

Thema: In Deutschland leben mehr als 15 Millionen Menschen, die nach 1949 zugewandert sind oder deren Mütter, Väter oder beide Eltern aus dem Ausland stammen. Ein Schmelzpunkt des kulturellen Austauschs und der Zuwanderung ist seit Jahr und Tag das Rheinland. Wie erleben Ärztinnen und Ärzte diese kulturelle und sprachliche Vielfalt in ihrem Versorgungsalltag? Das *Rheinische Ärzteblatt* hat nachgefragt. **von Bülent Erdogan-Griese**

Kultur- und sprachensible Versorgung von Migrantinnen und Migranten



Dr. Taner Uğuz ist ein Brückenbauer: Der Kinderarzt im rechtsrheinischen Kölner Stadtteil Mülheim ist der Grund dafür, dass Mütter mit ihren Kindern aus linksrheinischen Vierteln der Domstadt über den großen Strom kommen, um ihren Nachwuchs bei ihm untersuchen oder impfen zu lassen. Und das trotz der noch immer gehegten und gepflegten Klischees über die sogenannte Schäl Sick, den rechtsrheinischen Teil Kölns. „Viele meiner Patienten mit türkischem Migrationshintergrund kommen extra von der anderen Rheinseite hierher“, sagt der 1969 nahe der türkischen Stadt Kars geborene Pädiater. Als Neunjähriger zog er mit seiner Familie nach Köln, das heute für etwa 100.000 türkischstämmige Einwohner Heimat ist. Ein Hotspot der türkischen Gemeinde in Köln ist der alte Arbeiterbezirk Mülheim. Und Dr. Uğuz ist mittendrin. Viele der Mütter, die mit ihren Schützlingen den Weg auf sich nehmen, sprächen perfekt Deutsch, sagt er. An der gemeinsamen Sprache allein könne das Interesse an seiner Praxis also nicht liegen: „Sie suchen offenbar jemanden, der wie sie türkische Wurzeln hat. Anfangs war mir das gar nicht bewusst.“

Den typischen Migranten gibt es nicht

In Deutschland leben circa 15 Millionen Menschen, die nach 1949 zugewandert sind oder deren Mutter, Vater oder beide Eltern aus dem Ausland stammen. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe gibt es wiederum Untergruppen mit unterschiedlichen ge-

sundheitlichen Ressourcen und Belastungen. Aspekte der Heterogenität sind:

- Alter und Ethnizität
- Herkunftsland
- Migrationsmotive und -erfahrung
- Sprachkenntnisse
- Bildungsgrad und Gesundheitswissen
- Lebensstil und Religion
- Erwerbssituation und soziale Stellung
- Aufenthaltsstatus und -dauer

Beispiel Aufenthaltsdauer: So haben Mütter, die erst seit Kurzem in Deutschland leben, offenbar ein überdurchschnittlich hohes Risiko, dass ihr Kind innerhalb des ersten Lebensjahres verstirbt. „Solche Ungleichheiten weisen auf Defizite hin, beispielsweise im Bereich der Prävention, der Schwangerenvorsorge und der Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge“, wie der Gesundheitswissenschaftler Professor Dr. Oliver Razum im Jahr 2010 auf der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates berichtete. Auch bei den Frühberentungen seien Ausländer in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen mit einem Anteil von bis zu sechs Prozent um das Dreifache stärker repräsentiert als Deutsche. Gleichzeitig hätten ausländische Versicherte, verglichen mit ihren deutschen Kollegen, eine um 40 Prozent geringere Chance, eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Dabei nutzten Frauen mit ausländischen Wurzeln dieses Instrument noch seltener als Männer, so Razum.

Vorgestellt wurde auf jener Tagung auch eine Analyse von 4.930 internistischen Erste-Hilfe-Scheinen an der Berliner Charité aus dem Jahr 2004. Sie zeigte auf, dass Patienten mit einem nichtdeutschen Vor- und Zunamen im Vergleich zu deutschen Patienten deutlich häufiger in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in die Klinik kamen und dabei Kranken- sowie Rettungstransporte seltener in Anspruch nahmen als deutsche Patienten. Demgegenüber sei bei deutschen Patienten häufiger eine stationäre Aufnahme veranlasst worden und mehr Diagnostik erfolgt.

