

Z Allg Med 2023 · 99:310–315
<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00096-2>
Angenommen: 20. Juni 2023
Online publiziert: 9. August 2023
© Der/die Autor(en) 2023



Die Gesundheitsversorgung älterer türkeistämmiger Pendelmigrant*innen: qualitative Interviewstudie

Alex Stern¹ · Nurcan Akbulut¹ · Simone Schönfeld¹ · Hürrem Tezcan-Güntekin^{1,2} · Ilknur Özer-Erdogdu^{1,3} · Meryem Aslan^{1,4} · Oliver Razum¹

¹ AG3 Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; ² Professur für interprofessionelle Handlungsansätze mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden in Public Health, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland; ³ Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland; ⁴ Pflegewissenschaft, Fachbereich Gesundheitswesen, Hochschule Niederrhein, Krefeld, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Im Rentenalter verbringen türkeistämmige Menschen oftmals längere Zeiträume in der Türkei. Mit höherem Alter steigt das Risiko, an chronischen Erkrankungen zu leiden. Pendeln chronisch erkrankte Menschen zwischen Deutschland und der Türkei, können Unregelmäßigkeiten in der medikamentösen und medizinischen Versorgung auftreten. Bisher fehlten genauere Untersuchungen hierzu.

Methode: Mit älteren chronisch erkrankten türkeistämmigen Pendelmigrant*innen, Hausarzt*innen sowie Praxismitarbeiterinnen wurden qualitative Interviews zu Versorgungsbarrieren und -bedürfnissen durchgeführt. Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnis: Hinsichtlich ihrer medikamentösen und medizinischen Versorgung sind Pendelmigrant*innen teilweise mit sozialrechtlichen und kommunikationsbezogenen Barrieren konfrontiert, die die Nutzung der Gesundheitsversorgung in der Türkei erschweren oder verhindern. Manche Pendelmigrant*innen sind zudem nicht ausreichend über ihre Medikation aufgeklärt. Sprachbarrieren, Zeitmangel der Ärzt*innen und Diskriminierungserfahrungen der Patient*innen können die Versorgung in Deutschland beeinträchtigen. Eine ungeklärte Versorgungssituation der Pendelmigrant*innen in ihrem Herkunftsland kann bei Ärzt*innen zu ethischen Konflikten führen. Positiv wirken sich die Einbindung Angehöriger in die Versorgung, ein gutes ärztliches Vertrauensverhältnis und die frühzeitige Besprechung geplanter Türkeiaufenthalte auf die Versorgung aus.

Schlussfolgerungen: Um die Versorgung für Pendelmigrant*innen verlässlich zu gestalten, sind Anpassungen transnationaler Versorgungsstrukturen sinnvoll. Ebenso sollte die hausärztliche Versorgung in Deutschland mit den erforderlichen Ressourcen ausgestattet werden, um der Zielgruppe bedarfsgerecht und diversitätssensibel begegnen zu können. Aktives ärztliches Abfragen von Reiseplänen und Unsicherheiten oder Unzufriedenheit im Zusammenhang mit der Medikation kann Unregelmäßigkeiten vorbeugen.

Schlüsselwörter

Transnationale Versorgung · Chronische Erkrankung · Zeitmangel · Kommunikation · Barrieren

Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00096-2>) enthält eine weitere Tabelle zum Kategoriensystem.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Hintergrund

Regelmäßige Auslandsaufenthalte sind für ältere Menschen mit Migrationserfahrung eine Möglichkeit, den Kontakt zu Kindern und Enkelkindern vor Ort und zu Freund*innen und Verwandten im Herkunftsland aufrechtzuerhalten [1, 2]. Ein noch unbekannter Anteil der türkeistämmigen Bevölkerung Deutschlands lebt im Rentenalter abwechselnd in Deutschland und in der Türkei [1, 3].

Dieser transnationale Lebensstil, nachfolgend als Pendelmigration bezeichnet, dürfte aufgrund der Größe der Bevölkerungsgruppe zahlenmäßig relevant sein. Insgesamt haben ca. 27% der Personen in der Gesamtbevölkerung Deutschlands einen Migrationshintergrund (die Person selbst oder mindestens ein Elternteil hatte zum Zeitpunkt der Geburt keine deutsche Staatsangehörigkeit). Unter den Menschen mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren stammen 10% aus der Türkei [4].

