

# Rehabilitative Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Übersicht

Patrick Brzoska<sup>1</sup> & Oliver Razum<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Versorgungsforschung

<sup>2</sup> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Abt. Epidemiologie & International Public Health

## Kurzfassung

Menschen mit Migrationshintergrund machen einen großen Teil der Bevölkerung Deutschlands aus. Sie sind im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund häufiger belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt und weisen eine im Durchschnitt schlechtere (arbeitsbezogene) Gesundheit auf. Die medizinische Rehabilitation spielt für diese Bevölkerungsgruppe daher eine wichtige Rolle. Menschen mit Migrationshintergrund nutzen sie allerdings seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund und weisen auch ungünstigere Versorgungsergebnisse auf. Hierfür sind unterschiedliche Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren verantwortlich, denen sich Menschen mit Migrationshintergrund in der Versorgung gegenübersehen. Migrationssensible Maßnahmen können helfen, Versorgungseinrichtungen für die Erwartungen und Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zu sensibilisieren und bestehende Barrieren abzubauen. Sie können der erste Schritt in Richtung einer diversitätssensiblen Versorgung sein, die auch der Bedeutung weiterer Merkmale gesellschaftlicher Vielfalt Beachtung schenkt, um hierdurch die Versorgung für die gesamte Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, zu verbessern.

## Schlüsselwörter

Rehabilitation, Migrationshintergrund, Diversität, Zufriedenheit, Inanspruchnahme, Versorgungsergebnisse

## Rehabilitative care among migrants. An overview

### Summary

Migrants constitute a large proportion of the population in Germany. As compared to non-migrants they are more frequently exposed to strenuous working conditions and have an, on average, poorer (occupational) health status. Medical rehabilitation is of high relevance for this population group. Migrants, however, utilize rehabilitation less often than non-migrants and also have poorer treatment outcomes. This results from different barriers that migrants experience in the health system in terms of the access to and effectiveness of rehabilitative care. Migrant-sensitive measures can help to reduce these barriers by making health care institutions aware of the expectations and needs of this population group. They can be the first step towards a diversity-sensitive care, which also takes into account the role of other characteristics of social diversity in order to improve health care for the entire population, including migrants.

### Keywords

rehabilitation, migration, diversity, satisfaction, utilization, health care outcomes

## 1 Einleitung

In Deutschland hat mit 19,3 Millionen fast ein Viertel aller Einwohnerinnen und Einwohner einen Migrationshintergrund. Es handelt sich hierbei um Menschen, die selbst oder deren Eltern aus einem anderen Land zugewandert sind. Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe

mit einer Vielzahl unterschiedlicher Muttersprachen und ethnischer Hintergründe. Knapp die Hälfte von ihnen sind ausländische Staatsangehörige (9,4 Millionen). Die verbleibenden 9,8 Millionen sind Deutsche mit einem Migrationshintergrund. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, u.a. aus der ehemaligen Sowjetunion und Osteuropa sowie Menschen, die selbst oder deren Eltern

aus den klassischen Gastarbeiteranwerbestaaten Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Portugal, Spanien, Italien und Griechenland zugewandert sind, stellen die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland dar (Statistisches Bundesamt, 2018).

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Migrationshintergrund. Vor allem ältere Menschen mit Migrationshintergrund weisen eine höhere Prävalenz einiger chronischer Erkrankungen auf (Razum et al., 2008; Brzoska & Razum, 2017b). Neben einem geringen sozioökonomischen Status tragen hierzu auch belastende Arbeitsbedingungen bei, denen Menschen mit Migrationshintergrund im Erwerbsleben ausgesetzt sind. Diese führen u.a. auch zu einer höheren Häufigkeit von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung (Brzoska & Razum, 2015b).

Maßnahmen medizinischer Rehabilitation, die das Ziel verfolgen, gesundheitlichen Belastungen entgegenzuwirken, spielen vor diesem Hintergrund für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. Im Rahmen dieses Übersichtsbeitrags wird auf Basis empirischer Befunde der Versorgungsforschung dargestellt, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung die Rehabilitation allerdings seltener in Anspruch nehmen und ungünstigere rehabilitative Versorgungsergebnisse aufweisen. Der Beitrag illustriert ferner, dass hierfür Barrieren in der Versorgung verantwortlich sind, auf die diese Bevölkerungsgruppe im Gesundheitssystem stößt und die den Zugang und die Wirksamkeit von Angeboten einschränken können. Abschließend wird aufgezeigt, welche Maßnahmen die Versorgung für die gesamte Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, nutzerorientierter gestalten können.

## 2 Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung

Menschen mit Migrationshintergrund nutzen viele Präventionsangebote seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund (Keller & Baune, 2005; Zeeb et al., 2004). Die Mehrheit der empirischen Untersuchungen, die sich mit der Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung beschäftigt hat, weist darauf hin, dass dies auch bei tertiärpräventiven Angeboten wie der medizinischen Rehabilitation der Fall ist.

