



TÜRKISCHE MIGRANTEN



Vielen Dank.

➤ **Soziologische Bedingungen**

In Deutschland leben z. Zt. nahezu 7 Mill. ausländische Mitbürger, hiervon ca. 2 Mill. türkischer Abstammung. Spezifische soziologische Bedingungen führen zu besonders hohen psychosozialen Belastungen und erschweren den Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Die Migranten der 1. Generation kamen in der Regel im jungen Erwachsenenalter und wollten nur einige Jahre in Deutschland arbeiten, um dann zu Hause mit dem hier verdienten Geld eine gesicherte Existenz aufzubauen. Häufig waren sie noch nicht verheiratet oder haben ihre Familie in der Türkei gelassen, wo sie in der Regel aus Gesellschaftsschichten stammen mit niedrigem sozioökonomischen Status. In Deutschland leben sie in schlechten Wohnverhältnissen und verrichten Arbeiten mit ausgeprägten körperlichen und seelischen Belastungen wie Schicht- und Akkordarbeit sowie körperlicher Schwerarbeit und solche mit restriktiven Arbeitsbedingungen (Henninges 1981, Scholz und Wittgens 1981). Ausländer zeigen eine höhere Entlassungsquote, sie wechseln häufiger ihren Arbeitsplatz und sind häufiger arbeitslos (Wagner 1995). Ausländische Frauen gehen bei durchschnittlich höherer Kinderzahl häufiger einer Erwerbstätigkeit nach als deutsche Frauen, bei gleichzeitig stärkerer Belastung durch die ausschließlich durch sie getragene unbezahlte Arbeit in Haus und Familie.

Migranten der 1. Generation unterscheiden sich von denjenigen der 2. und 3. Generation durch den Grad der Verwurzelung in der kulturellen Identität und der Verbundenheit mit traditionellen Wertvorstellungen. Die 2. und 3. Migrantengeneration steht im Konflikt zwischen elterlicher kultureller Identität und der außerfamiliär erfahrenen Sozialisation im Gastland. Das Nichtbefolgen der elterlichen Norm-/Wertvorstellungen führt für diese zur Entwertung ihrer Lebensziele und für die Kinder zu einer ambivalenten Haltung in ihrem Lebenskonzept.

➤ **Medizinsoziologische Aspekte**

Aus diesen besonderen soziologischen Bedingungen entstehen besonders hohe psycho-soziale Belastungen, die die Fähigkeit zur Kompensation und Anpassung erheblich einschränken. U.a. hieraus lassen sich besondere medizinsoziologische Aspekte herausarbeiten. Der Einsatz der Migranten in ungelernter Tätigkeit bei gleichzeitig erschwerten Verständigungsbedingungen führt zu einer größeren Betroffenheit von Entlassungen mit der Gefahr nachfolgender Abschiebung. Diese permanente Gefährdung der sozialen Sicherheit durch den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes führt eher zu einem dissimulatorischen Verhalten und einer eher späten Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung.

Hinzu kommt, dass aufgrund des häufig aufrechterhaltenen Remigrationswunsches die Leistungen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch genommen werden, um sich nicht die Möglichkeit der Auszahlung der angesammelten Rentenbeiträge zu nehmen (Korporal 1985a).

Diese strukturellen Rahmenbedingungen leisten der schlechteren medizinischen Versorgung der ausländischen Klientel Vorschub. Hinzu kommt zumindest in den ersten Jahren nach Emigration, die sprachliche Barriere und oft auch die Hindernisse des Analphabetismus, wovon ca. 20 % der türkischen Mitbürger der 1. Generation betroffen sind; ca. 50 % weisen ungenügende sprachliche Kenntnisse auf (Collatz 1996). Daher gewinnt die Vertrautheit in der Familie die Bedeutung der oft einzigen Enklave ethnischer Identität. Dies kann ebenfalls ein Hindernis dafür sein sich in die Institution eines Krankenhauses oder einer Rehabilitationsklinik zu begeben.

