

Von Matthias Kamann

Ufuk Balimuhac ist Allgemeinmediziner am Kottbusser Tor in Berlin. Er hat Patienten aus 29 Nationen und kennt die Fragen der Kranken. „Deutsche fragen: ‚Was habe ich?‘ – Türken fragen: ‚Warum habe ich das?‘“, erzählt Balimuhac. Der Unterschied hat Folgen. Denn wenn der türkische Patient keine befriedigende Antwort auf seine Warum-Frage erhält, verliert er das Vertrauen in den Arzt. Und geht zu einem anderen, dem er die Diagnose des ersten verschweigt. Bleibt auch dann eine ihm plausible Erklärung aus, wird die Meinung von Verwandten eingeholt und eine dritte Praxis aufgesucht. „Insofern gehen Migranten nicht generell so selten zum Arzt, sondern manchmal zu oft“, sagt der türkischstämmige Arzt übers „Doktor-Hopping“ mancher Einwanderer und berichtet weiter, dass viele Patienten eine richtige Therapie nur vom Krankenhaus erwarten und sich oft bereitwillig einweisen lassen. „Das liegt auch daran, dass jedenfalls in der Türkei das Gesundheitssystem sehr auf Institutionen beruht und die Menschen höchsten Respekt vor Klinikärzten und deren Maschinen haben.“

Diese Klinikfixierung aber erweist sich in Deutschland als Falle. Denn in hiesigen Institutionen wird den Migranten nicht so gut geholfen. Die Berliner Gesundheitswissenschaftlerin Theda Borde hat bei einer Befragung türkischstämmiger Patientinnen herausgefunden, dass die Migranten deutlich schlechter über ihren Zustand und die erforderliche Therapie unterrichtet waren als deutschstämmige Frauen. Diese Informationsmängel nahmen während des Krankenhausaufenthaltes sogar noch zu. Borde verglich die Aussagen der Frauen über deren Diagnose und Therapie mit dem, was dazu in der Krankenakte stand, und prüfte dann, ob sich da etwas durch die Aufklärungsgespräche mit den Ärzten veränderte. Während aber bei Deutschen der Anteil korrekt informierter Patientinnen nach der Aufklärung höher war als vorher, verhielt es sich bei den Türkinen umgekehrt: Bei ihnen wussten hinterher weniger Frauen über ihre Krankheiten und die Therapien Bescheid als vorher. Das Erschreckende dabei: Dies war auch bei Türkinen mit sehr guten Deutschkenntnissen so. Offenbar fehlt – ganz unabhängig von Sprachproblemen – beim Krankenhauspersonal zuweilen die Bereitschaft, sich mit Migranten so zu beschäftigen wie mit Deutschen. Ähnliches wird aus Reha-Kliniken berichtet, wo Angestellte bei Befragungen Unlust bekundeten, auf Patienten mit Migrationshintergrund einzugehen.

„Vielen Ärzten sind diese Probleme bewusst“, sagt Theda Borde im Gespräch mit der WELT. „Sie sind mit ihren Leistungen bei Migranten nicht zufrieden.“ Zumal die Ärzte ahnen dürften, dass es hier strafrechtliche Probleme gibt. Wenn eine Patientin nicht aufgeklärt ist, dann ist ihre Zustimmung zum Eingriff nichtig – und der Eingriff ist Körperverletzung. „Und generell gilt: Das sind Versicherte“, sagt Borde. „Die zahlen Beiträge und haben das Recht auf eine Behandlung, die ihnen gerecht wird.“ Aber wer fragt schon danach im Klinikalltag, wenn die Türkin genickt und unterschrieben hat?

Überhaupt hat lange Zeit kaum jemand nach den Problemen gefragt, die sich bei den in Deutschland mittlerweile gut 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in puncto Gesundheit stellen. Warum auch? Die „Gastarbeiter“ der ersten Generation waren jung und nach körperlicher Fitness ausgesucht worden, anfangs waren Migranten im Durchschnitt sogar gesünder als Einheimische. Erst seit die „Gastarbeiter“ älter und krankheitsanfälliger wurden und viele Migranten ins auch gesundheitliche Prekariat abrutschten, wächst die Aufmerksamkeit für das Thema Migration und Gesundheit. Der Deutsche Ethikrat hat sich damit im Frühjahr befasst, im neuesten Integrationsbericht der Bundesregierung nimmt es breiten Raum ein. Nicht zuletzt die Sprachprobleme hat die Migrationsbeauftragte Maria Böhmer (CDU) dabei im Blick, weshalb sie fordert, Dolmetscherdienste in Kliniken in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen.