Im Rahmen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) gaben 4,9% aller Menschen ohne Migrationshintergrund an, im Vorjahr der Befragung eine Rehabilitationsmaßnahme gemacht zu haben. Bei den Befragten mit Migrationshintergrund war der Anteil mit 3,0% deutlich niedriger. Dieser Unterschied bleibt weitestgehend auch dann bestehen, wenn mittels multivariabler Analysen für den Einfluss soziodemographischer Faktoren adjustiert wird (Voigtländer et al., 2013).

Anders als bei vielen Surveys ist in Routinedaten der Sozialversicherungsträger in der Regel nur eine staatsangehörigkeitsspezifische Auswertung möglich, da Informationen zum Geburtsort der jeweiligen Personen sowie ihrer Eltern fehlen (Brzoska et al., 2012; Schenk et al., 2006). Auch hier wird allerdings deutlich, dass ausländische Staatsangehörige die Rehabilitation seltener als deutsche Staatsangehörige nutzen (Brzoska et al., 2010b). Studien, die unter Nutzung von Namensalgorithmen zumindest einzelne Bevölkerungsgruppen von Deutschen mit Migrationshintergrund, wie Türkeistämmige, in Routinedaten identifizieren und mit der Mehrheitsbevölkerung vergleichen konnten, bestätigen diese Ergebnisse (Maier et al., 2008). Vergleichbare Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Staatsangehörigen lassen sich bei Rehabilitationen im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten feststellen (Brzoska et al., 2010a). Lediglich in Abhängigkeit einzelner Diagnosen wie psychosomatischen Erkrankungen weisen einzelne ausländische Bevölkerungsgruppen wie türkische Staatsangehörige eine höhere Inanspruchnahmequote auf (Zollmann et al., 2016).

Anders stellen sich die Befunde bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern dar. Während 46,2% aller Deutschen ohne (Spät-)Aussiedler-Status, die im Jahr 2015 erstmalig eine Erwerbsminderungsrente bezogen, in den fünf Jahren zuvor eine Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, war der Anteil bei Deutschen mit (Spät-)Aussiedler-Status um fast 10 Prozentpunkte höher und blieb auch nach Adjustierung für Unterschiede in der demographischen und sozioökonomischen Struktur beider Bevölkerungsgruppen weitestgehend bestehen (Brzoska & Razum, 2018).

Die geringere Inanspruchnahme kann ein Hinweis darauf sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Staatsangehörigkeit Barrieren begegnen, die ihren Zugang zur Versorgung einschränken. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler scheinen als Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund im Hinblick auf die Inanspruch-

nahme medizinischer Rehabilitation im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung hingegen nicht benachteiligt zu sein – oder sie sind besser in der Lage, bestehende Barrieren zu überwinden.

### 3 Versorgungszufriedenheit

Was lässt sich über die Versorgung derjenigen Menschen mit Migrationshintergrund sagen, die Barrieren überwinden und den Zugang zur Rehabilitation finden? In diesem Zusammenhang sind u.a. Einblicke in die Versorgungszufriedenheit dieser Personen und deren Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung hilfreich, da er Rückschlüsse auf Optimierungspotenziale in der Versorgung ermöglicht (Bleich et al., 2009).

Eine Auswertung der Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erlaubt die Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) – eine routinemäßig von der DRV als Maßnahme externer Qualitätssicherung durchgeführte Querschnittsbefragung in Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt postalisch zu unterschiedlichen Aspekten ihrer Rehabilitation retrospektiv befragt. Hierzu zählt auch die Zufriedenheit mit unterschiedlichen Bereichen der Rehabilitation (Widera & Klosterhuis, 2007). Ergebnisse der Befragung aus den Jahren 2007-2011 zeigen, dass die Zufriedenheit mit der rehabilitativen Versorgung zwar insgesamt auf einem hohen Niveau, bei ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu deutschen aber geringer ist. So gaben ca. 76,7% aller deutschen Staatsangehörigen an, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Versorgung zu sein. Bei Staatsangehörigen aus der Türkei war der Anteil mit 57,9%, bei Staatsangehörigen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland mit jeweils 69,6% deutlich geringer. Die Anteile zufriedener oder sehr zufriedener Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterscheiden sich auch im Hinblick auf einzelne Zufriedenheitsbereiche zwischen den Bevölkerungsgruppen. Hierbei wird deutlich, dass insbesondere türkische Staatsangehörige unabhängig vom Einfluss demographischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Unterschiede mit fast allen Bereichen der Rehabilitation wie der psychologischen und pflegerischen Betreuung, der Gesundheitsbil-

dung, den Behandlungen sowie Beratungsangeboten deutlich unzufriedener als deutsche Staatsangehörige sind. Je nach Bereich war der Anteil der zufriedenen oder sehr zufriedenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden um 6 bis 12 Prozentpunkte geringer als bei deutschen Staatsangehörigen (Brzoska et al., 2017a).

