninterviews

Leitfaden für Experteninterviews im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VeReMi]

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erfahrungen Sie im Zusammenhang mit der Rehabilitation und Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund gemacht haben. Die Befragung wird ca. 30 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie sich entscheiden, nicht mehr teilnehmen zu wollen.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Zugang in die Rehabilitation	
Orientierungsphase	
- „Warm werden“ auf Beziehungsebene	- Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonbandaufnahme
Einstiegsphase	
- Kontakt zu Patienten türkischer Herkunft	- Wie häufig verordnen Sie Ihren Patienten eine Reha? - Wie häufig werden Sie von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund konsultiert? - Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie an die Reha als Leistung und Ihre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund denken?
Erbereitungsphase	
Charakteristik von Patienten türkischer Herkunft	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Charakteristika der Migrantengruppe	- Alter - Geschlecht - Mit welchen Bildungsvoraussetzungen kommen die Patienten? - In welcher gesundheitlichen Situation befinden sich die Patienten? (Gesundheitszustand) - Inwiefern unterscheidet sich der Gesundheitszustand im Vergleich zur deutschen Bevölkerung?
Informationen und Stellenwert	
Inhaltliche Punkte	Fragen

- Grad der Informiertheit/ Informationsdefizite	- Was denken Sie über die Rehabilitation? (ggf. nachhaken: Welchen Stellenwert hat die Reha generell für Sie bei der Behandlung Ihrer Patienten? Was denken Sie über die ambulante und stationäre Reha als Leistung?)
- Stellenwert der Reha	- Wie gut fühlen Sie sich selbst über die Rehabilitation bzw. die Antragstellung informiert? In welchen Bereichen wünschen Sie sich selbst mehr Unterstützung und Informationen?
	- Welches Vorwissen haben Ihrer Meinung nach Patienten mit türkischem Migrationshintergrund bezüglich der Rehabilitation? (Reha als Leistung bekannt, Inhalte und Ziele bekannt, Denken Sie, Ihre Patientinnen kennen den Unterschied zwischen einer Behandlung im Krankenhaus und einem Rehabilitationsaufenthalt?, Unterscheidung zwischen Reha der GKV und Reha der DRV, Vergleich zur deutschen Bevölkerung)
	- Mit welchen Fragen treten Patienten an Sie im Zusammenhang mit der Rehabilitation heran? Wie können Sie ihnen dabei helfen?
Gründe für Reha und Initiierung von Reha-Leistungen	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Gründe für Reha	- Was sind die häufigsten Gründe für einen Reha-Bedarf bei Ihren Patienten mit türkischer Herkunft (Vergleich zur deutschen Bevölkerung)
- Anstoß zur Reha	- Wann empfehlen Sie die Durchführung einer RehaMaßnahme? - Von wem wird eher der Anstoß zur Reha gegeben – eher von Ihnen oder Ihren Patienten mit türkischer Herkunft? (Vergleich mit deutscher Bevölkerung)
	- Wie gehen Sie mit der Eigenmotivation (=initiative) der Patientinnen um? Wie reagieren Sie auf Anfragen?
Antragstellung und Zugang zur Reha - Inanspruchnahme	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Erfahrungen mit Antragstellung	- Wie erleben Sie generell die Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund? Wird Reha in Anspruch genommen? Wovon hängt die Inanspruchnahme ab?
- Wissensdefizite / Informationsdefizite	- Welche Erfahrungen haben Sie bei der Reha-Antragstellung bei Ihren Patienten mit türkischem Migrationshintergrund gemacht?
- Abläufe	- Von welchen Ihrer Patienten mit türkischer Herkunft werden rehabilitative Leistungen am ehesten beantragt (Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Vergleich zur deutschen Bevölkerung)
- sprachlich	- In welcher Situation (oder Lage) (gesundheitliche Situation, Stadium der Krankheit) befinden sich Patienten mit türkischem Migrationshintergrund bei der Antragstellung?
- Lösungsansätze	- Bei welchen Phasen der Antragstellung unterstützen Sie Ihre Patienten? - Welche Hindernisse/Hürden sehen Sie bei den Antragstellungen? (generelle Probleme, Probleme in Bezug auf Patienten mit türkischer Herkunft)

	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Schwierigkeiten sehen Sie generell beim Zugang zur Reha? <ul style="list-style-type: none"> o Ggf. nachhaken: o Informationen o Kultur o Bildungsgrad usw. o Ängste vor der Reha o Familiäre Sorgen - Wie könnte die Religion die Rehabilitation bzw. die Inanspruchnahme beeinflussen? - Welche Rolle spielt die Sprache als limitierender Faktor? - Wie kann man den Zugang zur Reha für Patienten mit türkischem Migrationshintergrund verbessern und mögliche Schwierigkeiten umgehen? - Wie kann die Inanspruchnahme verbessert werden?
Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation - Einschätzung der möglichen Antizipation	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Erwartungen an die Reha	- Welche Erwartungen an die Rehabilitation haben Ihre (Erfahrungen aus der Phase der Antragstellung, rückgemeldete Einschätzung von Patienten)
- Motivation zum eigenen Mitwirken	Ggf. nachhaken: <ul style="list-style-type: none"> o Erfüllung o Gesundheit o Krankheitsbewältigung o Rente/Berentungswünsche
	- Mit welchen Zielen gehen Ihre Patienten mit Migrationshintergrund in die Reha? Sind diese Ziele realistisch?
	- Sprechen Sie mit Ihren PatientInnen vor der Rehabilitation über Ziele/Wünsche/Erwartungen?
	- Wie schätzen Sie die Bereitschaft/Motivation zum eigenen Mitwirken in der Reha seitens dieser Patienten ein?
	- Was denken Sie, wie bereiten sie sich auf die Reha vor bzw. wie werden sie vorbereitet?
Zufriedenheit und Wirksamkeit	
Inhaltliche Punkte	Fragen
Rehabilitationserfolg	- Sprechen Sie mit Ihren PatientInnen über den Reha-Aufenthalt?
	- Berichten PatientInnen selbstmotiviert oder fragen Sie Ihre PatientInnen nach dem Reha-Aufenthalt?
	- Sind Ihre Patienten mit Migrationshintergrund mit der Reha zufrieden? (Berichte von Patienten, die eine Reha durchlaufen haben). Was melden Ihnen Patienten zurück? (Lebensstil geändert; Gesundheitszustand verändert; Meinung zur Reha; Rückmeldung zu Therapien etc.)
	- Was bringt Ihrer Meinung nach die Reha für Patienten mit türkischem Migrationshintergrund? (gesundheitliche Verbesserung; Reha-Erfolg; Arbeitsfähigkeit; Vergleich zur deutschen Bevölkerung)/ Wie wirkt sich die Reha auf die Erkrankung Ihrer Patienten aus?
Nachsorge	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Schnittstellen Reha-Hausarzt	- Was passiert nach der Reha, wenn Ihre Patienten wieder

	<ul style="list-style-type: none"> - zu Ihnen kommen? (weitere Behandlung) <ul style="list-style-type: none"> o Erhalten Sie den Entlassungsbericht Ihrer Patienten? o Lesen Sie den kompletten Entlassungsbericht? o Sprechen Sie mit Ihren PatientInnen über den Reha-Entlassungsbericht? o Erhalten die PatientInnen Nachsorgeempfehlungen? o Halten Sie die Nachsorgeempfehlungen für hilfreich? o Wie setzen Ihre PatientInnen die Nachsorgeempfehlungen um?
Verbesserungsvorschläge	
Inhaltliche Punkte	Fragen
- Anregungen	- Was ist für eine Verbesserung der Versorgungspraxis von Migranten notwendig? (Was können z.B. Hausärzte, Reha-Einrichtungen tun?; Was können die Patienten tun?)
	- Welche Kompetenzen benötigen Migranten?
	Abschlussphase
- Mögliche weitere Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden	- Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise zu unserem Thema?

Anhang 2: Studienflyer zur Rekrutierung von Experten

Einladung zur Studie „VeReMi“

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund

Eine gemeinsame Studie der Universität Bielefeld, der Universität Lübeck und der Technischen Universität Chemnitz



Informationen für Studienteilnehmer

Worum geht es?

Die medizinische Rehabilitation ist ein Versorgungsbereich, in dem Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund besonders stark ausgeprägt sind. Versorgungsstrategien, mit denen die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund bedarfs- und bedürfnisgerechter gestaltet werden könnte, kommen bisher kaum zum Einsatz.

Was ist das Ziel der Studie?

Wir wollen:

- Hürden und Hindernisse bei der Reha-Beantragung für Menschen mit Migrationshintergrund identifizieren
- Versorgungserwartungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund ermitteln
- bestehende Versorgungskonzepte für Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund untersuchen
- hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erheben

Warum bitten wir ausgerechnet Sie?