Viele der älteren türkeistämmigen Migrant*innen in Deutschland sind ehemalige Arbeitsmigrant*innen, die im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen gesundheitlich stärker belastet sind [5]. Chronisch erkrankte Pendelmigrant*innen sind darauf angewiesen, in 2 unterschiedlichen Staaten medizinische und medikamentöse Versorgung nutzen zu können [6]. Für die Türkei aufenthalte älterer Pendelmigrant*innen liegen Hinweise auf Unregelmäßigkeiten in der Versorgung vor, die gesundheitliche Komplikationen mit sich bringen können [6, 7]. Zusätzlich bestehen für Deutschland einzelne Hinweise auf Versorgungsbarrieren der Zielgruppe u. a. im Zusammenhang mit Othoring [8, 9].

Welche Bedürfnisse bezüglich der Gesundheitsversorgung für türkeistämmige ältere Pendelmigrant*innen in Deutschland und der Türkei bestehen, wurde daher im qualitativen Projektzweig des Projekts „Transnationale medikamentöse Versorgung älterer, türkeistämmiger PendelmigrantInnen“ gefördert durch das Landeszentrum Gesundheit NRW untersucht. Ziel dieses Projektzweigs war es, aktuelle Barrieren und Diskontinuitäten und konkrete wie strukturelle Bedürfnisse der Zielgruppe bezüglich ihrer medika-

mentösen und medizinischen Versorgung zu identifizieren.

Methodik

Die Bedürfnisse von Pendelmigrant*innen hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung in Deutschland und der Türkei, mögliche Barrieren bei der Versorgung sowie Wünsche zum Abbau von Barrieren wurden in leitfadengestützten Interviews (nach Wahl türkisch oder deutsch) erfragt. Nach Vorliegen eines positiven Ethikvotums für das Projekt wurden Interviewpartner*innen über ein Schneeballsystem und Schlüsselpersonen aus verschiedenen lokalen Communities durch türkischsprachige Projektmitarbeitende erreicht. Einschlusskriterien waren das Vorliegen mindestens einer chronischen Erkrankung mit Dauermedikation, Erfahrungen mit Pendelmigration und ein Alter von mindestens 60 Jahren (Ausnahmefall Frührente). Wie bei der Gruppe der Gesundheitsversorger*innen (s. unten) wurden Teilnehmende aus verschiedenen räumlichen Strukturen in Nordrhein-Westfalen (mehrere Großstädte, eine Mittelstadt und eine Kleinstadt) aufgenommen. Die Rekrutierung erfolgte mit besonderem Augenmerk auf die Rekrutierung auch von männlichen Interviewpartnern. Die Interviews wurden sämtlich in Präsenz, in der Regel in der Häuslichkeit der Interviewten, von einer türkisch- und deutschsprachigen Mitarbeiterin ohne Begleitung durchgeführt.

Ergänzend wurden Interviews mit 8 anhand des Verzeichnisses der kasernenärztlichen Vereinigung telefonisch rekrutierten Hausärzt*innen und Praxismitarbeiter*innen geführt. Die Auswahl zur Rekrutierung erfolgte dabei anhand der räumlichen Struktur, um die auch bei den Pendelmigrant*innen angestrebte Variation von Ortsgrößen und Regionen zu erreichen. Des Weiteren wurde eine annähernd ausgewogene Geschlechterverteilung angestrebt. Wir haben gezielt sowohl alleine als auch gemeinschaftlich praktizierende Ärzt*innen adressiert. Sprachkenntnisse von Ärzt*innen oder Praxismitarbeitenden spielten bei der Rekrutierung keine Rolle. Die Durchführung der Interviews durch jeweils eine*n wissenschaftliche*n Mitarbeitende*n erfolgte mehrheitlich in den Praxisräumen, in