Bisher müssen die Kosten für medizinisch fachkundige Übersetzer, sofern es die gibt, in Krankenhäusern fantasievoll mit den Fallpauschalen verrechnet werden, obwohl sich am Berliner Gemeindegemeindegeldmehrschritt zeigt, wie nützlich diese Hilfen sind, die dort derzeit 115 Übersetzer in 47 Sprachen leisten. Übersetzer senken Kosten, wenn Patienten ihre Beschwerden nicht erklären können und unnötigen Diagnoseaufwand verursachen oder Medikamente falsch einnehmen, weil sie den Beipackzettel nicht verstehen. „Manchmal“, so die Dolmetscherin Hatice Genc, „kann man auch Eingriffe vermeiden, wenn Türkinen bei Unterleibsbeschwerden sofort eine Operation wollen und wir ihnen klarmachen können, dass Beckenbodentraining genauso wirksam, schonender und billiger ist.“

Doch dürfte sich in der Skepsis gegenüber dem Beckenbodentraining auch Ignoranz gegenüber Prävention ausdrücken. Vorsorgeprogramme laufen an vielen Migranten vorbei, was nicht nur an Sprachproblemen liegt, sondern auch an einer Einstellung, wonach Krankheiten etwas für die Klinik sind, sobald sie manifest werden, man sich aber nicht groß drum kümmern muss, solange man nichts merkt. Besonders deutlich wird dies beim

# Krank in der Fremde

Viele Zuwanderer und vor allem ihre Kinder haben erhebliche Gesundheitsprobleme. Sie vernachlässigen die Vorsorge – und in deutschen Kliniken werden sie oft selbst vernachlässigt

Thema Ernährung und Sport, wo das Robert-Koch-Institut 2008 erhebliche Probleme zumal bei Kindern feststellte. Fast 20 Prozent der Kinder von Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben, sind übergewichtig. Diabetes infolge von Übergewicht droht zur Volkskrankheit der Migranten zu werden, auch weil sie schon im Kindesalter weniger Sport treiben als Deutschstämmige. Schlecht sieht es in den Mündern aus. Zähne werden seltener geputzt, Zahnärzte seltener aufgesucht, bei der Einschulung haben Einwandererkinder häufiger verfaulte Zähne als deutschstämmige. Kein Wunder: Die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder werden weniger wahrgenommen.

Indes kann man bei alledem nicht von „den“ Migranten sprechen, die einzelnen Volksgruppen unterscheiden sich zum Teil sehr stark voneinander. Der Sozialstatus spielt genau wie bei Deutschstämmigen eine sehr große Rolle, und oft ist gar nicht zu sagen, ob die Menschen Gesundheitsprobleme haben, weil sie Migranten – oder weil sie ärmer sind. Mit dem Grad der Integration ändern sich die Krankheiten. „Je besser die Türken Deutsch sprechen, umso mehr Allergien haben ihre Kinder, wie bei gebildeten Deutschen“, berichtet Emine Yüksel, eine türkischstämmige Gynäkologin, die in ihrer Praxis in Berlin-Tegel etwa zur Hälfte Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund hat. Mit besseren Deutschkenntnissen, so Yüksel, verschwinden andererseits Armutskrankheiten wie Hepatitis B, Tuberkulose und Darmparasiten.



Die Berliner Gynäkologin Emine Yüksel mit Patientinnen in ihrer Praxis: „In der Schwangerschaft kommen sie regelmäßig, aber später bleiben sie weg. ‚Mir hat doch nichts gefehlt‘, sagen sie, wenn sie dann mit Beschwerden kommen und ich frage, warum sie jahrelang nicht da waren“



Ufuk Balimuhac (r.) hat seine allgemeinmedizinische Praxis inmitten der Dönerläden-Multikultur am Kottbusser Tor in Berlin-Kreuzberg. Er kennt die Unterschiede im Krankheitsverständnis: „Deutsche fragen: ‚Was habe ich?‘ – Türken fragen: ‚Warum habe ich das?‘“

Übereinstimmend berichten Yüksel und Balimuhac über eine hohe Zahl von Verletzungen. „Migranten haben im Alltag fast doppelt so viele Unfallverletzungen wie Deutsche“, sagt Balimuhac. „Bei Erwachsenen dürfte das an der harten körperlichen Arbeit liegen und daran, dass sie an gefährlichen Maschinen nicht richtig eingewiesen werden. Bei Kindern könnte der Grund sein, dass sie anfangs kaum einen Schritt ohne Erwachsene machen und nur wenige Risiken kennenlernen.“