Die Gründe für den verminderten Zugang zu unseren klinischen Versorgungsstrukturen mag sowohl in der Besonderheit der Klientel wie aber auch in der mangelnden Offenheit unseres Gesundheitssystems fremdländischen Mitbürgern gegenüberliegen, so erfolgt die medizinische Versorgung in der Regel auch ohne angemessene sprachliche Verständigung. Bis März 1996 gab es kein spezifisches Behandlungskonzept innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation, das auf diese Klientel ausgerichtet war. Eine solche Behandlungseinheit wurde erst zu diesem Zeitpunkt in unserer Klinik eingerichtet.

Kommt es trotz der erschwerten Bedingungen zu einem Arzt-/Patientenkontakt, so ist dieser häufig durch sprachlich wie auch kulturell bedingte Missverständnisse geprägt. In 61 % schätzen Ärzte den Schweregrad der durch türkische Patienten geklagten Beschwerden anders ein als die Patienten

selbst (bei deutschen 48%). Bei 15% aller Arzt/Patientenkontakte schätzt der deutsche Arzt die geklagten Beschwerden als geringfügig, der türkischen Patienten jedoch als ausgeprägt ein (bei deutschen 2,3 %). So verwundert es nicht, dass die Abbruchquote bei Migranten in monokulturellen therapeutischen Beziehungen bis zu 50 % niedriger liegt als in bikulturellen Beziehungen (Sue & Sue 1977, Pavkovic & Koumaniotis 1986, Sermet- Kneile und Kneile 1989). Diese Differenzen in der Einschätzung liegen einerseits in der unterschiedlichen Bewertung geklagter Beschwerden, aber auch in der Art und Weise der Vermittlung. Auf dem Hintergrund ohnehin erschwerter psychosozialer Lebensbedingungen gewinnen auch nicht lebensbedrohliche Beschwerden eine andere Bedeutung als in relativ sicheren Lebensbedingungen. Schmerzäußerungen werden vom Arzt häufig als aggraviert wahrgenommen, ebenso wie das häufige Weinen die Therapeuten hilflos macht (Korporal 1985b). Die geschilderten Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten führen in bikulturellen therapeutischen Beziehungen häufig zu einer Übermedikation, da andere therapeutische Interventionen nicht zur Verfügung stehen. An erster Stelle rangieren hierbei Analgetika, Sedativa und Tranquilizer, um dem Patienten zumindest vorübergehend Abstand zu den belastenden psychosozialen Bedingungen zu ermöglichen. Adäquate therapeutische Versorgungsmöglichkeiten fehlen in der Regel.

Der verzögerte Zugang zum Gesundheitssystem sowie die mangelnde adäquate Versorgung führt bei extrem hoher psychosozialer und körperlicher Belastung zu einer im Durchschnitt 10 Jahre früheren Invalidität bei türkischen Mitbürgern als eine Vergleichspopulation deutscher Arbeitnehmer (Collatz 1996).

➤ **Psychotherapeutische Aspekte**

Die Eingangsvoraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung unterscheiden sich nach ersten Untersuchungen in unserer Klinik wesentlich von der deutschen Klientel. Dies mögen einige soziodemographischen Daten verdeutlichen: 18 % der Patienten hat die Schule nicht besucht, weitere 15 % weniger als 5 Jahre. Ca. 76 % der türkischen Patienten besitzen keine Berufsausbildung. Für die Psychotherapiemotivation spielen das subjektive Krankheitskonzept und die Kontrollattribution eine wesentliche Rolle. Lediglich 46 % sehen den Grund ihrer Erkrankung in psychischen Ursachen, wobei diese von vielen external attribuiert werden i. S. „ich bin krank geworden, weil meine Tochter sich meinem Einfluss und Schutz entzieht und hierbei Ehre der Familie verletzt hat“. Diese Ursachenzuschreibung ist oft verbunden mit einer external bzw. external-fatalistischen Kontrollüberzeugung, wie sie 70 % der Klientel zeigen. Im oben beschriebenen Beispiel könnte es sich z. B. äußern i. S. „Nur indem sich meine Tochter wieder unter meinen Schutz stellt, kann die Ehre der Familie gesichert werden und sich damit mein Gesundheitszustand bessern“. Der hohe Prozentsatz von türkischen Patienten mit externaler Kausal- und Kontrollattribution ist verbunden mit einer für sie geringen Selbstwirksamkeitserwartung

(siehe auch Özelsel 1994). Für diese in unserem Sinne negativen Eingangsvoraussetzungen für Psychotherapie bedarf es eines modifizierten, auf diese Klientel zugeschnittenen Behandlungsangebotes.