60 Prozent seiner kleinen Patienten, überschlägt der Pädiater Dr. Taner Uğuz, hätten türkische Wurzeln, zunehmend kämen auch türkischsprachige Bulgaren oder Mazedonier, Albaner und Eltern aus dem Maghreb und dem Maschrek mit ihren Kindern. Vielleicht ist dieser bunte Mix verschiedener Kulturen

und Sprachen ebenso ein Grund dafür, dass Uğuz auch mit seinen türkischen Patienten und deren Eltern Deutsch spricht, wenn dies möglich ist. Denn Albanisch oder Arabisch spricht auch er nicht.

Häufige Gründe für türkischstämmige Mütter, ihre Kinder vorzustellen, seien die Angst vor Tumoren und anderen seltenen Krankheiten oder Essprobleme, sagt Uğuz. Türkische Eltern beschreibt er als emotionaler als deutsche. Auch schreckten sie schneller auf, zum Beispiel durch einen Todesfall in der Gemeinde oder reißerische TV-Berichte im türkischen Privatfernsehen – etwa über einen vermeintlichen Zusammenhang zwischen Masernimpfungen und Autismus.

Furcht vor Ämtern

Als sehr ausgeprägt bewertet er die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen unter seinen türkischstämmigen Patienten. Dies ist insofern ein interessanter Befund, als der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS des Robert Koch-Instituts im Jahr 2007 zum Ergebnis gekommen war, dass Kinder mit Migrationshintergrund zum Beispiel deutlich seltener eine vollständige Historie der U-Untersuchungen U3 bis U9 aufwiesen. In puncto Impfen waren die Unterschiede bis zum Jugendlichenalter allerdings auch in der KIGGS-Studie nur gering.

Neben der Sorge um das Kind, so Uğuz, spiele für die hohe Inanspruchnahme der U-Untersuchungen offenbar auch eine gewisse Furcht der Eltern vor Ämtern eine Rolle, wie er an einem weiteren Beispiel erläutert: „Ein turkmenisches Elternpaar aus dem Nordirak, deren Zwillinge Schreikinder sind, wollte aus Angst davor, dass der Nachbar die Schreie zum Anlass nehmen könnte, beim Jugendamt vorstellig zu werden, den Urlaub um drei auf sechs Wochen verlängern, damit sich die Kinder dort einmal ausschreien können.“

Hilfreich ist für den Kölner Pädiater sein eigener Migrationshintergrund, wenn es um das Fasten im muslimischen Monat Ramadan geht: Manch ein Jugendlicher, erläutert der Pädiater, sehe zum Beispiel die Allergiespritze als Unterbrechung des Fastens an. Als Glaubensbruder gelinge es ihm in der Regel, seine Patienten davon zu überzeugen, dass die notwendige Spritze kein Problem darstellt, sagt Uğuz. Den Glaubwürdigkeitsbonus kann er auch bei einem anderen Thema einsetzen: bei Medikamenten, die Gelatine vom Schwein enthalten. „Zunächst versuchen wir, auf Präparate mit Rinder-Gelatine auszuweichen oder auf solche, die ganz ohne Gelatine auskommen. Gibt es aber keine Ausweichmöglichkeit, stimmen die Eltern dem Medikament erfahrungsgemäß zu.“ Denn der Islam kennt neben Verboten und Geboten auch die Regel: Not kennt kein Gebot.

Was die sprachliche Verständigung angeht, setzen die Ärztinnen und Ärzte der kideronkologischen

und -hämatologischen Ambulanz der Uniklinik Düsseldorf auf eine Mischung aus Eigeninitiative und Dolmetschern: „Wir begegnen natürlich Eltern, die kein oder nur wenig Deutsch sprechen“, sagt die Düsseldorfer Kinderärztin Dr. Gisela Janßen. „Oft spricht das Kind Deutsch, die Eltern nicht. Das macht es schwierig, weil wir Kinder als Patienten in der Regel natürlich nicht für die Übersetzung der eigenen Diagnose heranziehen. Neben professionellen Dolmetschern übersetzen zum Beispiel türkische Ärzte oder Krankenschwestern für uns, manchmal helfen Eltern einander oder übersetzt ein Geschwisterkind, ansonsten geht es auch mit Händen und Füßen, mit Zeichnen oder Aufmalen“, so Oberärztin Janßen, die 2003 das Kinderpalliativteam Sternenboot gründete und zwischen der Tätigkeit in der kideronkologischen Ambulanz und der häuslichen Palliation pendelt. Im vergangenen Jahr betreute das Team etwa 60 Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Krankheiten und deren Eltern. „Wenn es um komplizierte Gespräche geht, etwa über eine Therapiebegrenzung, fahren wir auch schon einmal mit Dolmetscher zu den Familien.“

Eine kultur- und sprachensible medizinische Versorgung thematisierte im Mai auch der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover: Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse stellten eine wesentliche Zugangsbarriere dar, die durch den Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern (Dolmetschern) und die Anerkennung eines Sonderbedarfs für muttersprachliche Psychotherapie überwunden werden könnten, heißt es in einer Entschließung.