2 Fällen wurden Interviews im Freien bevorzugt.

Alle Teilnehmenden wurden vorab über die Teilnahmebedingungen und Datenschutzbestimmungen aufgeklärt. Nach der Durchführung von 25 Interviews mit Pendelmigrant*innen wurde in den Voranalysen hinsichtlich des Forschungsinteresses eine theoretische Sättigung deutlich, sodass die Rekrutierung eingestellt wurde. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, händisch transkribiert und ins Deutsche übersetzt, sodass bei uneindeutigen Aussagen in der deutschen Übersetzung Abgleiche mit dem Originalwortlaut möglich waren (Codierung und Abstraktion der Interviews durch Tandems mit jeweils mindestens einer türkischsprachigen Person). Die Auswertung erfolgte ohne Analysesoftware. In einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring [10] wurden auf Basis des Interviewleitfadens mit einem deduktiven und induktiven Vorgehen 6 Kategorien (für die Pendelmigrant*innen s. Ergebnisse zzgl. Pendelkontext) gebildet.

Ergebnisse

Es wurden Interviews mit 25 türkeistämmigen chronisch erkrankten Pendelmigrant*innen geführt (s. **Tab. 1**). Mit einer Ausnahme (Hausfrau) waren alle Teilnehmer*innen berentet. Zudem beteiligten sich 6 Hausärzt*innen und 2 Praxisangestellte an der Studie.

Gesundheitszustand

Die Mehrheit der interviewten Pendelmigrant*innen ist multimorbide. Das Erkrankungsspektrum der Zielgruppe gleicht den befragten Gesundheitsversorger*innen zufolge denen der Allgemeinbevölkerung. Das Pendeln wirkt sich je nach Grunderkrankung unterschiedlich auf die körperliche Gesundheit aus. Bei multimorbiden Patient*innen mit Typ-II-Diabetes beschreiben die Ärzt*innen den Gesundheitszustand nach der Rückkehr als problematisch. Dem psychischen Gesundheitszustand hingegen sei das Pendeln zuträglich: „Ich empfehle [den Pendelmigrant*innen] sogar, dass sie mal wieder in die Türkei fliegen sollten.“ (EP06).

Tab. 1 Soziodemografische Daten der Interviewteilernehmer*innen		
Teilnehmendengruppe	Pendelmigrant*innen	Gesundheitsversorger*innen
<i>Geschlecht</i>		
weiblich	16	4
männlich	9	4
<i>Alter (gruppiert)</i>		
45–54	–	3
55–64	4	4
65–74	14	1
75–84	7	–
<i>Region</i>		
Kleinstadt	2	1
Mittelstadt	5	3
Großstadt	18	4
<i>Höchster Schulabschluss</i>		
Kein Abschluss	13	–
Grundschule	9	–
Realschule	1	–
(Fach-)Abitur	2	–
<i>Pendeldauer in Monaten (Anzahl Befragter)^a</i>	„Range“ 2–24; Modus ≈ 6 ≤ 3 Monate (2) 4–6 Monate (11) ≥ 7 Monate (6)	–
<i>Tätigkeit</i>		
Hausärzt*in	–	6
Praxismitarbeiter*in	–	2
^a Bei angegebenen Zeitspannen (z. B. 6–8 Monate) wird jeweils die mittlere Zeitspanne berücksichtigt, fehlende Antworten: keine Angabe		

Versorgungssituation

Die hausärztliche Versorgung der Zielgruppe in Deutschland kann von Sprachbarrieren beeinträchtigt sein. Manche Pendelmigrant*innen und Gesundheitsversorger*innen berichteten, sich trotz Sprachbarrieren gut verständigen zu können. Andere Pendelmigrant*innen erlebten die fehlende Autonomie als belastend: „Ich gehe zum Arzt, der Arzt sagt etwas, manches verstehe ich nicht, dann habe ich Zweifel, ob das stimmt. Den Arzt frage ich dann, gut, nicht gut? Ich frage also, ist das gut oder schlecht? Was sagen Sie meinen Kindern, frage ich.“¹ (PM07). Die Ärzt*innen äußerten Zweifel an der Qualität familialer Übersetzungen. Unerwähnter Analphabetismus kann eine zusätzliche Versorgungsbarriere darstellen. Zeitmangel in der hausärztlichen Versor-

gung wurde von Pendelmigrant*innen und Versorger*innen als Schwierigkeit genannt. „Was soll ich sagen, ich nehme mir die Zeit, die ich brauche oder die [die Patient*innen] brauchen, aber ich kriege es halt nicht bezahlt.“ (EP07). Für einzelne haus- und fachärztliche Praxen wurde durch die Pendelmigrant*innen fehlende Wertschätzung einschließlich vorurteilsbasierter Diskriminierung als Barriere thematisiert.