### 4 Ergebnisse rehabilitativer Versorgung

Neben einer im Durchschnitt geringeren Inanspruchnahme und Versorgungszufriedenheit weisen Menschen mit Migrationshintergrund auch durchschnittlich ungünstigere Versorgungsergebnisse in der Rehabilitation auf. Das wird anhand unterschiedlicher Outcomes deutlich.

So schlossen im Jahr 2014 gemäß der sozialmedizinischen Begutachtung 16,3% aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden deutscher Staatsangehörigkeit die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung mit einem negativen Behandlungsergebnis ab. Das bedeutet, dass sich ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation nicht verbessert hat. Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Staatsangehörigkeit aus der Türkei, aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland waren diese Anteile mit 24,5%, 23,0% bzw. 21,4% deutlich höher. Diese Unterschiede sind über die Jahre betrachtet weitestgehend konstant und bleiben auch bestehen, wenn für den Einfluss von demographischen und sozioökonomischen Unterschieden sowie für unterschiedliche Diagnoseprofile kontrolliert wird. Staatsangehörige aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland hatten nach Adjustierung im Vergleich zu Deutschen eine ca. 1,4-, 1,5- bzw. 1,2-mal so hohe Chance<sup>1</sup> dafür, ihre Rehabilitation mit einem negativen Behandlungsergebnis abzuschließen (Tabelle 1) (Brzoska, 2018). Auch andere in den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung vorgehaltenen Ergebnismaße, wie die berufliche Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation bezogen auf die Arbeitsschwere oder die tägliche Arbeitsdauer (Tab. 1; Brzoska, 2018) oder das Risiko einer Erwerbsminderung nach der Rehabilitation (Brzoska & Razum, 2015a), deuten auf im Durchschnitt schlechtere Ergebnisse rehabilitativer Versorgung bei

<sup>1</sup> Der Begriff ist hier und im Folgenden im epidemiologischen Sinne als Verhältnis der Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses (z.B. Inanspruchnahme) und seiner Gegenwahrscheinlichkeit (z.B. keine Inanspruchnahme) zu verstehen. Er kann in vielen Fällen näherungsweise als „Risiko“ interpretiert werden.

**Tabelle 1**

Versorgungsauscomes in der medizinischen Rehabilitation bei ausländischen im Vergleich zu deutschen Staatsangehörigen (adjustierte Odds Ratios<sup>a</sup> und 99%-Konfidenzintervalle).

| Staatsangehörigkeit                   | Outcome                                                                                        |                                                                                           |                                                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Negatives Behandlungsergebnis (keine Verbesserung des Gesundheitszustands nach Rehabilitation) | Einschränkung in der Arbeitsschwere nach Rehabilitation (nur leichte Tätigkeiten möglich) | Einschränkung in der täglichen Arbeitszeit nach Rehabilitation (<3 Std./Tag) |
| Deutschland (Referenz)                | 1                                                                                              | 1                                                                                         | 1                                                                            |
| Türkei                                | 1,43 (1,34; 1,52)                                                                              | 1,23 (1,15; 1,32)                                                                         | 1,37 (1,28; 1,47)                                                            |
| Ehemaliges Jugoslawien                | 1,50 (1,39; 1,62)                                                                              | 1,61 (1,49; 1,75)                                                                         | 1,35 (1,24; 1,46)                                                            |
| Portugal/Spanien/Italien/Griechenland | 1,17 (1,08; 1,27)                                                                              | 1,11 (1,01; 1,21)                                                                         | 1,11 (1,02; 1,22)                                                            |

Anmerkung: <sup>a</sup> Odds Ratios adjustiert für Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbsstatus, Beruf, berufliche Stellung, Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation, Bewilligungsdiagnose

Datenbasis: Scientific Use Files SUFRSDQJ0XX, 10%-Zufallsstichprobe abgeschlossener medizinischer Rehabilitationen bei der Deutschen Rentenversicherung in den Jahren 2006-2008 sowie 2010-2014, n=617.683; Quelle: Brzoska, 2018)

ausländischen im Vergleich zu deutschen Staatsangehörigen hin.

Studien, die mittels Namensalgorithmen nicht nur ausländische, sondern auch deutsche mit Migrationshintergrund in Routinedaten identifizieren und mit der Mehrheitsbevölkerung vergleichen konnten, kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie Untersuchungen zur Inanspruchnahme (Brause et al., 2012; Maier et al., 2008).