Kommunikation

Menschen treten über nonverbales Verhalten (Mimik, Körpersprache, Blicke, Gesten, Berührung), vokale Signale wie Stimme, Lautstärke, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit oder Pausen beim Reden und gesprochene Worte miteinander in Verbindung. Herausforderungen für die Kommunikation (lat. *communicare* = teilen, mitteilen, teilnehmen, gemeinsam machen) von Menschen untereinander können zum Beispiel unterschiedliche kulturelle Hintergründe sein. So kann das Kopfschütteln in der einen Kultur ein „Nein“ bedeuten, in der anderen indes ein „Ja“. Das in der Regel alltäglichsche Kommunikationsproblem sind Sprachbarrieren. Daneben können aber auch Aspekte wie Intentionalität, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, der Grad der Bereitschaft, dem Anderen zuzuhören, die Fähigkeit zur Konzentration auf den Kommunikationsprozess sowie das jeweilige Weltbild die Kommunikation erleichtern, erschweren oder verunmöglichen.

In der Wahrnehmung neigen Menschen zur Voreile, das heißt, der Empfänger beendet die Interpretation des Signals (zum Beispiel ein Wort oder Sätze oder eine Geste) in dem Moment, in dem er meint, den Sinn des Signals erfasst zu haben. Umgekehrt ergänzt der Empfänger bei unzureichenden Signalen von sich aus, um aus den empfangenen Bruchstücken ein sinnbringendes Ganzes zu entwickeln.

Einige Beispiele dafür, wie nicht deutschsprachige Patientinnen, Klinikärztinnen und -ärzte sowie Pflegende Kommunikationsprobleme erleben

Patientinnen-Perspektive:

- „Wenn du kein Deutsch kannst, nehmen sie dich gar nicht wahr“
- „Sie hat gut erklärt, aber ich habe nichts verstanden“
- „Ich konnte nicht alle Fragen stellen, die ich hatte“
- „Die Ärzte werfen uns vor, dass wir kein Deutsch können, deshalb sagen wir lieber nichts und bleiben sprachlos“
- „Mein Mann hat mir alles erklärt, aber ich bezweifle, dass er alles versteht, was der Arzt gesagt hat“

Ärztliche/Pflegerische Perspektive:

- „Wir müssen uns im Alltag mit unbefriedigenden Arrangements abfinden“
- „Für Patientinnenorientierung gibt es keine wirkliche Anerkennung“
- „Die strukturellen Bedingungen und organisatorische Probleme sind für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung kontraproduktiv“
- „Der Einsatz professioneller Dolmetscher nimmt zu viel Zeit in Anspruch“
- „Wo kein Widerstand ist, wird weniger gemacht. Und Ausländer sind weniger kritisch“
- „Gute Informationsvermittlung oder Patientenaufklärung ist reine Privatsache, die keinen – außer den Patienten – interessiert“
- „Zeitmangel zwingt uns dazu, unbefriedigende Lösungen zu akzeptieren“

(Quelle: Theda Borde: Frauengesundheit und Migration: Bedürfnisse – Versorgungsrealität – Perspektiven.
In: Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit, Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010, www.ethikrat.org)

Maximaltherapie als göttliches Gebot?