Emine Yüksel ist als Geburtshelferin zuweilen auch mit den gravierenden Gesundheitsfolgen türkischer Heiratsverhaltens konfrontiert: mit Ehen unter Verwandten. „Es gibt in Berlin nicht wenige Migrantenkinder, bei denen genetisch bedingte, durch Verwandtenehen verursachte Krankheiten zu vermuten sind“, sagt Yüksel. „Deshalb haben wir in Berliner Arztpraxen eine Umfrage durchgeführt. Wir stellten dabei fest, dass von 340 verheirateten Frauen knapp 30 Prozent in einer Verwandtenehe lebten. Meist waren es Frauen mit geringer Schulbildung, in etwa einem Drittel der Fälle waren die Ehepaare Cousins und Cousinen ersten Grades.“ Zehn Prozent dieser Ehen seien Zwangsehen gewesen, 30 Prozent der Paare hätten sich durch Eigeninitiative kennengelernt. Die restlichen 60 Prozent dieser Ehen waren arrangiert worden, wobei die Frauen hätten ablehnen können. „Fragt man sie nach den Risiken solcher Ehen, sagen diese Frauen, dass es ihre Kinder schon nicht treffen werde oder es gottgegeben sei, wenn das Kind krank wird.“

Mich wird es nicht treffen – diese Haltung beobachtet Yüksel auch in der allge-



Der 26-jährige Soziologie-Student Özcan Gündüz pflegt seine demenzkranke Mutter nach deren Schlaganfall weitgehend allein zu Hause im oberfränkischen Selb: „Wir Türken geben unsere Eltern nicht weg, wenn sie krank und pflegebedürftig sind“

meinen Gynäkologie, wo das Verhalten vieler Migrantinnen davon abhängt, ob sie sich überhaupt für gesundheitlich bedroht halten. „In der Schwangerschaft kommen sie ganz regelmäßig zu mir, weil sie sich da als gefährdet erleben, aber später bleiben sie weg. ‚Mir hat doch nichts gefehlt‘, sagen sie, wenn sie in der Menopause mit Beschwerden kommen und ich sie frage, warum sie jahrelang nicht da waren.“ Entsprechend schwierig sei es, den Patientinnen den Sinn von Prävention und Gesundheitspflege zu vermitteln.

Das freilich war noch vor 30 Jahren auch bei Deutschen so. Vieles von dem, was man als Integrationsproblem bezeichnen möchte, ist Modernisierungsverspätung. An Mentalitäten deutscher Großeltern erinnert ebenso, was die Ärzte vom Umgang der Migranten mit schweren Krankheiten bei Angehörigen berichten: Bloß nichts sagen, bloß nicht dem Patienten reinen Wein einschenken! „Ein Mann“, erzählt Balimuhac, „liegt daheim im Bett mit Prostatakrebs, der bereits die Knochen befallen hat. Aber die Familie will nicht, dass er über seinen Zustand aufgeklärt wird, und die Angehörigen wollen es im Grunde auch selbst nicht hören.“

Durchaus modern freilich ist die Haltung, dass man pflegebedürftige Angehörige nicht ins Heim gibt, was derzeit ja auch den Deutschen empfohlen wird. „Migranten pflegen recht gut zu Hause“, sagt Balimuhac und berichtet von einer Frau, die ihren Mann, einen ALS-Patienten in fast kompletter Lähmung, mit allen dazugehörigen Apparaten bestens betreut. Durchaus sinnvoll nutzen die Mi-

grantenfamilien die Angebote der Pflegeversicherung. „Die meisten nehmen das Pflegegeld“, sagt Yüksel, „und damit können alle gut leben. In die Haushaltskasse kommt zusätzliches Geld, eine Frau in der Familie ist als heimische Pflegekraft sozialversichert, sie führt die Pflegeverrichtungen in aller Regel gewissenhaft aus – und der Patient kann daheim bleiben.“

Das freilich geht nur, wenn eine größere Familie vorhanden ist. Dies ist längst nicht immer der Fall. So verweist Elisabeth Scharfenberg, die pflegepolitische Sprecherin der grünen Bundestagsfraktion, auf Zwangslagen in der Provinz. Dort sind die Kinder und Enkelkinder von Migrantenfamilien selten am Ort geblieben, sondern mussten sich andernorts Arbeit suchen. Eltern und Großeltern blieben zurück. Heime sind keine Alternative: „In ländlichen Regionen“, so Scharfenberg im Gespräch mit der WELT, „sind alle Pflegeheim deutsch geprägt, kaum jemand kann mit älteren Türkinen und Türken in deren Muttersprache reden, obwohl das vor allem bei Demenzpatienten nötig wäre, weil sie die Zweitsprache Deutsch wieder vergessen haben. Hinzu kommt, dass in diesen Heimen muslimische Speisevorschriften und religiöse Praktiken kaum berücksichtigt werden können.“