➤ **Behandlungskonzept für türkische Migranten**

Aus dem bisher Dargestellten kann einmal ein spezifischer Bedarf für türkische Mitbürger und zusätzlich die Notwendigkeit hierfür spezifische Behandlungsstrukturen zu schaffen abgeleitet werden, die der kulturellen Besonderheit dieser Klientel Rechnung trägt.

➤ **Medizinische Versorgung**

Neben der ausführlichen medizinischen Anamnese wird eine detaillierte ethnomedizinische Befragung des Patienten nach einem standardisierten Fragebogen vorgenommen. Hier werden sowohl Schulbildung, Sprachkenntnisse, Religionsbildung, Kontakte zu alternativen Heilern, ethnische Untergruppierungen und ähnliches erfasst.

Die medizinisch-somatische Behandlung erfolgt durch die Stationsärzte. Für die Patienten steht eine differenzierte apparative Diagnostik zur Verfügung. In besonderen Fällen ist die Beobachtung in einem Überwachungszimmer über Nacht bzw. am Wochenende unter ständiger pflegerischer Betreuung möglich. Die interne Supervision erfolgt durch den LtD. Abteilungsarzt, der auch die Visite durchführt. Externe wie interne Supervisionen erfolgen regelmäßig.

Die medikamentöse Therapie wird auf das wirklich Notwendige beschränkt, um so der bekannten Übermedikation entgegenzuwirken. Hierneben kommen physikalische und physiotherapeutische sowie diätetische Maßnahmen zur Anwendung.

➤ **Psychotherapie**

Das in unserer Klinik für diese Klientel etablierte **gruppenpsychotherapeutische Konzept** konzentriert sich auf dem Hintergrund der besonderen Eingangsvoraussetzungen auf:

**Vermittlung alternativer Erklärungsmuster bio-psycho-sozialer Zusammenhänge
Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung z.B. über Entspannungsverfahren
Konfliktbearbeitung i.S. Themenzentrierter Interaktion (TZI)**

Hierneben erfolgen begleitende einzeltherapeutische Kontakte, die sich darauf konzentrieren, die im gruppentherapeutischen Programm erlernten Kompetenzen in effektiver und effizienter Weise auf die individuell relevanten störungsspezifischen Besonderheiten zur Anwendung zu bringen und den Bezug zu den häuslichen Alltagsbedingungen herzustellen. Hierbei können auch problemrelevante Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden.

Für die Patienten mit ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen stehen die vielfältigen verhaltenstherapeutischen Trainingsgruppen zur Gesundheitsprävention und Krankheitsbewältigung sowie die tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie zur Verfügung.

➤ **Pflege**

Die pflegerische Betreuung wird von einer türkischen Krankenschwester übernommen. Ihre Aufgabe wird neben der im üblichen Sinne pflegerischen Betreuung der Patienten die Förderung einer Alltagsrealität auf der Station sein, in der Möglichkeiten der Gruppenbildung und der Erhaltung der kulturellen Identität gefördert wird. So steht diesen Patienten die Lehrküche zur Verfügung, um hier in der Gruppe gemeinsam zu kochen, wobei das Essen im Gastland sicher einen besonderen Aspekt der kulturellen Identität darstellt.

➤ **Soziotherapie**

Einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung stellt die Soziotherapie dar, die den Patienten behilflich sein soll bei der Klärung und Bewältigung von beruflichen, rechtlichen und finanziellen Schwierigkeiten sowie bei der Lösung von Wohnraumproblemen. Ein arbeits-/berufsbezogenes Rehabilitationsangebot ermöglicht die gezielte Fokussierung arbeitsplatzbezogener Probleme. In internen wie externen Arbeitserprobungen in Betrieben vor Ort kann die Belastungsfähigkeit gefördert und erprobt werden. Neben der Unterstützung in arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten unterstützen wir den poststationären Therapieverlauf durch die Vermittlung geeigneter Nachsorgeeinrichtungen. Ergänzt wird diese Arbeit durch Reha-Berater des Arbeitsamtes Meschede sowie der LVA Westfalen, die regelmäßig Sprechstunden in der Klinik abhalten.