Die Ergebnisse der Routinedatenauswertungen werden dabei von der subjektiven Einschätzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestätigt. So zeigen die Daten der oben genannten Rehabilitandenbefragung, dass Staatsangehörige aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland im Vergleich zu Deutschen unabhängig vom Einfluss demographischer, sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren eine ca. 1,6-, 1,7- bzw. 1,2-mal so hohe Chance haben, ihre Rehabilitation auch selbst als nicht wirksam einzuschätzen (Brzoska et al., 2016).

litative Befragungen von Gesundheitspersonal und Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation zeigen, dass diese Hürden durch eingeschränkte Kenntnisse der deutschen Sprache bedingt sind, die mit Informationsdefiziten, einer geringen Health Literacy sowie Verständigungsschwierigkeiten im Versorgungsprozess einhergehen (Horn et al., 2015; Haug, 2008). Letztere können es erschweren, deutschsprachige Informationen zu vermitteln, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Therapien oder zur Nachsorge anzuleiten oder Beratungen anzubieten. Aber nicht nur sprachliche Barrieren behindern den Versorgungsprozess. Kommunikationsschwierigkeiten, Missverständnisse und Unzufriedenheit können auch dann entstehen, wenn Versorgungseinrichtungen den Erwartungen nicht ausreichend gerecht werden, die Menschen mit Migrationshintergrund an die Versorgung haben. Diese ergeben sich zum Beispiel aus bestimmten Krankheits- und Behandlungsvorstellungen (Brzoska et al., 2010a; Brause et al., 2010; Schwarz et al., 2014).

## 5 Notwendigkeit und Potenziale migrations- und diversitätssensibler Versorgung

### 5.1 Barrieren in der Versorgung

Die im Durchschnitt geringere Inanspruchnahme, geringere Versorgungszufriedenheit und ungünstigeren Versorgungsergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation (vergleichbar mit anderen Versorgungsbereichen; Bermejo et al., 2012; Yilmaz-Aslan et al., 2014) auf Hürden stoßen, die sich nachteilig auf den Zugang zur Versorgung und den Versorgungsprozess auswirken können. Qua-

### 5.2 Migrationssensibel statt migrationspezifisch

Seit einigen Jahren setzen Akteure des Gesundheitswesens unterschiedliche Strategien ein, um die Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund nutzerorientierter zu gestalten und eine migrationssensible Versorgung zu ermöglichen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2015). Migrationssensibilität bezeichnet in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeit für die migrationsbedingten oder kulturellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund in der Regelversorgung, beispielsweise im Hinblick auf Sprache, Werte und Vorstellungen. Das

umfasst zum Beispiel die Berücksichtigung migrationsbezogener Aspekte im Leitbild, die Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal im Hinblick auf interkulturelle Handlungskompetenz oder den Einsatz interner oder externer Dolmetsch- und Kulturmittlungsdienste. Von *migrationssensiblen* sind *migrationsspezifische* Maßnahmen abzugrenzen. Im Gegensatz zu *migrationssensiblen* Maßnahmen handelt es sich hierbei um Maßnahmen, die lediglich die spezifischen Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen wie Menschen türkischer Herkunft aufgreifen wollen. Hierzu zählen beispielsweise Informationsmaterial in türkischer Sprache oder Speisen, die unter Einhaltung islamischer Speisevorschriften zubereitet werden. Solche Maßnahmen können zwar Teil einer *migrationssensiblen* Versorgung sein. Sie allein können die Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund allerdings nicht flächendeckend optimieren. Das liegt daran, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund sprachlich und kulturell sehr heterogen ist. Spezifische Maßnahmen für alle Menschen mit Migrationshintergrund flächendeckend in Versorgungseinrichtungen anzubieten, stößt daher schnell an Grenzen. Insbesondere dürfen *migrationsspezifische* Maßnahmen nicht zum Aufbau von Parallelstrukturen führen. Das würde dann geschehen, wenn sich Einrichtungen, die nicht auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert sind, aus der Verantwortung zögen, diese Bevölkerungsgruppe bestmöglich zu versorgen. Der Anspruch auf eine flächendeckend gute Versorgung für die gesamte Bevölkerung (mit und ohne Migrationshintergrund) wäre dann nicht mehr erfüllbar (Razum & Spallek, 2014).