Die Versorgung in der Türkei ist für manche Interviewpartner*innen ohne zusätzliche Barrieren zugänglich und wird für Kontrolluntersuchungen, Behandlungen, Zweitmeinungen oder die Aufklärung über Erkrankungen ohne Sprachbarrieren beansprucht. Andere Pendelmigrant*innen berichteten von Schwierigkeiten, vor der Abreise die notwendigen Bescheinigungen der deutschen gesetzlichen Krankensversicherungen (GKV) zu erhalten. Auch die Registrierung vor Ort bei der türkischen Sozialversicherungsanstalt (SGK) nach der Einreise, um in der Türkei Leis-

tungen der GKV in Anspruch nehmen zu können, kann kompliziert werden, wenn z. B. regionale Niederlassungen schwer erreichbar sind oder die Registrierung in Versorgungsangeboten nicht sofort einsehbar ist: „Sie meinten: ‚Sie werden im System nicht aufgelistet. [...] Kommen Sie am Montag wieder.‘ Ich sagte: ‚Hier, ich habe Schmerzen am Herzen. Werdet ihr euch erst dann darum kümmern, wenn ich tot bin?‘ Der lachte.“ (PM11). Die unübersichtliche Erstattungsfähigkeit von Leistungen, die Probleme, Versorgungsangebote in Vertragspartnerschaft mit den GKV zu erreichen, die Angewiesenheit auf Begleitung sowie Erfahrungen mit wenig sorgfältigen Behandler*innen können nach Angabe der Interviewpartner*innen zu einer vollständigen Vermeidung der Versorgung in der Türkei führen.

Medikation

Polymedikation ist bei den interviewten Pendelmigrant*innen verbreitet. Nur 2 Interviewte kannten alle Präparatenamen, Indikation und Dosierung ihrer Medikamente. Die Mehrheit der Befragten orientiert sich am Aussehen der Tabletten. Die Medikationscompliance der Zielgruppe gleicht laut Gesundheitsversorger*innen der der Allgemeinbevölkerung und ist personenabhängig. Diskontinuitäten bei der Einnahme (eigenständiges Absetzen, Dosisänderungen, Verwechslung) beschrieben Pendelmigrant*innen vorrangig bei fehlenden Informationen zur Medikation und deren Wirkung. „Ich sagte: ‚Das Medikament hilft mir nicht‘, ich sagte: ‚Der Blutdruck sei gesunken, ich habe [es] nicht eingenommen! [...] Du, sagte [benachbarter Arzt], hättest fast einen Herzinfarkt gehabt.“ (PM21). In der Türkei können Pendelmigrant*innen und Gesundheitsversorger*innen zufolge Änderungen des Tagesablaufs oder eine subjektive Zustandsverbesserung zu Diskontinuitäten führen. Weitere Schwierigkeiten können aus unsicherer regionaler Verfügbarkeit von Medikamenten und Präparatwechseln für die Pendelmigrant*innen erwachsen: „Wenn ich es in der Türkei zu kaufen versuche, finde ich nicht dasselbe, ich muss dann ein anders dosiertes [Medikament] nehmen [...]“ (PM04). Des Weiteren können die fehlende ärztliche

¹ Zitate der Pendelmigrant*innen (PM) in der deutschen Übersetzung an im Deutschen gebräuchliche Anrede angepasst.

Kenntnis der Erkrankungsgeschichte in Notfällen oder die ausbleibende Neuanpassung der Medikation nach Notfällen zu Komplikationen führen: „*Die Pendelmigrant*innen] gehen ja nur hin in der Akutphase und in der Akutphase kriegen sie neue Medikamente, aber die nehmen ja noch zig andere Medikamente [...]*“ (EPO5).