Um Hürden und Hindernisse bei der Reha-Antragstellung und Zugangsprobleme in der rehabilitativen Versorgung zu identifizieren, möchten wir Hausärzte/innen befragen. Niedergelassene Ärzte/innen stellen für Patienten/innen wichtige Ansprechpartner/innen bei der Beantragung einer Rehabilitation dar. Erfahrungen aus früheren Untersuchungen zeigen, dass sie wertvolle Erkenntnisse über Hürden und Hindernisse bei der Antragstellung liefern können.



Was kommt auf Sie zu?

Wenn Sie sich für eine Teilnahme an der Studie entscheiden, werden wir ein ca. 30 minütiges Interview mit Ihnen durchführen. Selbstverständlich können Sie über die Art des Interviews (telefonisch oder persönlich) entscheiden. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, werden wir das Interview – wenn Sie einverstanden sind – auf Tonband aufnehmen.

Datenschutz

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben anonym und streng vertraulich. Alle Forderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden von uns erfüllt. Für unsere Auswertungen wird von dem aufgezeichneten Interview ein schriftliches Protokoll (Transkript) angefertigt. Ihre persönlichen Angaben wie z.B. Ihr Name werden dabei anonymisiert. Veröffentlichungen der Ergebnisse erfolgen ebenfalls anonymisiert. Nach Abschluss der Studie wird das aufgezeichnete Interview gelöscht, so dass keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich sind.

Was haben Sie von der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, Versorgungslücken in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu beleuchten und die rehabilitative Versorgung nutzerorientierter und zielgruppensensibler zu gestalten. Hiervon können auch Ihre Patienten/innen profitieren.



Wer fördert die Studie?

Gefördert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem vffr (Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein).

Sie möchten mitmachen?

Wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten, melden Sie sich gern bei uns. Sie können uns per E-Mail oder per Telefon erreichen. Wir werden dann einen Termin für das Interview mit Ihnen vereinbaren.

Bitte wenden Sie sich an folgende Ansprechpartnerin:

Frau Jana Langbrandtner, Dipl.-Gesundheitswirtin
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität Lübeck
Ratzeburger Alle 160
23538 Lübeck
Tel: 0451-500-5849
E-Mail: jana.langbrandtner@uksh.de





	 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN UND EPIDEMIOLOGIE	 TECHNISCHE UNIVERSITÄT CHEMNITZ
---	---	---

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

**„Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit
Migrationshintergrund“
[VeReMi]**

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Ich wurde über die Inhalte und Ziele der genannten Studie informiert.

Unter den im Informationsschreiben beschriebenen Voraussetzungen erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der VeReMi-Studie an einem Interview teilzunehmen. Mit der Aufzeichnung des Interviews sowie der Übertragung in ein schriftliches Protokoll für die Auswertung bin ich einverstanden. Ich erlaube, dass Ausschnitte aus dem Protokoll in anonymisierter Form in Veröffentlichungen zitiert werden dürfen.

Dieses Einverständnis erkläre ich freiwillig. Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen. In diesem Fall ist der Widerruf an das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (Frau Jana Langbrandtner, Tel.: 0451-500-5849, E-Mail: jana.langbrandtner@uksh.de) zu richten.

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte teilen Sie uns Ihre Anschrift oder E-Mail-Adresse mit, sofern Sie nach Abschluss der Studie eine Kopie des Abschlussberichtes wünschen:

E-Mail:

Anschrift:



Anhang 4: Interviewleitfäden - Rehabilitanden/inneninterviews T0 (Beginn der Rehabilitation)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Universität Bielefeld

Leitfaden für Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VeReMi] (T0)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erwartungen Sie an Ihren Rehabilitationsaufenthalt haben. Die Befragung wird ca. 45 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie nicht mehr teilnehmen möchten.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Das heißt, ein Bezug zu Ihrer Person kann nicht hergestellt werden.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation	
<ul style="list-style-type: none"> - „Warm werden“ auf Beziehungsebene - Übergang auf Inhaltsebene 	<p style="text-align: center;">Orientierungsphase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonbandaufnahme
<ul style="list-style-type: none"> - Weg in die Reha 	<p style="text-align: center;">Einstiegsphase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie kam es dazu, dass Sie hier sind? - Wenn Sie zurückdenken, inwiefern war Ihnen die Reha als Leistung bekannt? - Aus welchen gesundheitlichen Gründen haben Sie einen Reha-Antrag gestellt und wer hatte die Idee dazu? (Arzt, Familie, Freunde etc.) - Erzählen Sie uns etwas über Ihre Erkrankung sowie über Ihre Krankheitsgeschichte.
<p style="text-align: center;">Erfahrungen vor der Reha</p> <p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antragstellung - Informiertheit - Zugangsbarrieren - Schwierigkeiten - Versorgungswünsche 	<p style="text-align: center;">Erbereitungsphase</p> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben Sie bei der Antragstellung gemacht? → positive/negative Erfahrungen - Wie empfanden Sie die einzelnen Phasen vor der Reha? (Antragstellung und Vorbereitung/Finden Sie die Antragstellung/Vorbereitung belastend? - Was hätte Ihnen bei der Antragstellung geholfen? Wie hätten Sie sich die Antragstellung gewünscht? - Wie gut fühlen Sie sich über Ihren Rehaufenthalt/über die Reha informiert? (Ablauf, Behandlungen, Ziele etc.) - Von wem haben Sie Informationen erhalten? (Arzt, Internet etc.) - Wie verständlich fanden Sie die Informationen?





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Universität Bielefeld

<p>Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht? (Art der Info, von wem, zu welchem Zeitpunkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich auf die Reha vorbereitet? - Welche Unterstützung hätten Sie sich vor der Rehabilitation gewünscht? (von der Familie, vom Arzt etc.) - Gab es irgendwelche Schwierigkeiten bevor Sie zur Reha gefahren sind? → Welche Schwierigkeiten haben Sie vor der Reha erlebt? (familiäre, berufliche, persönliche, soziale etc.) 	<p>Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht? (Art der Info, von wem, zu welchem Zeitpunkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich auf die Reha vorbereitet? - Welche Unterstützung hätten Sie sich vor der Rehabilitation gewünscht? (von der Familie, vom Arzt etc.) - Gab es irgendwelche Schwierigkeiten bevor Sie zur Reha gefahren sind? → Welche Schwierigkeiten haben Sie vor der Reha erlebt? (familiäre, berufliche, persönliche, soziale etc.)
<p style="text-align: center;">Subjektive Erwartungen</p> <p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen zu Beginn der Reha - Behandlungserwartung - Dimensionen der Versorgungserwartungen: <ul style="list-style-type: none"> o Gesundheit o Erholung o Krankheitsbewältigung o Rente - Erwartungshaltung an den Rehabilitationserfolg 	<p style="text-align: center;">Dimensionen der Versorgungserwartungen</p> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie stellen Sie sich einen typischen Tag in der Reha vor? - Was erwarten Sie jetzt vom Reha-Aufenthalt? - Welche Erwartungen haben Sie an die Reha-Einrichtung? (Welche Arten von Behandlungen erwarten Sie?) - Welche Erwartungen haben Sie an die Behandelnden bzw. die Betreuung? (Arzt, Therapeuten, Pflegepersonal) <ul style="list-style-type: none"> o Gesundheit, Erwartungen an Erhöhung der Leistungsfähigkeit, ein gesünderes Leben, frühere Rückkehr zur Arbeit o Erholung, Erwartungen, sich zu erholen und sich eine Zeit lang um nichts kümmern müssen o Krankheitsbewältigung, Erwartungen, (beruflichen) Stress abzubauen, zu lernen, sich mehr Freizeit zu nehmen und sie für sich zu nutzen (Selbstmanagement) o Rente, Erwartungen an einen Rentenanspruch und des bezüglicher Unterstützung (Hilfe bei sozialrechtlichen Fragen, Beschneidung einer verminderten Leistungsfähigkeit, Informationen über berufliche Umschulungsmöglichkeiten) - Welchen Erfolg erwarten Sie von der Reha? - Wie wollen Sie diese Ziele erreichen? (Wovon ist es abhängig, dass Sie dieses Ziel erreichen?) - Inwieweit haben Sie am Anfang der Reha über Ihre Ziele mit dem Arzt/der Ärztin gesprochen?
<p style="text-align: center;">Reha-Ziele</p> <p>Mitwirken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation zum eigenen - medizinische Ziele - therapeutische Ziele 	<p style="text-align: center;">Versorgungswünsche an die Reha (generell)</p> <p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was ist Ihnen wichtig für eine gute Rehabilitation/Behandlung? (Personal, Verpflegung, Therapieablauf, optionale Behandlungsmöglichkeiten, Aufklärung und Informationen, medizinische Behandlungsroutine) - Was wünschen Sie sich von den Behandelnden? (Umgang) <ul style="list-style-type: none"> o Einfühlungsvermögen o ernst nehmen o menschlich



Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> o Individualität berücksichtigen - Welche Unterstützung wünschen Sie sich während der Reha von den Behandlern? Wie sollte die Unterstützung aussehen?
Inhaltliche Punkte	<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich bislang in der Reha-Einrichtung? Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Einrichtung? o Reha-Einrichtung (Räumlichkeiten, Verpflegung) - Sind Sie in Ihrer Wunschlinik? - Was fanden Sie bislang in Ihrem Behandlungsprozess (seit der Antragstellung) gut? Was fanden Sie nicht so gut? - Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Rehabilitationsmaßnahme bzw. Therapie? (Art und Umfang von Angeboten, Therapieablauf) - Wie zufrieden sind Sie bisher mit den Behandlern? (Ärzte, Pflege) - Wie bewerten Sie bislang die Betreuung durch die Ärzte, Therapeuten etc.? (Zeitaufwand, umfassende Informationen) - Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Behandelnden einschätzen? <ul style="list-style-type: none"> o Ärzten o Therapeuten (alle Akteure im Behandlungsprozess) - Wie viel Zeit hat sich Ihr Arzt/ Ihre Ärztin in der Reha für das erste Gespräch/Aufnahmegespräch genommen? (War ausreichend Zeit vorhanden?) - Falls bereits erfolgt: Wie finden Sie die Therapieplanung? - Wie werden Ihre Therapieerwünsche berücksichtigt? - Ist Ihnen das Reha-Angebot in der Türkei bekannt? Wenn ja, Was halten Sie von dem Reha-Angebot in Deutschland im Vergleich zur Türkei?
Sprache und Versorgung (Verständigungs- und Verständnisprobleme)	<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie Schwierigkeiten, sich mit den Behandelnden zu verständigen? - Wie gehen Sie mit den sprachlichen Problemen um? Wie verständigen Sie sich mit dem Personal? - Wie schätzen Sie die Verständigung mit Therapeuten ein? - Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arzt/Ärztin Sie versteht (nicht nur sprachlich)? Sind die Informationen, die Sie vom Arzt erhalten verständlich? - Was machen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen? (Fragen Sie nach?) - Welche Schwierigkeiten ergeben sich durch die sprachlichen Probleme in Ihrer Behandlung? - Können Sie sich mit anderen Patienten austauschen bzw. über die Erkrankung oder die Behandlung unterhalten? - Was wünschen Sie sich, damit die Verständigung während Ihres Reha-Aufenthaltes besser klappt?
Kultur und Versorgung	
Inhaltliche Punkte	<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was bedeutet es für Sie krank zu sein?

Bedeutung Religion	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen Sie, worum es sich bei Ihrer Krankheit handelt und wie Sie damit umgehen können (was Sie selbst tun können)? - Wie werden Ihre persönlichen Bedürfnisse berücksichtigt? (Kultur, Ernährung, Religion, Familie/ Familienbesuche mit vielen Personen, Kleidung, Sport, Gender) - Wie wichtig ist für Sie die Berücksichtigung Ihrer persönlichen/kulturellen Bedürfnisse für Ihren Aufenthalt bzw. für Ihre Behandlung? - Können Sie sich vorstellen, dass die Ausübung Ihrer Religion Ihren Krankheitsverlauf/ die Rehabilitation (positiv oder negativ) beeinflusst? - Erwarten Sie, dass auf religiöse Aspekte während der Behandlung Rücksicht genommen wird? - Welche Anregungen haben Sie, um die Versorgung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern?
Lösungsstrategien	
Abschlussphase	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise zu unserem Thema?
Mögliche weitere Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden	

T1 (Ende der Rehabilitation)

	<ul style="list-style-type: none"> - Wie zufrieden waren Sie mit der Einrichtung? (Räumlichkeiten, Verpflegung) - Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen nicht gefallen? - Welche Veränderungen in der Einrichtung hätten Ihre Reha verbessert? - Welche Erfahrungen haben Sie mit den Behandlern in der Reha gemacht? Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen nicht gefallen? - Wie gut fühlen Sie sich während der Reha unterstützt? - Wie bewerten Sie die Betreuung durch die Ärzte, Therapeuten etc.? - Wie schätzen Sie Ihre Beziehung zu den Behandelnden ein? <ul style="list-style-type: none"> o Ärzten o Therapeuten (alle Akteure im Behandlungsprozess) - Gab es Ihrer Meinung nach ausreichend Zeit für Gespräche? Wenn nein: Warum nicht? - Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Betreuung zu verbessern?
(3) Behandler und Betreuung	
(4) Therapieplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fanden Sie die Therapieplanung? - Wie wurden Ihre Therapieansätze berücksichtigt?
(5) Therapien/Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> - Was fanden Sie in Ihrem gesamten Behandlungsprozess (seit Rehabeginn) gut? Was fanden Sie nicht so gut? - Wie zufrieden waren Sie mit den Behandlungen? (Art und Umfang von Angeboten, Therapieablauf) - Wie aktiv waren Sie in den Therapien? - Wie anstrengend/aufwändig waren die Therapien für Sie? - Gab es Schwierigkeiten bei den Behandlungen? Wenn ja: Welche? - Welche über die medizinische Behandlung hinaus gehenden Angebote haben Sie wahrgenommen? - Wie bewerten Sie diese? <ul style="list-style-type: none"> o Gut es etwas, was Sie noch gerne gehabt hätten? Wenn ja: Was? o Wie könnten die Therapien, Ihrer Meinung nach, verbessert werden/besser umgesetzt werden?
Subjektive Erwartungen und Dimensionen der Versorgungserwartungen,	
Inhaltliche Aspekte	Rehabilitationsziele
<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen im Laufe der Zeit - Erfüllte bzw. nicht erfüllte Erwartungen - Einflussfaktoren auf Erwartungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Erwartungen hatten Sie vor der Rehabilitation? - Haben sich Ihre Erwartungen im Laufe des Rehabilitationsprozesses verändert? (Erwartungen an die Behandlung) - Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? - Wenn ja: Welche Faktoren haben begünstigt, dass Ihre Erwartungen erfüllt wurden? - Wenn nein: Welche Faktoren haben begünstigt, dass Ihre Erwartungen nicht erfüllt wurden? - Haben Sie Ihre Ziele erreicht? Wenn ja: Was hat Ihnen dabei geholfen? Wenn nein: Warum nicht? - Haben sich Ihre Ziele im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja: Warum? Welche neuen Ziele haben Sie?
<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshaltung im Laufe des Rehaaufenthaltes 	
Wirksamkeit	
Inhaltliche Aspekte	
	Fragen

Leitfaden für Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VerReM] (T1)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erfahrungen Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes gemacht haben. Die Befragung wird ca. 45 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie nicht mehr teilnehmen möchten.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Das heißt, ein Bezug zu Ihrer Person kann nicht hergestellt werden.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation	
	Orientierungsphase
<ul style="list-style-type: none"> - „Warm werden“ auf Beziehungsebene - Übergang auf Inhaltsebene 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonaufnahme
	Einstiegsphase
<ul style="list-style-type: none"> - Herantühren an das Thema 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie geht es Ihnen seitdem Sie in der Reha-Einrichtung sind?
	Erarbeitungsphase
Erfahrungen, Zufriedenheit, Barrieren und Lösungsansätze zu verschiedenen Aspekten in der Reha	
Inhaltliche Punkte	Fragen
(1) Reha allgemein	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich während des Rehabilitationsaufenthaltes? - Was war für Sie während dieser Zeit anders? - Welche Erfahrungen haben Sie während Ihres Aufenthaltes gemacht? (positive/negative Erfahrungen) - Wie zufrieden waren Sie generell mit der Rehabilitationsmaßnahme? - Fühlte Ihnen etwas, dass Sie für eine gute Reha benötigt hätten? Wenn ja, was? - Welche Schwierigkeiten haben Sie während der Reha erlebt? (Sprache, Abläufe etc.) - Haben Sie die Reha als belastend empfunden? Wenn ja: Wie belastend empfanden Sie die Reha? - Würden Sie die Reha weiter empfehlen? - Falls zutreffend: Was halten Sie von dem Reha-Angebot in Deutschland im Vergleich zu der Türkei?
(2) Reha-Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie sich in der Einrichtung gefühlt? (konkreter zu Räumlichkeiten, Verpflegung)