### 5.3 Chancen diversitätssensibler Versorgung

Migrationssensible Maßnahmen können der Ausgangspunkt für eine diversitätssensible Versorgung sein, die der Tatsache Rechnung trägt, dass neben dem Migrationshintergrund auch andere Merkmale wie Geschlecht, Alter und sozialer Status mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen in der Versorgung einhergehen und im Gesundheitssystem berücksichtigt werden müssen (Brzoska & Razum, 2017a; Gardenswartz & Rowe, 1998). Diversitätssensible Maßnahmen können an unterschiedlichen Ebenen ansetzen, um sowohl die strukturellen Voraussetzungen für eine diversitätssensible Versorgung zu schaffen als auch Personal für die Vielfalt von Versorgungsnutzerinnen und Versorgungsnut-

zern sowie ihren Versorgungserwartungen zu sensibilisieren (Pfannstiel, 2014). Auf organisationaler Ebene können diversitätssensible Leitbilder zum Einsatz kommen, die sich gegen Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Eigenschaften aussprechen und Vielfalt als Bereicherung und Möglichkeit zur Organisationsentwicklung anerkennen. Auf Ebene von Versorgungsnutzerinnen und Versorgungsnutzern ist es u.a. wichtig, Bedürfnisse zu erfassen und Umsetzungsmöglichkeiten und -grenzen im gemeinsamen Austausch zu diskutieren. Auf Personalebene kann eine diversitätssensible Personalpolitik die Vielfältigkeit der Belegschaft fördern und sich damit auch positiv auf den Umgang mit einer diversen Patientenklientel auswirken. Ferner können Diversitätsbeauftragte eingesetzt werden, welche die Umsetzung von Diversitätsmaßnahmen koordinieren und auch für Versorgungsnutzerinnen und Versorgungsnutzer ansprechbar sind. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass diversitätssensible Maßnahmen einen Beitrag leisten können, die Versorgungsqualität für alle Nutzerinnen und Nutzer zu erhöhen (Kumra & Manfredi, 2012; Greene & Kirton, 2009; American Hospital Association, 2004). Eine Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass solche Maßnahmen zunächst mittels Evaluationsstudien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurden.

Diversitätssensible Maßnahmen können nicht nur dabei helfen, den Herausforderungen der Vielfalt von Versorgungsnutzerinnen und Versorgungsnutzern zu begegnen. Auch das Gesundheitspersonal wird vielfältiger, beispielsweise weil aktiv Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Ländern angeworben werden (Köllen, 2014). Das ist mit vielen Chancen verbunden, kann aber auch mit Konflikten einhergehen (Jansen et al., 2018), die mittels diversitätssensibler Maßnahmen besser genutzt bzw. bewältigt werden können.

Bevor diversitätssensible Maßnahmen implementiert werden können, müssen sie außerdem auf die jeweiligen Rahmenbedingungen in Einrichtungen und deren Stärken und Schwächen zugeschnitten sein. Diese müssen vor Ort im Sinne einer Ist-Analyse erfasst werden (Arredondo, 1996). Im Rahmen des Projektes ReDiMa, das die Autoren dieses Beitrags kürzlich abgeschlossen haben (Laufzeit: 2016-2018; Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW), wurde der Ist-Zustand einer exemplarischen Einrichtung auf Basis teilnehmender Beobachtungen und qualitativen Interviews mit Personal sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untersucht. Aus den Ergebnissen werden ak-

tuell exemplarische diversitätssensible Maßnahmen abgeleitet. Hierzu zählt zum Beispiel ein diversitätssensibler Bedürfniserfassungsbogen. Er soll dazu dienen, Erwartungen von Rehabilitanden/innen im Vorfeld der Rehabilitation zu erheben, und kann die Grundlage für einen Austausch zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen über Möglichkeiten und Grenzen der Berücksichtigung einzelner Erwartungen sein.

Auch Rehabilitationseinrichtungen sind sich der Notwendigkeit einer zumindest migrationsensiblen Versorgung bewusst. Das zeigt eine exemplarische Befragung der verantwortlichen ärztlichen Leitungen und Verwaltungsleitungen von Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Brzoska et al., 2017b). Gleichzeitig werden jedoch fehlende finanzielle Ressourcen und organisatorische Probleme berichtet, welche die Implementierung solcher Maßnahmen behindern. Dies hat zur Folge, dass diversitätssensible Maßnahmen nur sehr unsystematisch zum Einsatz kommen, obwohl in fast allen Einrichtungen auch Menschen mit Migrationshintergrund behandelt werden. Rund 30% der befragten Einrichtungen bieten nach eigenen Angaben keinerlei migrationsensible Maßnahmen an (ebd.).

Die Implementierung diversitätssensibler Versorgungsstrategien wird zusätzlich dadurch behindert, dass praxisnahe Hinweise für Versorgungseinrichtungen und -träger darüber, wie entsprechende Maßnahmen in der Versorgungspraxis umgesetzt werden können, bisher fehlen. Im Rahmen eines weiteren von den Autoren dieses Beitrags geleiteten Projektes (DiversityKAT; Laufzeit: 2018-2020; Förderung: DRV Bund) werden daher aktuell Instrumente und Umsetzungsstrategien einer diversitätssensiblen Versorgung zusammengestellt und auf Basis eines dreistufigen partizipativen Delphi-Prozesses mit Rehabilitationseinrichtungen und -trägern in Form eines Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens dokumentiert. Hierdurch sollen Rehabilitationseinrichtungen und -träger bei der Auswahl und Implementierung diversitätssensibler Versorgungsstrategien unterstützt werden.