Meiden Pendelmigrant*innen das türkische Versorgungssystem, bleiben Kontrolluntersuchungen aus. Ohne Medikation aus Deutschland wird in diesen Fällen die Dosis vor oder während der Reise verringert, um Medikamente einzusparen, oder die Medikation fehlt gänzlich. „*Die Pendelmigrant*innen] haben die Tabletten dann gestreckt, also dann hatte er eine 100er-Packung für Blutdruck [...] und die hat nicht gereicht und dann hat er nur 'ne halbe [Tablette] genommen oder so.*“ (EP04). Die Verordnung von Medikamenten für einen längeren Türkeiaufenthalt ist aus Sicht interviewter Ärzt*innen medizinisch vertretbar, wenn die Pendelmigrant*innen der Praxis lange bekannt sind und notwendige Neueinstellungen in der Türkei vorgenommen werden. In anderen Fällen wird die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung als beeinträchtigt beschrieben, wenn für Patient*innen nicht nachvollziehbar ist, dass Ärzt*innen die Praxis oder GKV nicht belasten möchten oder die Verordnung wegen möglicher Fehldosierungen nicht verantworten können. Für Ärzt*innen können daraus ethische Konflikte erwachsen, wenn sie annehmen müssen, dass die Patient*innen dann gar nicht medikamentös versorgt sind.

Bedürfnisse, Erwartungen und Verbesserungsvorschläge

Pendelmigrant*innen und Gesundheitsversorger*innen betonen das Bedürfnis nach mehr Zeit für Konsultationen insbesondere bei Übersetzungsbedarf. Pendelmigrant*innen erwarten einen wertschätzenden Umgang. Sie sprechen Unzufriedenheit oder Unverständnis teilweise nicht von sich aus an. Ausreichend Zeit, ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Ärzt*innen und die Einbindung Angehöriger in die Versorgung erleichtern das Ansprechen und die medikamentöse Versorgung. Bezüglich der Versor-

gung für einen längeren Türkeiaufenthalt äußern Pendelmigrant*innen und Versorger*innen das Bedürfnis nach transparenten, möglichst unbürokratischen Prozessen (z.B. bei Kostenerstattungen, Informationstransfer) ohne finanzielle Zusatzbelastungen. Gesundheitsversorger*innen äußern den Wunsch nach mehrsprachigem, frei zugänglichem Informationsmaterial zu Erkrankungen und zur Gesundheitsversorgung in der Türkei. Zur Versorgungsplanung in der Türkei sind Gesundheitsversorger*innen darauf angewiesen, dass Pendelmigrant*innen sie frühzeitig über Reisepläne informieren und Kontrolluntersuchungen abgestimmt werden können. Die Pendelmigrant*innen äußern das Bedürfnis nach einer sichergestellten medikamentösen Versorgung während des gesamten Türkeiaufenthalts ohne die Erfordernis, die eigene Krankengeschichte in der Türkei wiederholt wiedergeben zu müssen. Sie thematisieren die Notwendigkeit, auch bei einer Verweildauer von über 6 Monaten [11] die Gesundheitsversorgung in der Türkei ohne zusätzliche bürokratische Hürden in Anspruch nehmen zu können: „*Vielleicht bleibe ich länger als 6 Monate, vielleicht werde ich krank, ich schaffe es nicht zurückzukommen, das gibt es ja auch.*“ (PM17).

Diskussion

Medikamentöse Diskontinuitäten bei den türkeistämmigen Pendelmigrant*innen sind zumindest teilweise auf fehlende Kenntnisse zu Erkrankungen und Medikation zurückzuführen (z. B. Verwechslungen von Medikamenten oder eigenständige Dosisveränderungen). Informationsdefizite erschweren die Planung und die Inanspruchnahme der Versorgung in der Türkei. In der hausärztlichen Vergütung müssen angemessene Zeitfenster berücksichtigt und adäquat honoriert werden, um eine ausreichende Aufklärung der Pendelmigrant*innen auch bei Sprachbarrieren und Analphabetismus zu ermöglichen. Sprachbarrieren können sich für Pendelmigrant*innen und Ärzt*innen auch auf die schriftliche Kommunikation erstrecken (z.B. Formulare, Befunde [12]). Die Einrichtung eines festen Pools von Dolmetscher*innen für Konsultatio-

nen und Schriftverkehr könnte hier zu mehr Versorgungssicherheit beitragen. Ein wesentlicher Aspekt bei der adäquaten Aufklärung und medikamentösen Einstellung kann das aktive Abfragen von Nebenwirkungen und Diskontinuitäten sein. Die aktive Einbindung der Zielgruppe sowie die Möglichkeit der eigenständigen Information reduzieren einer niederländischen Untersuchung zufolge unerfüllte Informationsbedürfnisse [13]. Unterstützend wären bei der Aufklärung die in den Interviews thematisierte Entwicklung von bildgestützten mehrsprachigen und für Hausärzt*innen kostenfreien Informationsmaterialien [13–15]. Die ärztliche Kommunikation mit den Pendelmigrant*innen bedarf zudem der notwendigen Diversitätssensibilität, um Informationen zielgruppengerecht und wertschätzend vermitteln zu können [8, 16, 17].

Handlungsbedarf besteht ebenfalls hinsichtlich der Barrieren, die aus der derzeitigen Struktur der transnationalen Versorgung erwachsen. Die sichere Versorgung von Pendelmigrant*innen in der Türkei setzt voraus, dass die Pendelmigrant*innen sich bei der SGK anmelden und sicher durch deutsche GKV erstattungsfähige Versorgungsangebote finden können [11]. Zu solchen Leistungen in regionaler Nähe und zu Kostenerstattungsverfahren sollten Informationen niedrighschwelliger als bisher zugänglich gemacht werden, um zu verhindern, dass Pendelmigrant*innen die Versorgung in der Türkei grundsätzlich meiden.

In welchen Fällen (z.B. stabil eingestellte Patient*innen, seltene Medikation) eine von der Budgetierung ausgenommene Verordnung in Deutschland möglich ist, sollte ebenfalls diskutiert werden. Zu einer kontinuierlichen medikamentösen Versorgung sollte außerdem die Verlängerung der Aufenthaltsdauer ohne Wohnortwechsel in Anpassung an den individuellen Bedarf der Pendelmigrant*innen ermöglicht werden.

Limitationen

Da die Patient*innenzielgruppe hinsichtlich ihrer individuellen Ressourcen eine große Heterogenität aufweist, können die beschriebenen Barrieren nicht auf alle

türkeistämmigen Pendelmigrant*innen übertragen werden. Weil die Datenerhebung vor der COVID-19-Pandemie und dem Ukraine-Krieg abgeschlossen wurde, werden die Auswirkungen damit verbundener Lieferengpässe und anderer zusätzlicher Barrieren nicht in den Ergebnissen abgebildet.

Stärken

Das Projekt hat eine qualitative Datenbasis geschaffen, in der die Perspektive der Pendelmigrant*innen um die Perspektive aus der hausärztlichen Versorgung ergänzt werden konnte. Sowohl bei Pendelmigrant*innen als auch Versorger*innen werden sehr unterschiedliche Perspektiven auf Pendelmigration erfasst. Die Daten zeigen die Komplexität der Versorgungsstrukturen und der Entstehung von Barrieren deutlich auf. Sie unterstreichen den Stellenwert, den die hausärztliche Versorgung in Deutschland auch für die Gesundheitsversorgung der Zielgruppe in der Türkei hat.

Schlussfolgerung

Um älteren, türkeistämmigen Migrant*innen eine verlässliche medikamentöse und ärztliche Versorgung zu gewährleisten, ist nicht nur der Abbau der bekannten sprachlichen und kulturellen Barrieren erforderlich [9, 18]. Vielmehr müssen Hausärzt*innen ältere chronisch kranke Migrant*innen gezielt nach Pendelmigration fragen. Darüber hinaus sind Anpassungen auf der sozialrechtlichen Ebene sowie eine systematische Verbesserung der Kommunikationsstrukturen mit dem Gesundheitssektor in der Türkei erforderlich. Anpassungen, die eine diversitätssensiblere Versorgung und transnationale Lebensweisen erleichtern, kommen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels vielen Patient*innen in der heterogenen Bevölkerung Deutschlands zugute.

Fazit für die Praxis

- Ältere türkeistämmige Pendelmigrant*innen sind aufgrund struktureller und kommunikationsbezogener Barrieren dem Risiko von Diskontinuitäten in ihrer medika-

mentösen und medizinischen Versorgung ausgesetzt.

- Barrieren wie die inadäquaten zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die hausärztliche Versorgung der Zielgruppe bedürftigen dringender struktureller Anpassungen. Auf kommunikationsbezogene Barrieren können Hausärzt*innen und Praxismitarbeitende erheblichen Einfluss nehmen.
- Informationsdefizite können die Versorgung türkeistämmiger Pendelmigrant*innen sowohl in Deutschland als auch in der Türkei behindern. Da die Zielgruppe Unsicherheiten zum Teil nicht von allein thematisiert, empfiehlt sich die aktive hausärztliche Abfrage von medikationsbezogenen Schwierigkeiten.
- Hausärzt*innen sollten ältere Patient*innen mit Migrationshintergrund gezielt nach Pendelvorhaben befragen, damit versorgungsbezogene Anforderungen an die Reise frühzeitig und gemeinsam besprochen werden können.

Korrespondenzadresse

Alex Stern

AG3 Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Deutschland
a.stern@uni-bielefeld.de

Förderung. Information: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Förderkennzeichen: LZG TG 72 003/2016.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Tezcan-Güntekin: Beratungstätigkeit: Privater Krankenkassenverband (PKV); Beihilfen: Beihilfestelle Berlin; Honorar für Vorträge: PIVOT GmbH, Landesärztekammer Hessen (Vortrag Rassismus im Gesundheitswesen/diversitätssensible Pflege); Zahlungen für Manuskriptanforderungen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Zahlungen für Erstellung von Unterrichtsmaterial: Apollon Hochschule Bremen, Ricam Hospiz Berlin; Zahlungen für Reisen/Unterkunft/Treffen: Deutsches Zentrum für Altersfragen (im Rahmen des Neunten Altersbericht der Bundesregierung). A. Stern, N. Akbulut, S. Schönfeld, I. Özer-Erdogdu, M. Aslan und O. Razum geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Bielefeld für ethisch unbedenklich erklärt (Nr. 2017-195). Die Interviewpartner*innen wurden vor der Interviewteilnahme umfassend aufgeklärt und haben in die Teilnahme eingewilligt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Dietzel-Papakyriakou M (2005) Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. Z Gerontol Geriatr. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0346-2>
2. Laubenthal B, Pries L (2012) Alter und Migration – eine transnationale Perspektive. In: Motel-Klingebiel H, Schimany A, Baykara-Krumme P (Hrsg) Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S 385–410
3. www.bpb.de/internationales/europa/tuerkei/253189/heimat-almanya. Zugegriffen: 17. Jan. 2023
4. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.html. Zugegriffen: 10. Juni 2023
5. www.ssoar.info/ssoar/handle/document/55395. Zugegriffen: 17. Jan. 2023
6. Bilecen B, Tezcan-Güntekin H (2015) Transnational healthcare practices of retired circular migrants. COMCAD, Bielefeld. COMCAD Working Paper 127
7. <https://eldorado.tu-dortmund.de/handle/2003/29155>. Zugegriffen: 17. Jan. 2023
8. Gerlach H, Abholz HH, Koc G, Yilmaz M, Becker N (2012) „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“ – Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. Z Allg Med 88:77–85
9. Razum O, Akbulut N, Bozorgmehr K (2020) Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten. In: Razum O, Kolip P (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften, 7. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim, S 621–646
10. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim/Basel
11. www.dvka.de/media/dokumente/merkblaetter/urlaub_im_ausland/Urlaub_Tuerkei.pdf. Zugegriffen: 30. Dez. 2022
12. Schwarz B, Markin K, Salman R, Gutenbrunner C (2015) Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation (Stuttg). <https://doi.org/10.1055/s-0041-108279>