Angeboten werden sollen bei ausreichendem Bedarf ein Alphabetisierungskurs sowie ein Kurs zum Erlernen bzw. Verbessern der deutschen Sprache.

➤ **Kreative Therapie**

Die Gestaltungs-/Ergotherapie im Hause ermöglicht es den Patienten, neue Ausdrucksmöglichkeiten zu entwickeln und in der Erfahrung mit verschiedenen Materialien Kreativität zu entfalten und Möglichkeiten alternativer Freizeitbeschäftigung kennen zu lernen. Hierbei kann sowohl die Erfahrung bisher ungeübter Fertigkeiten das Selbstwertgefühl der Patienten stärken, aber auch die Frustrationstoleranz fördern.

➤ **Physio- und Balneotherapie sowie Sport- und Körpertherapie**

Die Physiotherapie hat bei dieser Klientel eine besondere Bedeutung, da sie zumindest am Anfang den regressiven Bedürfnissen der Patienten entgegenkommt und sich die Patienten auf der Ebene der Körpertherapie ernst genommen fühlen. In den Sport-/Körpertherapien erfahren diese passiven Bedürfnisse einen aktivierenden Ausgleich, der auch das Körpergefühl und darüber auch das Selbstwertgefühl der Patienten stärkt. Dies ist insbesondere für die häufig auf das Haus und die Familie konzentrierten Frauen von Bedeutung. Die sportliche Zusammenarbeit in Gruppen bietet den Patienten ein zusätzliches soziales Erfahrungs- und Lernfeld, in dem der Patient Durchsetzungsfähigkeit, Kooperationsverhalten und Abgrenzung erleben und einüben kann. Hierneben spielen die Wiederherstellung und Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie die Förderung der Körperwahrnehmung eine wichtige Rolle.

Bei ausreichender Motivation dürfte die Behandlungsdauer wegen der im Verhältnis zu deutschen Patienten überdurchschnittlichen psychosozialen Belastungen sowie des häufig langjährigen Verlaufs der Beschwerden bei etwa 6-8 Wochen liegen.

Die sport-/ körpertherapeutischen sowie die gestaltungs-/ kreativtherapeutischen Gruppen finden mit der übrigen Klientel der Klinik zusammen statt und dienen damit der Integration der Klientel in den gesamten Klinikrahmen.

Um Transparenz zu gewährleisten sind die Konzepte für die einzelnen Indikationsschwerpunkte den Mitarbeitern der Klinik jederzeit zugänglich. Externe Interessenspartner haben die Möglichkeit sich auf der Internetpräsenz der Fachklinik Hochsauerland über das Therapiekonzept zu informieren. Dort ist unter dem Punkt „Behandlungsspektrum“ eine geraffte Form des Therapiekonzeptes, aufgeteilt nach Indikationsschwerpunkten, zugänglich. Zudem wird das Klinikkonzept den Kostenträgern durch persönliche Besuche der Klinikleitung nahegebracht.

Verantwortlich für die Erstellung, Freigabe und Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte sind die psychologische und ärztliche Leitung. Die Behandlungskonzepte werden bei Bedarf überprüft und veränderten Erfordernissen angepasst. Dies erfolgt mindestens 1x pro Jahr.

➤ **Weg zur Reha:**

Der Antrag auf eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation wird in der Regel durch den behandelnden Haus- oder Facharzt gestellt. Patienten können einen Wunsch angeben, in welcher Klinik Sie behandelt werden möchten; die Entscheidung über die Zuweisung liegt dann beim Kostenträger, d.h. in der Regel bei der Kranken- oder Rentenversicherung. Nach erfolgter Kostenzusage und hausinterner Überprüfung der Indikation erhalten unsere Patienten ihren Aufnahmetermin sowie die zur Aufnahme erforderlichen Unterlagen auf dem Postweg zugesandt.

➤ **Ansprechpartner:**

Mario Vogel
FA Allgemeinmedizin
Suchtmedizin
Leitender Oberarzt

Telefon: 02974-73-2143
E-Mail: mario.vogel@johannesbad.com
Homepage: www.fachklinik-hochsauerland.de

Johannesbad Fachklinik Hochsauerland
Zu den drei Buchen 2
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg