



Schulung von Migranten: Welche Probleme gibt es aus Kliniksicht?

Wie groß ist das Problem theoretisch?

- Interne Befragung zu Schmerz- und psychosozialer Belastung (2013, n= 714): **18 % Migranten im Rehazentrum Bad Eilsen in 2013**
(Definition: keine deutsche Staatsangehörigkeit, nicht muttersprachlich deutsch, selbst oder Eltern oder Großeltern nicht in Deutschland geboren)
- 2013 Bundesamt für Migration u. Flüchtlinge: 19,5%
- kein einheitliches Kulturkonzept (weder Sprache noch Religion):
Herkunftsländer: Türkei, Polen, ehem. Russ. Föderation, Mittelmeerländer



Wie groß ist das Problem praktisch?

- Spektrum der Schulungen:
 - Schmerz-, FMS-Gruppen, RA, SpA,
 - MBOR (Stressbewältigung, berufliche Neuorientierung, Erwerbsminderung)
- keine Zahlen zur Sprachkompetenz unserer Patienten
- Eignung zur Schulungsteilnahme wird von Zuweisern (Ärzte, Sozialdienst, Psychologischer Dienst – ggf. auch als Teamentscheidung) bei Aufnahme eingeschätzt
- neben Sprachkompetenz gelten alle anderen Kriterien für Tn. an (geschlossenen) Schulungsgruppen
- Tatsächlicher Ausschluss von Schulung selten (im Zweifel Versuch!)
- Outcome allerdings unklar (was kommt wirklich an?)



Schulung von Migranten

Was ist anders?

- Sprachbarriere
- kulturelle und religiöse Prägung
- tradierte Geschlechterrollen
- Autoritätshörigkeit (bis zur Unterwürfigkeit gegenüber Fachpersonal)
- Zugang zu psychosozialen Krankheitsfaktoren weniger ausgeprägt
- Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung weniger verständlich
- höhere psychosoziale Belastung (eigene Daten 2013)
- doppelte Funktion von Erwerbstätigkeit (Einkommen und Integration)



Fallbeispiel1

- türkischstämmige 52jährige Pat. mit chron. Schmerzstörung in der VOR-Schmerzgruppe
 - war in den Sitzungen der psycholog. geleiteten Gruppe durch Schmerzbelastung **und** sprachlich große Barriere überfordert
 - konnte aber bewegungstherapeutische Gruppe fortsetzen
 - Sprachlich und durch Schmerzbelastung überfordert



Fallbeispiel 2

- 48jähriger Russlanddeutscher Patient, axiale Spondyloarthritis, mit geringer Sprachkompetenz in Schulungsgruppe „M. Bechterew“
 - Unterstützung durch einen Mitpatienten
 - „auch mal mit Händen und Füßen“ verständigt
 - „passende“ Stationsärztin



Fallbeispiel 3

- 58jähriger türkischstämmiger Patient, chron. LWS-Syndrom, Sprachkompetenz leidlich
 - 30 Jahre in Deutschland, ohne Ausbildung in körperlich schwerer Hilfsarbeit, Krankenkasse forderte nach langer AU zum Rentenantrag auf
- Teilnahme am Seminar Berufliche Zukunft
 - trotz ansonsten gutem Auffassungsvermögen keine Akzeptanz der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

-z. B. in sozialrechtlichen Fragen: Selbstwertgefühl von Migranten definiert sich
körperlicher Arbeit (Einkommen, Integrationsfaktor)

doppelt aus



Muss Schulung überhaupt migrationsspezifisch sein?

- Motivation zur Schulung entscheidend (Schicht, Bildung?)
- Möchte der Pat mitentscheiden oder Entscheidung an Experten abgeben?
- Je medizinischer und fachspezifischer die Inhalte desto entscheidender ist Sprachkompetenz (z. B. Insulinanpassungsplan)
- entscheiden in der Schulung: Herz, Hirn und Hand erreichen
- als Klinik eines DRV-Regionalträgers vertraut mit niedrigem Schicht- und Bildungsstatus
- einfache und klare Sprache mit erlebbaren Inhalten möglich
 - Basisverständnis, Kernbotschaften, schlichte Modelle
 - Wahrnehmungslenkung, und Förderung von Selbstmanagement



Was könnte helfen?

-kultursensible „Kompaktfortbildung“

- Vermittlung von praxistauglichen Informationen zum Umgang mit Migranten unterschiedlichster Herkunft und Prägung

-Zugriffsmöglichkeit an übergeordneter Stelle auf vorhandene fremdsprachliche (Kurz-) Informations- und Schulungsmaterialien

(z. B. Rheuma-Liga, DRV??)