<ul style="list-style-type: none"> - Erholung - Krankheitsbewältigung - Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wirkt sich die Rehabilitationsmaßnahme auf Ihre Erkrankung aus? <ul style="list-style-type: none"> o Krankheitsbewältigung (Selbstmanagement, Umgang mit Stress) o Arbeitsfähigkeit: Falls zutreffend: Was denken Sie über Ihre Rückkehr in die Arbeit? o Welche gesundheitlichen Verbesserungen sehen Sie? - In welchen gesundheitsbedingten Situationen kann eine Frühberentung für Sie in Frage kommen? Welche Gründe sind aus Ihrer Sicht entscheidend (persönlich, gesundheitliche Einschränkungen etc.)? Inwiefern sind diese Gründe für Sie ausschlaggebend?
<p>Sprache und Versorgungserwartungen (Verständigungs- und Verständnisprobleme)</p>	
<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hatten Sie Schwierigkeiten, sich mit den Behandlern zu verständigen? Wenn ja: Wie sind Sie mit den sprachlichen Problemen umgegangen?/Wie haben Sie sich mit dem Personal verständigt? - Wie schätzen Sie die Verständigung mit Therapeuten ein? - Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Arzt/Ärztin Sie versteht (nicht nur sprachlich)? - Was haben Sie gemacht, wenn Sie etwas nicht verstanden haben?/Haben Sie nachgefragt? Haben Sie eine zufriedenstellende Erklärung erhalten? - In welchen Situationen gab es Verständigungsprobleme? - Welchen Einfluss hatten die Verständigungsprobleme auf den Erfolg Ihrer Behandlung? - Was wünschen Sie sich, damit die Verständigung besser klappt? - Hatten Sie Gelegenheiten, sich mit anderen Patienten auszutauschen/mit anderen Patienten zu sprechen? 	
<p>Kultur und Versorgungserwartungen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsverständnis - Auswirkungen auf Versorgung - Lösungsstrategien 	
<p>Verbesserungsvorschläge</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche/Anregungen: 	
<ul style="list-style-type: none"> - Wie würden Ihre Bedürfnisse berücksichtigt? (Kultur, Ernährung, Religion, Familie/große Familienbesuche, Kleidung, Sport, Gender) - Falls nicht berücksichtigt: Welche Auswirkung hatte das auf Ihre Behandlung bzw. auf den Erfolg? - Welche Anregungen haben Sie, um die Versorgung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern? 	
<p>Abschlussphase</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise zu unserem Thema? 	



T2 (einen Monat nach der Rehabilitation)

<p>Zugang zur Reha</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen - Zufriedenheit 	<p>- Welche Erfahrungen haben Sie vor und während der Reha gemacht (von Antragstellung bis Ende der Reha)? →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie zufrieden sind Sie rückblickend mit der gesamten Rehabilitation? - Gibt es etwas, was Sie noch gerne in der Zeit gehabt hätten? (z.B. an Therapien, an Gesprächen) - Wie fühlen/fürchten Sie sich nach dem Rehabilitationsaufenthalt? - Was fanden Sie ursprünglich nicht so gut, was Sie im Nachhinein doch noch gut finden? (Antragstellung, Reha-Einrichtung, Behandlung, Therapieplanung) - Wenn Sie jetzt zurückblicken, was würden Sie anders machen? (bei der Antragstellung, in der Reha) - Würden Sie die Reha weiterempfehlen? - Was fanden Sie in Ihrem gesamten Behandlungsprozess (seit der Antragstellung) gut? Was fanden Sie nicht so gut? - Rückblickend betrachtet – Fanden Sie die einzelnen Phasen vor, während und nach der Reha belastend? Wenn ja: Inwiefern fanden Sie die einzelnen Phasen vor, während und nach der Reha (Antragstellung, Vorbereitung, Reha und Nachsorge) belastend?
<p>Wirksamkeit</p> <p>Inhaltliche Punkte</p>	<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was hat sich für Sie nach der Reha verändert? ggf. <i>nachhaken bez. Veränderungen in Alltag, Beruf, Freizeit, zum Beispiel:</i> <ul style="list-style-type: none"> o weniger Schmerzen o Leistungsfähigkeit im Alltag o Arbeitssituation - Wie hat sich die Rehabilitationsmaßnahme auf Ihre Erkrankung ausgewirkt? Was hat Ihnen die Reha gebracht? (ggf. <i>nachhaken, gesundheitliche Verbesserung, Selbstmanagement, Reha-Erfolg, Erholung, Arbeitsfähigkeit</i>) - Falls zutreffend: Wie funktioniert der Einstieg in die Arbeit? <p>Sprache und Versorgungserwartungen (nur bei erkennbaren Sprachproblemen)</p> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hätten Sie Schwierigkeiten, sich mit Ihrem Arzt oder den Behandlern in der Reha zu verständigen? (Antragstellung, in der Reha) - Wenn Sie zurückdenken, in welchen Situationen gab es Verständigungsprobleme? (von Antragstellung bis Ende der Reha) - Im Nachhinein - wie wichtig ist für Sie, dass Sie sich mit Behandlern verständigen können? Wie wichtig ist für Sie, dass sich Ihre Behandler verständlich ausdrücken? Wie wichtig war für Sie die Verständigung für Ihren Reha-Aufenthalt bzw. für Ihre Behandlung? - Welchen Einfluss hatten die Verständigungsprobleme auf dem Erfolg Ihrer Behandlung? - Sofern zutreffend: Wie würden Sie mit Ihren sprachlichen Problemen umgehen, wenn Sie noch mal in die Reha
<p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - sprachlich - Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse - Bedeutung der Verständigung für die Versorgung - Lösungsstrategien 	

Leitfaden für Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VeReMi] (T2)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Telefongespräch genommen haben. Wir haben uns während Ihres Rehabilitationsaufenthalts zwei Mal mit Ihnen unterhalten. Dabei ging es um Ihre Versorgungserwartungen und Erfahrungen in der Reha. Wir möchten nun gerne erfahren, was Sie heute über die Reha denken. Die Befragung wird ca. 30 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie nicht mehr teilnehmen möchten.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Das heißt, ein Bezug zu Ihrer Person kann nicht hergestellt werden.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation	
<p>Orientierungsphase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonaufnahme <p>Einstiegsphase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie an Ihren zurückliegenden Reha-Aufenthalt denken? <p>Erarbeitungsphase</p> <p>Subjektive Rehabilitationsziele und Nachsorge</p> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie im Abschlussgespräch mit dem Arzt in der Reha über Ihre weiteren Reha-Ziele gesprochen? Wenn ja: Was haben Sie besprochen? - Wie würden Sie von den Behandelnden für die Zeit nach der Reha vorbereitet? - Welche Nachsorgeempfehlungen haben Sie in der Reha erhalten? - Wie fühlen Sie sich auf die Nachsorge vorbereitet? Wie fühlen Sie sich auf die Zeit nach der Reha vorbereitet? - Haben Sie nach der Reha mit Ihrem Hausarzt über die Reha gesprochen? Wenn ja: Was haben Sie ihm berichtet? - Haben Sie weitere Ziele vereinbart? - Haben Sie eine Nachsorge in Anspruch genommen bzw. begonnen? Wenn ja: Was genau? 	<p>Erfahrungen vor, in und nach der Reha</p> <p>Fragen</p>
<p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Reha“-Ziele - Nachsorge 	

	<p>gehen? - Was wünschen Sie sich, damit die Verständigung besser klappt?</p> <p>Kultur und Versorgungserwartungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsverständnis - Ursachenzuschreibung - Bedeutung Religion
	<p>- Wie würden Ihre persönlichen Bedürfnisse berücksichtigt? (von Antragstellung bis Ende der Reha) Ggf. nachhaken bez.:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kultur o Ernährung o Religion o Familie (Familienbesuche mit vielen Personen) o Kleidung o Sport o Gender <p>- Wie wichtig war für Sie die Berücksichtigung Ihrer persönlichen/kulturellen Bedürfnisse für Ihren Reha-Aufenthalt bzw. für Ihre Behandlung?</p> <p>- Welche Anregungen haben Sie, um die Versorgung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern?</p>
	<p>Subjektive Erwartungen</p> <p>Inhaltliche Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen an Reha - Rehabilitationserfolg - Erwartungen an Behandelnde <ul style="list-style-type: none"> o ernst nehmen o menschlich o Individualität berücksichtigen
	<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erwartungen hatten Sie während der Rehabilitation? - Rückblickend betrachtet, wurden Ihre Erwartungen erfüllt? - Wenn Sie noch einmal zur Reha gehen würden,.... <ul style="list-style-type: none"> o welche Erwartungen hätten Sie dann an die Reha-Einrichtung? (Räumlichkeiten, Verpflegung) o wie sollten die Behandelnden (Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal) dann sein? o was für einen Umgang würden Sie sich mit den Behandelnden wünschen? o wie sollte Ihre Behandlung/Therapie sein?
	<p>Verbesserungsvorschläge</p> <p>-Wünsche / Anregungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie könnte man Ihrer Meinung nach die rehabilitative Versorgung verbessern?
	<p>Abschlussphase</p>
	<p>- Mögliche weitere Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden</p>



Anhang 5: Studienflyer für Rehabilitanden/innen (deutsch)

  UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE  TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Einladung zur Studie

VeReMi

„Versorgungserwartungen in der
Rehabilitation bei Menschen mit
Migrationshintergrund“



Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

jeder Mensch hat andere Wünsche und Erwartungen an seine Behandlung. Werden diese nicht erfüllt, kann die Versorgung nicht optimal ablaufen. Wir wissen aus früheren Untersuchungen, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund manchmal unzufrieden mit ihrer Versorgung im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung sind. Darum möchten wir Sie herzlich zur Teilnahme an der Studie **VeReMi** einladen.

Mit der Studie möchten wir mehr über die Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund herausfinden. Die Ergebnisse sollen dabei helfen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie dazu bei.

In dieser Broschüre möchten wir Ihnen den Inhalt und den Ablauf der Studie erläutern und hoffen, Sie für eine Teilnahme gewinnen zu können.

Wie läuft die Studie ab?

Im Rahmen der Studie möchten wir Sie gerne dreimal persönlich befragen. Zu Beginn Ihres Rehabilitationsaufenthaltes möchten wir ein erstes Gespräch mit Ihnen in der Rehabilitationseinrichtung führen. In diesem Gespräch soll es vor allem um Ihre Erwartungen an den Rehabilitationsaufenthalt gehen. Am Ende Ihres Aufenthaltes findet das zweite Gespräch, ebenfalls in der Rehabilitationseinrichtung, statt. Hier möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen in der Klinik befragen. Ein Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung wird gemeinsam mit Ihnen die Termine für diese ersten zwei Gespräche vereinbaren. Wir versichern Ihnen, dass dadurch keine Termine oder Behandlungen ausfallen.



Das letzte Gespräch möchten wir einen Monat nach Ihrem Rehabilitationsaufenthalt führen, wenn Sie wieder zu Hause sind. Hierzu würden wir Sie gerne zu Hause anrufen.
Die Gespräche werden ungefähr 45 Minuten dauern.

Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie den Grund dafür nicht zu nennen. Es entstehen Ihnen daraus keine Nachteile. Ob Sie teilnehmen oder nicht, wird nirgends festgehalten. Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung wird über Ihre Entscheidung nicht informiert, Ihre Rehabilitation wird davon nicht beeinflusst. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit widerrufen oder abbrechen. Dieses Infoblatt dürfen Sie in jedem Fall behalten.

Datenschutz

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Alle Studienmitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht. Alle Anforderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden von uns erfüllt. Es werden keine persönlichen Daten, wie zum Beispiel Ihre Adresse, erfragt. Um die Gespräche besser auswerten zu können, möchten wir gerne – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – Tonaufzeichnungen machen. Von allen Tonaufzeichnungen werden wir schriftliche Protokolle (Transkripte) anfertigen; alle Angaben werden anonymisiert. Nach Abschluss der Studie werden die Tonaufnahmen gelöscht, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.
Um Sie beim dritten Gespräch zu Hause befragen zu können, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Sie wird nur für dieses Gespräch genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.



Wer führt die Studie durch?

VeReMi ist eine gemeinsame Studie der Universität Bielefeld, der Universität Lübeck und der Technischen Universität Chemnitz. Sie wird von Herrn Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska und Frau PD Dr. Ruth Deck geleitet. Gefördert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr).

Bei Fragen können Sie sich gerne jederzeit an unser Projektteam wenden:

Frau Jana Langbrandtner, Dipl.-Gesundheitswirtin
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität Lübeck
Ratzeburger Alle 160
23538 Lübeck
Tel: 0451-500-5849
E-Mail: jana.langbrandtner@uksh.de





(türkisch)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE



Einladung zur Studie

VeReMi

„Versorgungserwartungen in der
Rehabilitation bei Menschen mit
Migrationshintergrund“

(Araştırmaya Katılım Daveti)
Göçmenlerin Rehabilitasyon Beklentileri)

Değerli Rehabilitasyon Hastalarımız,

tedavi sürecinde herkesin farklı ihtiyaçları ve tedavi beklentileri vardır. Kişilerin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun bir tedavi yerine getirilmediği takdirde, iyi bir tedavi ve bakım gerçekleştirilememektedir. Özellikle göçmen kökenli insanların, bazen hastanede veya rehabilitasyon kliniklerindeki tedavi ve bakımdan memnun kalmadıklarını, önceki çalışmalarımızdan biliyoruz. Bunun için sizleri bu araştırmaya katılmaya davet etmek istiyoruz.

Bu çalışmamızda hedefimiz, özellikle siz göçmen kökenli insanların bakım ve tedavilerinden beklentileri hakkında daha fazla bilgi edinmektir. Araştırmamızın sonuçları, sizlere daha uygun bakım ve tedavi hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırma Nasıl Yürütülmektedir?

Araştırma kapsamında, sizlerle üç kez görüşme yapılacaktır. Rehabilitasyon kliniğine ilk geldiğinizde, sizinle ilk görüşme yapılacaktır. Bu ilk görüşmede, rehabilitasyon merkezinden beklentileriniz hakkında bilgi alınacaktır. Bir sonraki görüşme rehabilitasyon ziyaretinizin bitiminde olacaktır ve size klinikte kaldığınız süre içinde deneyimleriniz hakkında bir takım sorular yöneltecektir. Rehabilitasyon kliniğinin bir çalışanı, sizinle, bu ilk iki görüşme tarihlerini belirleyecektir. Araştırmamıza katılmanızın, klinikteki randevularınızı ya da tedavi hizmetlerinizi aksamayacağını temin ederiz.

Son görüşmeyi rehabilitasyon kliniğinden ayrıldıktan bir ay sonra yapacağız. Bunun için sizi telefon ile aramak istiyoruz. Konuşmalar yaklaşık olarak 45 dakika sürmektedir.

İsteğe bağlı katılım,

Araştırmamıza katılmanız isteğe bağlıdır ve katılmak istemediğiniz takdirde, nedenini açıklamak zorunda değilsiniz. Sağlık sigortası ya da emeklilik sigortası da karardan haberdar olmayacaktır, rehabilitasyon tedavinizi etkilemez.

Bilgi Gizliliği

Bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Tüm Araştırma ekibimiz bilgi gizliliği esasına uymakta yükümlüdür. Kişisel bilgileriniz, örneğin adresiniz, sorulmayacaktır, Konuşmalar daha iyi değerlendirilebilmek için, - izninize bağlı - ses kayıtları yapılacaktır. Bu ses kayıtları, yazı haline dönüştürülecektir. Verdiğiniz anonim kalacaktır. Çalışmaların tamamlanmasının ardından, ses kayıtları silinecektir.

Üçüncü görüşmeyi yapabilmek için telefon numaranız gerekmektedir. Telefon numaranız sadece sizinle görüşmek için kullanılacak ve bizden başka hiç kimseye verilmeyecektir.

Araştırmayı kim yapıyor?

VeReMi Bielefeld Üniversitesi, Lübeck Üniversitesi ve Chemnitz Teknik Üniversitesinin ortak araştırmasıdır. Bu araştırma Jun. – Prof. Dr. Patrick Brzoska ve PD Dr. Ruth sorumluluğunda yürütülmektedir. Araştırmaya, Alman Emeklilik Sigortası Birliği ve Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern ve Schleswig-Holstein (vffr) Rehabilitasyon Araştırmaları Teşvik Derneği tarafından finanse edilmektedir.

Sorularınız varsa her zaman araştırma ekibimizi arayabilirsiniz:

Frau Jana Langbrandtner, Dipl.-Gesundheitswirtin
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität Lübeck
Ratzeburger Alle 160
23538 Lübeck
Tel: 0451-500-5849
E-Mail: jana.langbrandtner@uksh.de



Anhang 6: Fragebogen für Rehabilitationseinrichtungen



Universität Bielefeld



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
UND EPIDEMIOLOGIE
UND MEDIZIN



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Fragebogen

Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation (VeReMi)

Befragung von Rehabilitationseinrichtungen

ID: DO23



Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen werden migrationsensible Versorgungsstrategien von Rehabilitationseinrichtungen erfasst sowie Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung von migrationsensiblen Maßnahmen ermittelt. Der Fragebogen kommt im Rahmen der Studie „VeReMi“ zum Einsatz. Nähere Informationen dazu finden Sie im beiliegenden Anschreiben.