## 6 Fazit

Menschen mit Migrationshintergrund stoßen in der Rehabilitation auf Barrieren, die ihren Zugang einschränken und Versorgungsergebnisse nachteilig beeinflussen. Migrationsensible Maßnahmen können einen Beitrag leisten, die Erwartungen dieser Bevölkerungs-

gruppe zu berücksichtigen und eine flächendeckend bedürfnisgerechte Versorgung zu implementieren. Sie können der Ausgangspunkt für eine diversitätssensible Versorgung sein, die über den Migrationshintergrund hinausgehend auch der Rolle weiterer Diversitätsmerkmale in der Versorgung Rechnung trägt. Versorgungseinrichtungen sind bereit, entsprechende Maßnahmen zu implementieren und müssen hierfür zur Überwindung bestehender Implementierungsbarrieren durch Rehabilitationsträger strukturell und organisatorisch dabei unterstützt werden. Auch ein Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden, wie er gerade durch die Autoren dieses Beitrags im Projekt DiversityKAT entwickelt wird, und praktische Implementierungshinweise zur Verfügung stellt, kann den Einsatz entsprechender Maßnahmen in der Versorgung fördern.

## Literaturangaben

- American Hospital Association (2004). *Strategies of leadership: Does your hospital reflect the community it serves?* Washington: American Hospital Association.
- Arredondo, P. (1996). *Successful diversity management initiatives: A blueprint for planning and implementation*. Thousand Oaks: Sage.
- 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.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55, 944-953.
- Bleich, S.N., Özaltin, E. & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 87, 271-278.
- 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. Abschlussbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Brzoska, P. (2018). Disparities in health care outcomes between immigrants and the majority population in Germany: A trend analysis, 2006-2014. *PLOS ONE* 13, e0191732.

- Brzoska, P. & Razum, O. (2015a). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58, 553-559.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2015b). Migration and occupational health: high work-related burdens. Public Health Forum 23, 113-115.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2017a). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 56, 299-304.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2017b). Mortality and morbidity patterns among immigrants residing in Germany (S. 214-233) In: F. Trovato (Hrsg.): Migration, Health and Survival: International Perspectives. Cheltenham: Edward Elgar.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2018). Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation im Vorfeld der Erwerbsminderungsrente: ein Vergleich ausländischer und deutscher Staatsangehöriger unter besonderer Berücksichtigung von (Spät-)Aussiedler/innen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, im Druck.
- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T. & Razum, O. (2016). 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., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T. & Razum, O. (2017a). Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: A cross-sectional study. BMJ open 7:e015520, doi:10.1136/bmjopen-2016-015520.
- 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. (2012). Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. Gesundheitswesen 74, 371-378.
- Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R. & Langbrandtner, J. (2017b). Migrations-sensible Versorgungsstrategien in der orthopädischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 60, 841-848.
- Gardenswartz, L. & Rowe, A. (1998). Managing diversity. A complete desk reference and planning guide. New York: McGraw-Hill.
- Greene, A.-M. & Kirton, G. (2009). Diversity management in the UK: organizational and stakeholder experiences. New York: Routledge.
- Haug, S. (2008). Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14. Reihe „Integrationsreport“, Teil 2. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58, 577-583.
- Jansen, E., Hänel, P. & Klingler, C. (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. Public Health 160, 1-9.
- Keller, A. & Baune, B. (2005). Impact of social factors on health status and help seeking behavior among migrants and Germans. Journal of Public Health 13, 22-29.
- Köllen, T. (2014). Belegschafts- und PatientInnen-Diversität in Krankenhäusern: Status quo, Entwicklungstendenzen und Ansätze für deren Management in Deutschland, Österreich und der Schweiz (S. 519-537) In: R.B. Bounken, M.A. Pfannstiel, A.J. Reutshl (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität, Diversität. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kumra, S. & Manfredi, S. (2012). Managing equality and diversity. Theory and practice. Oxford: Oxford University Press.
- Maier, C., Razum, O. & Schott, T. (2008). Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland - Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Rehabilitationserfolg bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund. (S. 85-103) In: F.A. Muthny, I. Bermejo (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Pfannstiel, M. A. (2014). State of the Art von Maßnahmen und Instrumenten zum Management der Patienten- und Mitarbeiterdiversität im Krankenhaus (S. 381-427) In: R.B. Bounken, M.A. Pfannstiel, A.J. Reutshl (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität, Diversität. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Razum, O. & Spallek, J. (2014). Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? International Journal of Public Health 59, 893-895.
- 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., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006). Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 49, 853-860.
- Schwarz, B., Starikow, K., Salman, R. & Gutenbrunner, C. (2014). Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation. Vortrag auf dem 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Karlsruhe, 10.-12. März.
- Statistisches Bundesamt (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016 (Fachserie 1 Reihe 2.2). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Voigtländer, S., Brzoska, P., Spallek, J., Exner, A. & Razum, O. (2013). Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. (S. 92-104) In: T. Schott, O. Razum (Hrsg.): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa.
- Widera, T. & Klosterhuis, H. (2007). Patientenorientierung in der Praxis - 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell 6, 177-182.
- Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Bluhm, M., Aslan, A. & Razum, O. (2014). Illness perceptions in Turkish migrants with diabetes: A qualitative study. Chronic Illness 10, 107-121.
- Zeeb, H., Baune, B. T., Vollmer, W., Cremer, D. & Krämer, A. (2004). Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten -- ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 66, 76-84.
- Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D. & Erbstößer, S. (2016). Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. Die Rehabilitation 55, 357-368.

**Prof. Dr. Patrick Brzoska, MSc, EMPH**  
 Lehrstuhl für Versorgungsforschung  
 Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin  
 Universität Witten/Herdecke  
 Alfred-Herrhausen-Straße 50  
 58448 Witten  
 Telefon: 02302 926-78605  
 patrick.brzoska@uni-wh.de

**Prof. Dr. Oliver Razum, MSc**  
 Abt. Epidemiologie & International Public Health  
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
 Universität Bielefeld  
 Postfach 10 01 31  
 33501 Bielefeld  
 Telefon: 0521 106-3836  
 oliver.razum@uni-bielefeld.de

# Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Kontext von Fluchtmigration und Rehabilitation

Florian Fischer & Alexander Krämer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

## Kurzfassung

Die derzeitigen und zukünftigen Auswirkungen der Fluchtmigration stellen eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsversorgung dar. In Deutschland ist der Anspruch von Asylbewerbern auf Gesundheitsleistungen in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts eingeschränkt. In § 4 AsylbLG ist festgelegt, dass eine Krankenbehandlung nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu erfolgen hat. Dies kann zum Entstehen bzw. zur Verschlimmerung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zu Behinderungserfahrungen führen.

Obwohl die überwiegende Mehrheit der Geflüchteten aus Ländern kommt, in denen kriegsartige Auseinandersetzungen bzw. Konflikte stattfinden, wurden Aspekte in Bezug auf Geflüchtete mit körperlicher Behinderung oder Beeinträchtigung sowie deren Bedarf an Versorgung über rehabilitative Maßnahmen bislang nicht oder nur am Rande diskutiert. Es bestehen bislang keine verlässlichen Zahlen zu dem Bedarf an rehabilitativen Versorgungsleistungen für Geflüchtete. Da Rehabilitation jedoch eine zentrale Aufgabe in der Versorgung von Geflüchteten übernehmen kann, werden in diesem Beitrag die rechtlichen Grundlagen und Anforderungen im Kontext von Fluchtmigration und Rehabilitation dargestellt.

## Schlüsselwörter

Flucht, Asyl, Rehabilitation, Zugangsbarriere, Anspruch, Teilhabe, Chancengleichheit

## Legal basis and requirements for refugee healthcare in the context of migration and rehabilitation

## Abstract

The current and future effects of refugee migration present a particular challenge for healthcare. In Germany, asylum seekers' entitlement to healthcare is limited during the first 15 months of their stay. Article 4 of the Asylum Seekers' Benefit Act (*Asylbewerberleistungsgesetz* [AsylbLG]) restricts medical treatment to acute illnesses and pain only. This can lead to the emergence or aggravation of health impairments and disability experiences.

Although the overwhelming majority of refugees come from countries where wars or conflicts are taking place, aspects related to refugees with physical disabilities or impairments, as well as their need for care through rehabilitative measures, have not yet been discussed at all, or only marginally considered. So far, there are no reliable figures on the need for rehabilitative services for refugees. However, since rehabilitation can play a central role in the care of refugees, this article presents the legal basis and requirements for healthcare in the context of refugee migration and rehabilitation.

## Keywords

Refugee, asylum, rehabilitation, access, entitlement, participation, equal opportunities

## 1 Einleitung

Die Zunahme globaler Migration, insbesondere Fluchtmigration, hat Deutschland vor gesellschaftliche und politische Herausforderungen gestellt, welche auch die Gesundheitsversorgung betreffen. Die vielfach als „Flüchtlingskrise“ bezeichnete Migrations-

welle nach Westeuropa, insbesondere in den Jahren 2015 und 2016, ist eine Auswirkung der jüngsten Globalisierung und einer Zunahme von Bürgerkriegen sowie politischer Instabilitäten. So ist die Anzahl der Asylbewerber in Deutschland von 30.100 Personen im Jahr 2006 auf 722.370 Personen im Jahr 2016 gestiegen (BAMF, 2018). Obwohl sich seit-

dem ein Rückgang in der Anzahl der in Europa, respektive Deutschland, ankommenden Geflüchteten zeigt, welcher unter anderem auf die restriktive Steuerung und Begrenzung der Fluchtzuwanderung sowie Verschärfungen der deutschen Aufenthalts- und Asylgesetze zurückzuführen ist, sind die derzeitigen und zukünftigen Auswirkungen der Fluchtmigration von besonderer Relevanz.