Manchmal könne aber auch der beste Übersetzer nichts ausrichten, berichtet Janßen: „Wir begleiten auch schwerbehinderte Kinder mit neurologischen Erkrankungen, die nie sprechen gelernt haben. Diese Kinder können zum Beispiel nur durch ihre Pulsfrequenz oder Unruhe signalisieren, dass ihnen etwas fehlt, dass sie Schmerzen, Durst oder Hunger haben oder die Windel voll ist.“

Janßen hat die Erfahrung gemacht, dass vor allem türkische Eltern, und hier insbesondere die Väter, sie auffordern, alles zu unternehmen, damit das Kind nicht stirbt, auch wenn aus palliativmedizinischer Sicht zum Beispiel eine Wiederbelebung nicht mehr angezeigt ist. „Teilweise wird das mit dem Glauben begründet. Wir haben darüber mit muslimischen Geistlichen gesprochen und erfahren, dass der Koran nicht gebietet, einen sterbenden Menschen um jeden Preis am Leben zu erhalten.“

Griechische, italienische oder türkische Eltern seien in der letzten Lebensphase ihrer Kinder fast nie allein, erinnert Janßen. „Es gibt fast immer eine Tante oder einen Onkel, Geschwister, Mutter und Vater sowie Nachbarn, die sie unterstützen. Ausländische Familien nutzen daher seltener Angebote stationärer Hospize. Oft sehen wir, dass die Eltern am Totenbett ihrer Kinder sitzen und Zeit haben zu trauern, während sich andere Familienmitglieder und auch Nach-

barn um den Haushalt kümmern. Es ist nicht unüblich, dass 20 oder mehr Personen in einer kleinen Wohnung zugegen sind, wenn ein Kind gestorben ist.“ Deutsche Familien seien im Gegensatz dazu oft sehr einsam in ihrer Trauer. „Wir hatten auch alleinerziehende Mütter, die völlig allein auf sich gestellt waren.“

Eine Ursache für lebensverkürzende Erkrankungen in türkischen Familien seien die im Vergleich zu anderen Nationalitäten noch häufigeren Ehen zwischen Cousin und Cousine, so Janßen. Folge können komplizierte erbliche Stoffwechselerkrankungen wie Neuronale Ceroid-Lipofuszinosen sein. „Oft haben diese Krankheiten noch nicht einmal einen Namen, weil sie so ungewöhnlich sind. Es kommt vor, dass Familien den Tod mehrerer Kinder erleben. Wir betreuen derzeit drei türkische Familien, die bereits ein Kind verloren haben.“ Es könne vorkommen, dass die genetische Vorbelastung der Eltern erst nach der Geburt des zweiten Kindes erkannt werde, zum Beispiel, weil das erste noch in der Türkei, vor dem Umzug nach Deutschland, verstorben sei, schildert Janßen.

Alzheimer unter Migranten

Migration gilt in der Medizin und anderen Wissenschaften als Belastungsfaktor für die körperliche, geistige und seelische Gesundheit. Eine Folge dieser Belastungen können psychische Erkrankungen wie

Depression, bipolare Störungen oder Demenzen sein. Dabei sind neben den Erkrankten auch die Angehörigen betroffen, einerseits als Pflegenden, andererseits durch die Gefährdung der eigenen gesundheitlichen Ressourcen, wie Privatdozent Dr. Peter Häussermann, Chefarzt der Gerontopsychiatrie der LVR-Klinik Köln, sagt. „Psychoedukation bei Demenz: Implementierung von Schulungsreihen für türkisch- und russischsprachige Migranten“ heißt daher ein Programm der Kölner Klinik, mit dem die ersten Generationen von ehemaligen Gastarbeitern und Spätaussiedlern durch Bereitstellung niedrigschwelliger, muttersprachlicher Angebote besser in die wohnortnahe psychiatrische Versorgung eingebunden werden sollen, um damit die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen positiv zu beeinflussen. Finanziert wird das Programm vom Landschaftsverband Rheinland, der Stadt Köln sowie der AOK Rheinland/Hamburg.

„Menschen, die eine gute kognitive Reserve haben, also sportlich aktiv sind, viele soziale Kontakte haben, sich gesund ernähren und geistig aktiv sind, haben eine gute Chance, die Abbauvorgänge im Gehirn möglichst lange hinauszuschieben“, sagt Häussermann. „Hier besteht wohl ein Zusammenhang zwischen psychiatrischen Erkrankungen und den oft besonderen Lebensläufen von Menschen mit Migrationshintergrund.“ Auch Häussermanns Kollegin Dr. Irene Berg beobachtet, dass der im Vergleich zur deutschen Bevölkerung oftmals ungünstigere soziale Status türkischstämmiger Menschen der ersten Einwanderergeneration infolge geringeren Bildungsstands, geringeren Einkommens, der Trennung von Heimat und Familie, schlechteren und engeren Wohnverhältnissen und schlechteren Bedingungen bei der Erzielung des Einkommens – vorwiegend als angelernte Arbeitskräfte – das Risiko für Demenzerkrankungen erhöht.