Zwei Begriffe, die im Fragebogen verwendet werden, möchten wir vorab erläutern:

- **Rehabilitanden mit Migrationshintergrund:** In Anlehnung an die Definition des Mikrozensus sind damit sowohl ausländische Staatsangehörige als auch deutsche Staatsangehörige gemeint, die selbst oder deren Eltern in einem anderen Land geboren wurden.
- **Migrationsensibilität:** Migrationsensibilität bezeichnet die Aufmerksamkeit für die migrationsbedingten oder kulturellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, beispielsweise im Hinblick auf Sprache, Werte und Vorstellungen.

Aus Gründen der Vereinfachung wird im Fragebogen ausschließlich die männliche Form verwendet. Personen weiblichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.

Im Fragebogen bitten wir Sie, die Antworten, die für Ihre Einrichtung zutreffend sind, anzukreuzen. Hierbei sind oft Mehrfachantworten möglich. Wir würden uns freuen, wenn Sie jede Frage beantwortet würden. Wenn Sie sich an einigen Stellen nicht sicher sind, reichen uns auch Schätzungen. Sollten Sie Fragen zur Studie oder zum Ausfüllen des Fragebogens haben, steht Ihnen Frau Dr. Yüce Yilmaz-Asian sehr gerne zur Verfügung:

Frau Dr. Yüce Yilmaz-Asian
AG Epidemiologie & International Public Health
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
Tel: 0521/106-3881; Fax: 0521/106-6465
E-Mail: yuece.yilmaz-Asian@uni-bielefeld.de

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen herzlichst.



Patrick Brzoska, Yüce Yilmaz-Asian, Oliver Razum
(Chemnitz/Bielefeld)



Ruth Deck, Jana Langbrandtner
(Lübeck)



Belegungsart Ihrer Einrichtung

«ID_VW_NRW»

1.1 Welche Art von Rehabilitationen bietet Ihre Einrichtung an? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich.)

Stationäre Rehabilitationen

Ambulante Rehabilitationen

1.2 Von welchen Rehabilitationsträgern wird Ihre Einrichtung belegt? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich.)

Deutsche Rentenversicherung

Andere Rehabilitationsträger (z.B. Gesetzliche Krankenversicherung)

Migrationsensibilität in Ihrer Einrichtung

2. Welche der folgenden Aspekte zur Migrationsensibilität wurden in Ihrer Einrichtung umgesetzt bzw. sind in Planung?

	Gar nicht	In Planung	Bereits umgesetzt
Berücksichtigung migrationsensibler Aspekte im Leitbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung migrationsensibler Aspekte im Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gründung von Arbeitsgruppen zum Thema Migrationsensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung verbindlicher Ziele zur Migrationsensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zur Migrationsensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benennung oder Einstellung von Migrations- oder Integrationsbeauftragten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige interne oder externe Fort-/Weiterbildungen oder Schulungen für Mitarbeiter zur Förderung der Migrationsensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne oder externe Fachberatung oder Supervision für Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von Abteilungen, die sich um migrationsensible Aspekte kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des Erfolgs (Evaluation) migrationsensibler Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Migrationsensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in die Planung oder Umsetzung migrationsensibler Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung externer Personen oder Organisationen (z.B. Migrationshilfsorganisationen, Wissenschaftler) in die Planung oder Umsetzung migrationsensibler Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: _____			<input type="checkbox"/>

3. Sofern es in Ihrer Einrichtung Beauftragte gibt, die sich speziell um die Interessen von Menschen mit Migrationshintergrund kümmern, wie ist deren Einbindung in die betriebliche Organisation? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich.)

Sie sind Teil der Einrichtungsleitung

Sie haben ein eigenes Budget

Sie sind als Stabsstelle eingebunden

Sie haben umfangreiche Mitsprachemöglichkeiten

Sie sind Teile des Personals (z.B. Arzteschaft, Sozialberatung, etc.)

Sie sind anders eingebunden, und zwar: _____

1

4. Inwieweit kooperiert Ihre Einrichtung mit den folgenden Personen oder Institutionen?

	Gar nicht	Manchmal	Oft
Religiöse Gemeinschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranten(selbsthilfe)organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturmittler, Mediatoren, Gesundheitslotsen (z.B. Mediatoren aus dem MiMi-Projekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturvereine oder -gemeinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf Migranten spezialisiert sind (z.B. Migrationsdienste der Wohlfahrtsverbände)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: _____			<input type="checkbox"/>

5. Bitte schätzen Sie für Ihre Einrichtung den ungefähren Anteil von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in den folgenden Bereichen ein:

Ärztliches Personal: ca. _____ % mit Migrationshintergrund

Pflegerisches Personal: ca. _____ % mit Migrationshintergrund

Sonstiges therapeutisches Personal (z.B. Sozialberatung): ca. _____ % mit Migrationshintergrund

6. In welchen der folgenden Bereiche wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten fünf Jahren gezielt Mitarbeiter mit Migrationshintergrund eingestellt? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich.)

Ärztliches Personal

Nicht-therapeutisches Personal (z.B. Küchenpersonal)

Pflegerisches Personal

Sonstiges Personal, und zwar: _____

Therapeutisches Personal

Es wurde kein Personal mit Migrationshintergrund eingestellt und zwar: _____

7. Wie viele Rehabilitanden hat Ihre Einrichtung im Jahr 2014 insgesamt behandelt und wie hoch war davon ungefähr der prozentuale Anteil von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund?

Ca. _____, vollstationäre Fälle insgesamt. Davon ca. _____ % mit Migrationshintergrund

Angaben hierzu sind nicht möglich

Falls zutreffend: Bitte nennen Sie die vier häufigsten Migrationshintergründe bei Ihren Rehabilitanden (z.B. türkischer Migrationshintergrund)

2

Information und Kommunikation

8.1 Werden die folgenden Materialien/Formulare in Ihrer Einrichtung in verschiedenen Sprachen angeboten?	Nein	In Planung	Ja
Form- und Merkblätter zum Aufenthalt (z.B. Informationsmappen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einverständniserklärungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterialien zu verschiedenen Erkrankungen und Therapien (z.B. Broschüren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetauftritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschilderung oder Wegweiser (ggf. auch sprachunabhängig, z.B. in Form von Piktogrammen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiepläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speisepläne (ggf. auch sprachunabhängig, z.B. in Form von Piktogrammen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Sofern zutreffend: Für wie viele Sprachen werden Übersetzungen von Materialien/Formulare zurzeit angeboten?

Für ca. _____ Sprachen

Bitte benennen Sie die vier häufigsten Sprachen hiervon: _____

9.1 Werden die folgenden Klinikleistungen in verschiedenen Sprachen angeboten?	Nein	In Planung	Ja
Aufnahme- oder Entlassungsgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsgespräche (z.B. Sozialberatung oder Ernährungsberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen, Vorträge, Seminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Sofern zutreffend: In wie vielen Sprachen werden die Klinikleistungen zurzeit angeboten?

In ca. _____ Sprachen

Bitte benennen Sie die vier häufigsten Sprachen hiervon: _____

10. Inwieweit werden in Ihrer Einrichtung die folgenden Personen als Dolmetscher oder Übersetzer bei der Behandlung von Rehabilitanden mit geringen Deutschkenntnissen hinzugezogen?	Gar nicht	Manchmal	Oft
Angehörige, Freunde oder Bekannte des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmernachbarn oder andere Rehabilitanden der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztliches, pflegerisches oder therapeutisches Personal mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialarbeiter mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal (z.B. Küchenmitarbeiter) mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscher oder Übersetzer der Einrichtung (internes Personal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell ausgebildete professionelle externe Dolmetscher oder Übersetzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterbringung, Versorgung, Verpflegung und religiöse Aspekte beim Aufenthalt

11. Welche der folgenden therapeutischen Angebote können Rehabilitanden in Ihrer Einrichtung nutzen, sofern sie es wünschen? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Gruppentherapien (z.B. Schwimm- und Bewegungsangebote), die getrennt für beide Geschlechter angeboten werden	<input type="checkbox"/> Möglichkeit, ausschließlich vom Personal des eigenen Geschlechtes behandelt zu werden
<input type="checkbox"/> Migrationsensible Schulungen und Informationsveranstaltungen (z.B. Diabetesschulungen, die kulturelle Krankheitsvorstellungen berücksichtigen)	<input type="checkbox"/> Möglichkeit, auf einzelne Therapiekomponenten zu verzichten und Therapiealternativen zu nutzen
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	_____