Migration stellt insgesamt ein komplexes Phänomen dar, welches in vielerlei Hinsicht mit Gesundheit verbunden ist (Gushulak & MacPherson, 2006a; Zimmerman et al., 2011). Dies gilt insbesondere für Geflüchtete, da diese vielen Risiken (z. B. Trauma, [sexuelle, geschlechterspezifische oder strukturelle] Gewalt, Unterdrückung, Folter, Vertreibung, Risiko für Infektionskrankheiten) vor oder während der Flucht ausgesetzt sind, welche die körperliche und mentale Gesundheit beeinträchtigen können (Gushulak & MacPherson, 2000, 2006b, 2011). Darüber hinaus bestehen in den Aufnahmeländern, wie z. B. Deutschland, häufig Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, beim Zugang zum sozialen Versorgungssystem und beim Zugang zu bezahlter Beschäftigung. Gesundheit stellt eine Grundvoraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar; jedoch sind die Gesundheitsleistungen für Schutzsuchende in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts eingeschränkt (Razum et al., 2016b).

Für Geflüchtete besteht ein besonderer Bedarf, sowohl in Bezug auf akute Erkrankungen nach oder wegen der Flucht (u. a. Infektionskrankheiten), psychologische/psychiatrische Betreuung und bisher nicht behandelte chronische Krankheiten oder Behinderungen. Daher sollen in diesem Beitrag die gesetzlichen Regelungen beschrieben werden, welche für die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen für Geflüchtete relevant sind. Auf dieser Grundlage wird dann die Bedeutung der Rehabilitation im Kontext der Fluchtmigration aufgezeigt.

## 2 Gesundheitsbezogene Leistungen: Anspruch und Zugang von Geflüchteten

Neben den vielfältigen rechtlichen Aufenthaltsarten für Geflüchtete in Deutschland (Peters, 2014) besteht ein Nebeneinander von Bundes- und Landesrechten, welche unterschiedliche Schutzstandards und somit unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Anspruchs auf gesundheitsbezogene Leistungen sowie des Zugangs zum Versorgungssystem mit sich bringen. Unter diese Aufenthaltsar-

ten fallen u. a. jene Personen, denen die Rechtsstellung eines Flüchtlings nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) zugesprochen wird. Der Flüchtlingsbegriff nach Artikel 1A GFK definiert einen Flüchtling als eine Person, die sich aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen bestimmter persönlicher Merkmale (nämlich „Rasse“, Religion, Nationalität, politischer Überzeugung und Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe) außerhalb jenes Herkunftsstaates befindet, deren Staatsangehörigkeit sie besitzt und dessen Schutz sie nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will und um Schutz vor Verfolgung nachsucht. Diese Definition umfasst hingegen nicht die gegenwärtig und auch zukünftig bedeutsamen Fluchtgründe wie Bürgerkrieg, Klima- und Umweltkatastrophen.

Weiterhin sind unter den Geflüchteten auf Basis der Rechtsgrundlage in Deutschland folgende Gruppen zu berücksichtigen: 1) Asylsuchende, die sich im Asylverfahren befinden und in der Regel eine Aufenthaltsge-stattung (§ 55 Asylgesetz [AsylG]) erhalten; 2) subsidiär Schutzbedürftige, die nicht als politisch verfolgt anerkannt sind, denen aber zugestanden wird, dass im Herkunftsland Gefahr für Leib und Leben besteht, und daher ein Abschiebeschutz gewährt wird (Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz [AufenthG]); 3) Kontingentflüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG; sowie 4) geflüchtete Personen mit einer Duldung, deren Asylverfahren abgelehnt, die Abschiebung jedoch gemäß § 60a AufenthG ausgesetzt wurde.

### 2.1 Anspruch auf gesundheitsbezogene Leistungen

Für Asylbewerber wird der Anspruch auf gesundheitsbezogene Leistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt und zunächst eingeschränkt (Classen, 2008). Nach diesen Regelungen leistungsberechtigt sind jene Personen, die Grundleistungen nach §§ 1 und 3 AsylbLG erhalten. Darunter fallen Asylbewerber in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland. Die Regelungen zu dem Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter finden sich in den §§ 4 und 6 AsylbLG. In § 4 AsylbLG ist festgelegt, dass eine Krankenbehandlung (einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln) bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu erfolgen hat. Unter „akut“ sind unvermittelt auftretende, schnell und heftig verlaufende,