Zu Hause aber scheitert manche Hilfe in einer überwiegend deutschen Nachbarschaft an Sprachkenntnissen, auch bei Ärzten und Pflegediensten spreche kaum jemand Griechisch, Spanisch oder Türkisch. „Wir müssen dringend dafür sorgen“, fordert Scharfenberg, „dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen in pflegerischen und medizinischen Berufen ausgebildet und eingestellt werden. Vor allem die Pflegeausbildung muss grundlegend reformiert werden, die Lehrpläne sind den Herausforderungen der kultursensiblen Pflege anzupassen.“

Wie schwierig für Migranten die Pflege ihrer Angehörigen in der Provinz ist, weiß der 26-jährige Özcan Gündüz, an dem sich auch zeigt, welche Bedeutung hergebrachte Rollen haben – und wie man sie ändert. „Wir Türken geben unsere Eltern nicht weg, wenn sie krank und pflegebedürftig sind“, sagt Gündüz, das klingt nach Tradition. Doch was für ihn daraus folgt, widerspricht traditionellen Vorstellungen: Er, der Sohn, der Soziologie-Student, pflegt seine kranke Mutter. Geschlechterrollen? „Meine Freunde unterstützen es und haben Verständnis, dass ich diese Aufgabe übernommen habe. Täten sie es nicht, wären sie nicht meine Freunde.“

Özcan Gündüz hat sich ein Freisemester genommen und wohnt derzeit in Selb in Oberfranken, wohin seine Mutter 1973 aus der Türkei zur Arbeit in der Porzellanindustrie gekommen war. Vor fünf Jahren starb ihr türkischstämmiger Mann, die erwachsenen Kinder zogen aus. Im Dezember 2009 dann erlitt die heute 61-jährige einen Schlaganfall, hinzu kamen Diabetes und Demenz sowie heftige Gelenkschmerzen vom langen Stehen bei der Arbeit in der Porzellanfabrik. Ein Pflegefall. Zwar kann die Mutter wieder aufstehen und in der Etagenwohnung die paar Schritte zur Toilette oder an den Esstisch gehen. Sie vermag mit dem Löffel zu essen, ein Glas zu halten. Doch beim Waschen braucht sie Hilfe. Nachts befällt sie zuweilen Panik, dann muss der Sohn aus dem Nebenzimmer kommen und sie beruhigen. Mit dem Sprechen geht es wieder etwas besser, aber nur auf Türkisch, ihre geringen Deutschkenntnisse hat sie weitgehend vergessen. Oft ist sie nörgelig, stur war sie immer.

„Größere Hilfe habe ich hier in Selb nicht“, sagt Özcan Gündüz. „Wir sind ein Nomadenvolk. Meine Eltern kamen aus der Türkei nach Deutschland, einer meiner Brüder ging zurück in die Türkei, jetzt bin ich bei meiner Mutter.“ Die örtliche Moscheegemeinde? „Da läuft wenig mit karitativer Hilfe, man denkt wohl, dass die Großfamilien das machen.“ Er aber hat keine Großfamilie. Die deutschen Nachbarn? „Die sind schon okay, einmal haben sie mich rausgeklügelt, als ich mich hingelegt hatte und meine Mutter aus dem Haus lief, weil sie zur Moschee wollte und nicht wusste, in welchem Land sie war. Aber das meiste bleibt an mir hängen.“

Die übliche Pflegemalaise. „Nach dem Schlaganfall, als meine Mutter kaum sprechen konnte und bettlägerig war, hat unser Arzt sie ins Krankenhaus eingewiesen, weil er auch nicht weiterwusste. Aber in der Klinik entstand bei ihr eine offene Wunde, die nicht richtig versorgt wurde. Erst als ich mit der Ärztin darüber gesprochen habe, änderte sich was.“ Bald darauf wurde die Mutter nach Hause gebracht, Diakonieschwester zeigten dem jungen Mann, wie man die Wunde versorgt und Insulin-Spritzen setzt. „Jetzt mache ich das selbst, die Wunde ist fast verheilt.“

Der gebildete junge Mann mit seinen perfekten Deutschkenntnissen hat sich in die Geheimnisse des Pflegesystems eingearbeitet, wurde als gesetzlicher Betreuer seiner Mutter eingesetzt und hat eine Pflegestufe beantragt. Doch der Antrag stockt, Özcan Gündüz musste Widerspruch einlegen, ein neues Gutachten soll her. Solange es aber keine Pflegestufe gibt und nicht jeden Tag stundenweise professionelle Kräfte im Haus sind, kann er sein Studium nicht wieder aufnehmen, kann er nicht morgens an die Uni fahren und abends zurück. Es müsste ja jemand auf seine Mutter aufpassen. „Ich bin der einzige Mensch, dem sie vertraut. Ich habe ihr Leben in meinen Händen und muss sehen, dass ich da keinen Fehler mache.“