12. Welche der folgenden nicht-therapeutischen Angebote stehen in Ihrer Einrichtung zur Verfügung? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Gebetsräume/Kapellen (inkl. religiöser Ausstattung)	<input type="checkbox"/> Fremdsprachige Zeitschriften/Zeitung
<input type="checkbox"/> Neutral gestalteter Religionsraum für alle Religionen	<input type="checkbox"/> Fremdsprachige Fernsehsender (ohne englische Sender)
<input type="checkbox"/> Menüauswahl, die religiöse Bedürfnisse berücksichtigt (z.B. Angebot von Halal-Kost, koscherer Kost etc.)	<input type="checkbox"/> Geänderte Öffnungszeiten der Cafeteria (z.B. im Ramadan nach Sommeruntergang)
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	_____

13. Sofern zutreffend: Wie erfahren die Rehabilitanden in Ihrer Einrichtung von migrationsensiblen Angeboten?
(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Die Angebote werden bei der Aufnahme vorgestellt	<input type="checkbox"/> Patienten müssen die Angebote erfragen
<input type="checkbox"/> Durch Informationsmaterialien, die sie zu Beginn des Aufenthaltes erhalten	<input type="checkbox"/> Anders, und zwar: _____
<input type="checkbox"/> Das Personal geht auf Patienten während des Aufenthaltes zu und stellt Angebote vor	<input checked="" type="checkbox"/> _____

14. Wie werden die Wünsche von Rehabilitanden im Hinblick auf ihren Rehabilitationsaufenthalt erhoben?
(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Mündlich während des Aufnahme- oder Anamnesegesprächs	<input type="checkbox"/> Es findet keine Erhebung statt
<input type="checkbox"/> Patienten füllen einen Fragebogen aus	<input type="checkbox"/> Anders, und zwar: _____

15. Inwieweit werden folgende Informationen Ihrer Rehabilitanden routinemäßig (z.B. im Rahmen der Anamnese) erhoben und ausgewertet (z.B. zum Zwecke des Qualitätsmanagements)?
(Mehrfachangaben pro Zeile möglich)

	Wird erhoben	Wird zusätzlich ausgewertet
Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttersprache/Sprachkenntnisse (inkl. Deutschkenntnisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersetzungsbedarf (bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsland des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsland der Eltern des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeiten zu lesen und zu schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertvorstellungen bzw. kulturspezifische Einstellungen (z.B. in Bezug auf Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essgewohnheiten (z.B. Vegetarier, Halal-Kost, koschere Kost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Aspekte der Migrationsensibilität

16. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Migrationsensibilität einer Reha-Einrichtung für ...

	Unwichtig	Teils/teils	Wichtig
... die Zufriedenheit von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Mitarbeiter-Zufriedenheit (z.B. durch bessere Behandlungsabläufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Behandlungserfolg von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Steigerung der Zahlen von Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme voll zu	Stimme teilweise zu	Stimme nicht zu
Es ist notwendig, unsere Einrichtung migrationsensibel auszurichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Einrichtung geht auf die Behandlungsbedürfnisse von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zukünftig ist eine stärkere Ausrichtung unserer Einrichtung auf migrationsensible Aspekte vorgesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitanden mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihren Behandlungsbedürfnissen von Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund. Ich finde es wichtig, dass unsere Mitarbeiter an Fortbildungen oder Kursen zum Umgang mit kultureller/religiöser Vielfalt oder zum Thema „Interkulturelle Kompetenz“ teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Mitarbeiter fühlen sich sicher im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Kultur und Religion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine migrationsensible Ausrichtung ist aufgrund der derzeitigen finanziellen Situation für unsere Einrichtung nicht realisierbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine migrationsensible Ausrichtung wird für viele Einrichtungen zukünftig eine noch größere Rolle als heute spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welche Hindernisse sehen Sie bei der Umsetzung einer migrationsensiblen Versorgung in Ihrer Einrichtung (bzw. welche Hindernisse müssten Sie vor der Implementierung aktuell bestehender migrationsensibler Versorgungsmaßnahmen überwinden)?
(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachantworten möglich.)

<input type="checkbox"/> Fehlende finanzielle Ressourcen	Unterschiedliche Ansichten über den Nutzen und die Notwendigkeit solcher Maßnahmen auf Ebene der Verwaltung und der ärztlichen Leitung
<input type="checkbox"/> Strukturelle Probleme in der Einrichtung	Mangelnde Motivation zur Umsetzung solcher Maßnahmen auf Seiten des Personals
<input type="checkbox"/> Organisatorische Schwierigkeiten	Es gibt/ gibt keine Hindernisse
<input type="checkbox"/> Fehlende Anreize des Rehabilitationsträgers	Nicht zutreffend, da in der Vergangenheit oder aktuell keine Absicht zur Implementierung und Umsetzung solcher Maßnahmen in unserer Einrichtung bestand/ besteht
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	

Falls Sie weitere Anmerkungen (z.B. Unterstützungsbedarf, Umsetzung weiterer migrationsensibler Aspekte) haben, dann notieren Sie diese bitte hier: _____

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!
Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Umschlag direkt an die Universität Bielefeld. Das Porto übernehmen wir.

Anhang 7: Anschreiben von Rehabilitationseinrichtungen

 **Universität Bielefeld**

 **UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
UND EPIDEMIOLOGIE**

 **TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ**

Studie VeReMi
Studienleitung:
Jun.-Prof. Dr. Patrick Bizoska,
Prof. Dr. Oliver Razum,
Dr. Ruth Deck
Ansprechpartnerin:
Dr. Yüce Yılmaz-Aslan
Tel.: 0521/106-3881
Fax: 0521/106-6465
yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

Bielefeld, 10.03.2015

Name der Klinik
Name Vorname Ansprechpartner
Ärztliche Leitung/Verwaltungsleitung
Straße Hausnr.
PLZ Ort

Einladung zur Teilnahme an der Studie
„Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und
Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation“
(VeReMi)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versorgungsbedürfnisse und -bedarfe von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich. So haben Menschen mit Migrationshintergrund beispielsweise andere Wünsche an die Versorgung oder benötigen bei Problemen mit der deutschen Sprache mehr Unterstützung im Versorgungsalltag.

Im Rahmen der VeReMi-Studie möchten wir unter anderem erfassen, welche Versorgungsstrategien Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund nutzen. Gleichzeitig möchten wir Hürden bei der Einführung und Gestaltung „migrationssensibler“ Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen ermitteln und erfassen, wie diese überwunden werden können. Diese Informationen sollen dazu beitragen, die rehabilitative Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nutzerorientierter und zielgruppensensibler zu gestalten.

Insgesamt befragen wir die Verwaltungs- und ärztlichen Leitungen von rund 120 Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.
Die Beantwortung des Fragebogens wird maximal **5 bis 10 Minuten** Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Die Studie wird von der *Deutschen Rentenversicherung Bund* und dem *Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr)* gefördert. Die zuständigen Ethikkommissionen der Universität zu Lübeck und der Ärztekammer Westfalen-Lippe haben die Studie geprüft und keine Bedenken geäußert.
Ihre Daten werden ausschließlich zum Zweck der Studie erhoben und genutzt. Alle Antworten werden **streng vertraulich** behandelt. Selbstverständlich erfolgt weder eine Weiterleitung von individuellen Informationen an die Projektförderer noch werden in irgendeiner anderen Form Antworten veröffentlicht, die einen Rückschluss auf einzelne Einrichtungen erlauben.

Wir hoffen, Sie als Vertreter/in Ihrer Einrichtung für die Studie gewinnen zu können und freuen uns, wenn Sie durch die Beantwortung des Fragebogens an der Studie mitwirken. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie dazu bei, die rehabilitative Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarfs- und bedürfnisgerechter zu gestalten.

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum **15.04.2015** auszufüllen und im beigelegten Umschlag an uns zu schicken. Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns bereits im Voraus ganz herzlich bei Ihnen. Bitte zögern Sie nicht, uns bei Fragen telefonisch zu kontaktieren (Ansprechpartnerin: Frau Dr. Yılmaz-Aslan, Tel. 0521/106-3881).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr VeReMi-Team


Patrick Bizoska, Yüce Yılmaz-Aslan, Oliver Razum
(Chemnitz/Bielefeld)


Ruth Deck, Jana Langbrandtner
(Lübeck)



Anhang 8: Interviewleitfaden - Fokusgruppeninterviews



Universität Bielefeld



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
UND EPIDEMIOLOGIE
FÜR ANATOMIE, PATHOLOGIE
UND PHARMAZIE



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Leitfaden für Fokusgruppeninterviews im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ (VerReli)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erfahrungen Sie mit Rehabilitanden türkischer Herkunft gemacht haben und welche hindernden und fördernden Faktoren bei der Einführung von migrationsensiblen Versorgungskonzepten in Ihrer Einrichtung eine Rolle spielen. Unser Gespräch wird ca. 45 Minuten dauern. Wenn Sie sich zu einem Thema nicht äußern möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Natürlich können Sie das Gespräch auch jederzeit beenden, wenn Sie sich entscheiden, nicht mehr teilnehmen zu wollen.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Migrationssensibilität in der Rehabilitation	
Orientierungsphase	
<ul style="list-style-type: none"> - Warm werden“ auf Beziehungsebene - Übergang auf inhaltsebene 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonaufnahme
Einstiegsphase	
<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zu Rehabilitanden türkischer Herkunft - Erste Gedanken zum Thema 	<ul style="list-style-type: none"> - In welchem Umfang haben Sie mit türkischen Rehabilitanden zu tun? - Wenn Sie an die Arbeit mit türkischen Migranten denken – was fällt Ihnen da spontan zu allererst auf?
Earbeitungsphase	
Sprache und Kommunikation	
<ul style="list-style-type: none"> - Sprachliche Punkte - Sprachliche und Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie häufig und in welchen Situationen treten sprachliche Probleme auf? Wie wirken sich die sprachlichen Probleme auf die Versorgung aus? - Wie gut sind Ihrer Erfahrung nach Rehabilitanden türkischer Herkunft über ihre Erkrankung, die Ursachen und die Reha informiert? Sehen Sie Unterschiede zu Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund? - Wie gehen Sie damit (mit den Sprachbarrieren und Wissensdefiziten) in Ihrer Arbeit / in Ihrer Einrichtung um? - Was könnte Ihnen und Ihren Patienten bei Verständigungsproblemen helfen?
Kultur und Kommunikation	
<ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Punkte - Kulturbedingte Unterschiede zu Krankheitsverständnis und - 	<ul style="list-style-type: none"> - In welchen Versorgungssituationen (Untersuchungen, Anwendungen, Verpflegung) kommt es häufig zu



Universität Bielefeld



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
UND EPIDEMIOLOGIE
FÜR ANATOMIE, PATHOLOGIE
UND PHARMAZIE



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

<ul style="list-style-type: none"> - Ursache Auswirkungen der kulturbedingten (unterschiedlichen) Vorstellungen auf die Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten (z.B. Scham/Tabuisierung) aufgrund kultureller oder religiöser Unterschiede? Kommt es durch diese Unterschiede zu Problemen mit Mitrehabilitanden ohne Migrationshintergrund? Wie sehen diese Probleme aus? - Gibt es Schwierigkeiten mit Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund in der Einrichtung? Wenn ja welche? - Wie gehen Sie mit diesen Herausforderungen in Ihrer Arbeit / in Ihrer Einrichtung um? - Was könnte Ihnen und Ihren Patienten in schwierigen Versorgungssituationen helfen?
Bestehende Migrationssensibilität in der Reha-Einrichtung	
<ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Punkte - Bestehende migrationsensible Versorgungskonzepte 	<ul style="list-style-type: none"> - Werden in Ihrer Einrichtung bereits Konzepte, die die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen, umgesetzt? (Verpflegung, gleichgeschlechtliche Anwendungen, mehrsprachiger Informationsmaterialien, Türkisch sprechendes Personal) - Gibt es Personen, die sich speziell um die Interessen von Menschen mit Migrationshintergrund kümmern? Was genau machen diese Personen? - Gibt es Kooperationen zwischen Ihrer Klinik und Institutionen, die auf Migranten spezialisiert sind? Wie sieht die Zusammenarbeit jeweils aus?
Migrationssensible Versorgung	
<ul style="list-style-type: none"> - Stellenwert von migrationsensibler Versorgung - Verbesserung der Wirkansatzzufriedenheit durch migrationsensible Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Für wie wichtig halten Sie die Berücksichtigung kultureller und religiöser Bedürfnisse? - (Denken Sie, dass die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund durch die Berücksichtigung verbessert werden kann?; ggf. fragen) - Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Kultur und Religion? Wenn ja, was hilft Ihnen dabei? Wenn nein, was könnte Ihnen helfen den Umgang zu erleichtern?
Implementierung migrationsensibler Versorgungskonzepte	
<ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Punkte - Hürden und Hindernisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Steht der Einführung von Versorgungskonzepten in Ihrer Einrichtung, bei denen speziell die Bedürfnisse von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden, explizit etwas im Weg? → Fehlende finanzielle Ressourcen → Strukturelle Probleme in der Einrichtung (Welche?) → Schwierigkeiten in der Organisation (Welche?) → Fehlender Anreiz seitens der Reha-Träger (Wie könnten die aussehen?) → Unterschiedliche Ansichten über den Nutzen und die Notwendigkeit solcher Maßnahmen auf Ebene der Verwaltung und der ärztlichen Leitung (Bitte erläutern Sie) → Mangelnde Motivation zur Umsetzung solcher Maßnahmen auf Seiten des Personals (Wie könnte die Motivation verbessert werden?)

- Fördernde Faktoren	→ Gibt es Ihrer Meinung nach Grenzen in der Rehabilitation von türkischen Migranten, insbesondere bei der Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Bedürfnissen? Wodurch werden diese Grenzen gesetzt? (organisatorisch, finanziell, personell) - Was ist nötig, um in Ihrer Einrichtung Versorgungskonzepte, die die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen, umzusetzen? - Was könnte die Umsetzung solcher Versorgungskonzepte fördern bzw. erleichtern? - Was könnte man in der Klinikstruktur ändern, um die Implementierung zu erleichtern? - Wie könnte die Umsetzung dieser Versorgungskonzepte in Ihrer Klinik organisiert werden? - Was wäre Ihrer Meinung nach ein wichtiger Anreiz, um eine migrationsensible Versorgung umzusetzen? - Umsetzbarkeit migrationsensibler Versorgungskonzepte
Abschlussphase	
Verbesserungsvorschläge	
Inhaltliche Punkte - Anregungen	Fragen - Gibt es noch Aspekte, die Sie bei dieser Thematik für wichtig halten, die wir im Gespräch noch nicht berücksichtigt haben?

Anhang 9: Informationsschreiben für Fokusgruppeninterviews

Einladung zur Studie „VeReMi“

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund

Eine gemeinsame Studie der Universität Bielefeld, der Universität Lübeck und der Technischen Universität Chemnitz



Informationen für Studienteilnehmer

Worum geht es?

Die medizinische Rehabilitation ist ein Versorgungsbereich, in dem Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund besonders stark ausgeprägt sind. Versorgungsstrategien, mit denen die Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund bedarfs- und bedürfnisgerechter gestaltet werden könnte, kommen bisher kaum zum Einsatz.

Was ist das Ziel der Studie?

Wir wollen:

- Versorgungserwartungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund ermitteln
- bestehende Versorgungskonzepte für Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund untersuchen
- hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erheben

Warum bitten wir ausgerechnet Sie?

Um hindernde und fördernde Faktoren bei der Implementierung von migrationssensibler Versorgung erfassen zu können, würden wir Sie gerne zu einem Gruppengespräch einladen. Sie als Mitarbeiter/in vor Ort stellen für Patienten/innen eine/n wichtige/n Ansprechpartner/in während des Aufenthalts in der Rehabilitation dar. Sie verfügen über umfangreiche Erfahrungen und können daher wertvolle Erkenntnisse über hindernde und fördernde Faktoren bei der Umsetzung migrationssensibler Versorgungskonzepte beitragen.



Was kommt auf Sie zu?

Wenn Sie sich für eine Teilnahme an der Studie entscheiden, werden wir ein ca. 45 minütiges Gespräch mit Ihnen und einigen Ihrer Kollegen/innen durchführen. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, würden wir es gerne – sofern Sie einverstanden sind – auf Tonband aufnehmen.

Datenschutz

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben anonym und streng vertraulich. Alle Forderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden von uns erfüllt. Für unsere Auswertungen wird von dem aufgezeichneten Gespräch ein schriftliches Protokoll (Transkript) angefertigt. Ihre persönlichen Angaben wie z. B. Ihr Name werden dabei nicht genannt. Veröffentlichungen der Ergebnisse erfolgen ebenfalls nur anonymisiert. Nach Abschluss der Studie wird das aufgezeichnete Gespräch gelöscht, so dass keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich sind.

Was haben Sie von der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, Versorgungslücken in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu beleuchten und die Rehabilitation patientenorientierter zu gestalten. Hiervon können Ihre Einrichtung und Sie selbst profitieren.



Wer fördert die Studie?

Gefördert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr).

Wenden Sie sich bei Fragen an folgende Ansprechpartnerinnen:

Frau Dr. PH Yüce Yilmaz-Aslan, Dipl.-Soz., Dipl.-Päd.
Frau Tugba Aksakal, BSc

AG Epidemiologie & International Public Health
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Tel: 0521-106-3881
Mobil: 0176-93381923
0178-6699015
E-Mail: yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de
t.aksakal@uni-bielefeld.de