Oft missinterpretierten Familienmitglieder eine sich abzeichnende Alzheimer-Erkrankung der Ehefrau und Mutter als plötzliche Nachlässigkeit des bisher immer zuverlässigen Familienmitglieds, berichtet Berg. Denn anders als der Mann, der irgendwann in Rente gehe und seine freie Zeit genießen könne, bleibe die Frau oft auch im Alter Hausfrau. Als Folge des Nichterkennens der Erkrankung müssten die Frauen oft mit Vorwürfen leben, den Haushalt nicht mehr im Griff zu haben oder die eigene Körper- oder Kleiderpflege zu vernachlässigen. Berg: „Wenn die Demenzkranken durch ihr Verhalten Tabus brechen, zum Bei-

spiel durch Inkontinenz, oder distanzlos werden, dann kommt Feindseligkeit, Hilflosigkeit, Not und Scham auf. Dann kommen die Angehörigen zu uns.“

Häussermann und Kollegen können im Bedarfsfall wie die Düsseldorfer Kinderärztin Dr. Janßen auf einen Dolmetscherpool zurückgreifen, der sich aus Ärzten und Pflegenden der Klinik zusammensetzt. „Eine professionelle Übersetzung kann schon ganz hilfreich sein. Denn ich habe schon einmal das Gefühl, dass ich zwar vieles auch so herausfinden kann, aber es manchmal doch eine besondere Sprachkompetenz braucht“, sagt der Chefarzt der Kölner LVR-Klinik.

Zeit und Empathie als Werkzeuge

„Viele meiner türkischen Patienten sprechen doch besser Deutsch, als sie selbst wahrnehmen, und zwar so gut, dass es während der Anamnese gelingt, Krankheitsbild und Symptome herauszuarbeiten“, sagt Dr. Irene Berg, die in den vergangenen Jahren selbst etwas Türkisch gelernt hat. Sie setzt auf eine intensive Anamnese, in der mit Fragen und Nachfragen und dem Paraphrasieren und Spiegeln der Äußerungen und Emotionen ihrer Patienten vieles auch dann eruiert werden kann, wenn der Patient die deutsche Sprache nicht zu hundert Prozent beherrscht. Berg: „In Fachsprache spricht man ja ohnehin nicht. Im Grunde genommen geht es immer darum, genau zuzuhören. Denn die Unterschiede zwischen Patienten lassen sich weniger an Herkunft oder Sprache festmachen, sondern an der sozialen Realität: Ein Physikprofessor wird womöglich ganz andere Ansichten und Theorien über Krankheiten haben als eine Hausfrau.“

Als besondere Geste empfindet es Berg, wenn ihre Patienten zunächst einen Ausdruck aus ihrer alten Heimat verwenden und diesen dann erklären. „Das empfinde ich immer auch als ein gewisses Kompliment. Das sind manchmal sehr schöne Ausdrücke von auch sehr einfachen Menschen, die mit diesen Bildern zeigen, dass sie um die Wechselwirkungen wissen, die Seele, Geist und Körper aufeinander ausüben.“

Eine Sichtweise, die auch der Kölner Kinderarzt Dr. Taner Uguz teilt. Wichtiger als alle Sprachkenntnisse seien Empathie und ein ausreichendes Maß an Zeit für Anamnese, Diagnostik und Therapie, sagt er: „Das Wichtige kriegen Sie hin, auch wenn Sie die Sprache nicht sprechen.“

Ihre Meinung zum Thema

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist wissenschaftlich noch weitgehend unerforscht, vieles basiert auf dem Engagement von Ärztinnen und Ärzten oder Gesundheitswissenschaftlern, auf Beobachtungsstudien, Befragungen oder der Auswertung von Patientendaten. Insgesamt, so der Tenor der Forscher, sind Migranten in der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung deutlich unterrepräsentiert. Neben naturwissenschaftlicher Evidenz lebt Medizin aber auch von Erfahrung,

wie sie zum Beispiel die von uns befragten Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten machen. Allerdings haben wir auf viele Rechercheanfragen keine Antwort erhalten. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Wie ist Ihre Meinung zum Thema? Schreiben Sie an: Redaktion *Rheinisches Ärzteblatt*, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Fax: 0211 4302-2019 und Mail: rheinisches-aerzteblatt@aekno.de