13. Schinkel S, Van Weert JCM, Kester JAM, Smit EG, Schouten BC (2015) Does media use result in more active communicators? Differences between native Dutch and Turkish-Dutch patients in information-seeking behavior and participation during consultations with general practitioners. *J Health Commun.* <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018600>
14. Hölzel LP, Ries Z, Kriston L, Dirmaier J, Zill JM, Rummel-Kluge C, Niebling W, Bermejo I, Härter M (2016) Effects of culture-sensitive adaption of patient information material on usefulness in migrants. A multicentre, blinded randomised controlled trial. *BMJ Open.* <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012008>
15. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ (2006) The role of pictures in improving health communication. A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.004>
16. Gerlach H, Becker N, Abholz NN (2008) Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *Z Allg Med* 84:428–435
17. Erdsiek F, Aksakal T, Özcebe H, Üner S, Karadag Caman O, Czabanowska K, Gershuni O, Westerling R, Brzoska P (2020) Antibiotikanutzung bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Wissen, Einstellungen und Interaktion mit ÄrztInnen und ApothekerInnen. *Gesundheitswesen.* <https://doi.org/10.1055/a-0820-4397>
18. Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008) Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Dtsch Arztebl* 105:A2520–A2

Medication and medical care among elderly circular migrants of Turkish origin—a qualitative interview study

Background: After retirement, people of Turkish origin often spend several months of the year in Turkey. With higher age, the risk of suffering from chronic diseases increases. During circular migration between Germany and Turkey, discontinuities may occur in the medication and medical care of chronic diseases. To date, there is a lack of in-depth analyses of barriers to medication and medical care of this group.

Methods: Qualitative interviews regarding barriers and needs in medication and medical care in Turkey and Germany were conducted with elderly Turkish circular migrants suffering from chronic diseases, family physicians (FPs), and nurse assistants. The data were analyzed using qualitative content analysis according to Mayring.

Results: Elderly Turkish migrants face various social, legislative, and communicative barriers regarding prescriptions and health care, which impede access to the Turkish health care system. Furthermore, some circular migrants are inadequately informed about their medication. Communication barriers, FPs' time shortages, and patients' experiences with discrimination can impede care in Germany. An unclear care situation in the patients' land of origin can lead to ethical conflicts in German FPs. The involvement of relatives in treatment planning, a good medical relationship between FPs and patients, and early discussion of planned stays in Turkey have a positive effect on care.

Conclusion: To improve health care access for circular migrants, adaptations to transnational health care structures are required. FPs in Germany need to be equipped with the necessary resources to meet the needs of patients while respecting diversity. Active inquiries about travel plans and uncertainty or dissatisfaction regarding the patient's medication in general can prevent discontinuities in medication.

Keywords

Transnational care · Chronic disease · Lack of time · Communication · Barriers



Leserbriefe an die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*

Leserbriefe werden von Editoren und Redaktion sehr geschätzt. Sie müssen sich auf einen Inhalt der Zeitschrift beziehen. Die Veröffentlichungsmöglichkeiten sind leider beschränkt; den Editoren bleibt oft keine andere Wahl, als unter den Zuschriften eine Auswahl zu treffen. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist umso größer, je kürzer der Brief ist, er sollte im Regelfall ca. 3000 Zeichen einschließlich Leerzeichen umfassen. Die Redaktion muss sich zudem eine - selbstverständlich sinnwahrende - Kürzung vorbehalten.

Ihre Word-Datei sollte folgende Elemente enthalten:

- Kurzer **Titel** für Ihren Brief in Form einer Frage oder Aussage aus dem Inhalt Ihres Textes (bitte *nicht*: Leserbrief zum Beitrag XY)
- Auf welche **Originalpublikation** bezieht sich Ihr Brief?
- Text (max. 3000 Zeichen)
- Komplette Korrespondenzadresse inklusive **E-Mail-Adresse**.

Senden Sie Ihren Leserbrief bitte per E-Mail an den Editor-in-Chief Herrn Professor Chenot: jchenot@uni-greifswald.de