

Kinder in Rumänien

Abgeschoben, ausgesetzt

Mit deutscher Hilfe verwirklichen rumänische Augenärzte ein Projekt für Kinder, die zu erblinden drohen.

Am Weltkindertag weicht der rumänische Honorar-Generalkonsul Alex Jacob gemeinsam mit der Bürgermeisterin von Bad Kreuznach, Martina Hassel, in den Elendsvierteln der Stadt Alba Iulia drei Kinderspielplätze ein. Spenden aus Deutschland machen es möglich. Hier in den Plattenbauvierteln offenbart sich erstmals die Armut, die in Rumänien herrscht. Kinder scharen sich um Jacob und die Honoratioren der Stadt. Erst bei genauerem Hinsehen fällt auf, dass der Applaus der Kinder von der Polizei durch unauffällige Handzeichen mitdirigiert wird.

Während der Fahrt nach Sebes am folgenden Tag trifft man in den ländlichen Gebieten immer wieder auf Bauern, die noch heute mit Pferden und veralteten Pflügen ihre Äcker bestellen. Die gelben überirdischen Gasleitungen ziehen sich wie Adern durch das Landesinnere. In Sebes selbst säumen zerfallene Häuser die holprigen Straßen. Jacob ist auf dem Weg zu Dr. Adrian Teodoru, der seit 1983 in der 30 000 Einwohner zählenden Stadt als Augenarzt praktiziert. In der Straße, in der sich auch Teodorus großzügige Privatvilla befindet, zeigt Sebes sich von seiner anderen Seite. Villen mit Vorgärten und neue Autos prägen das Bild. In einer dieser Villen, einem ehemaligen Frauenkrankenhaus, hat Teodoru 1985 eine Augenklinik ein-

gerichtet. Es ist eine bescheidene Klinik, die eher an eine Arztpraxis erinnert. In den wenigen Räumen sind Operationsäle, ein Sterilisations- und ein Sprechzimmer untergebracht. „Viele Geräte hat uns das Rote Kreuz zur Verfügung gestellt“, erklärt Teodoru. Gemeinsam mit dem Arzt setzt Jacob sein „Augenlicht-Projekt“ um, das Kindern aus mittellosen Familien eine Augenoperation ermöglichen soll.

Eine Augenoperation kostet etwa 600 Euro, und Jacob wirbt in seiner Eigenschaft als Honorar-Generalkonsul um Gelder und Sponsoren. Inzwi-

schen seien etwa 28 000 Euro gesammelt worden, sodass mehr als 80 Kinder operiert werden könnten. „Das ist schon etwas mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein“, sagt Jacobs. Dennoch verzeichnet die Warteliste nach wie vor mehr als 120 Kinder; 70 Prozent von ihnen sind blind.

Jacob will in Zusammenarbeit mit den Behörden der Kreisstadt Alba Iulia sicherstellen, dass nur diesen Kindern die Spenden aus dem „Augenlicht-Projekt“ zugute kommen. Viele Kinder sind von ihren Familien in Kinderheime abgeschoben oder einfach auf der Straße ausgesetzt worden. Das erste Kind wurde im Mai letzten Jahres operiert. Dem neunjährigen Micha, der an grauem Star litt, wurde eine Kunstlinse eingesetzt. In der Regel kommen die Kinder montags in die Klinik, werden am nächsten Tag operiert, bleiben noch für ein bis zwei Tage zur Beobachtung und werden anschließend wieder entlassen. Dabei hat sich Teodoru verpflichtet, bis zu sieben Jahre lang die Nachbehandlung der Kinder zu gewährleisten.

Ein weiteres Problem ist die weitgehend fehlende Prävention. Eine der Hauptursachen dafür ist nach Ansicht von Teodoru die desolote Finanzlage. Nach dem Zusammenbruch des Sozialismus sei noch kein effektives Krankenversicherungssystem an die Stelle des ehemals staatlichen Gesundheitsdienstes getreten. Teodoru spricht aus Erfahrung: „Man muss die Leute praktisch ins Krankenhaus holen. Viele kommen nicht von sich aus, weil sie einfach kein Geld haben. Das erschwert natürlich vorbeugende Maßnahmen.“ Für diese Menschen hat Teodoru gemeinsam mit zwanzig anderen Ärzten das gemeinnützige Projekt „Asociata Sebes-Alba Medic Grup“ gegründet. Die Ärzte haben sich verpflichtet, bei der Behandlung mittelloser Patienten auf ihr Honorar zu verzichten. Honorarkonsul Jacob hofft, Fördergelder der EU vermitteln zu können, damit die von den Projekt-Ärzten gekaufte Villa in Sebes zu einer Klinik ausgebaut werden kann.



Einweihung eines Kinderspielplatzes in Alba Iulia: Spendengelder machten es möglich.

Oben: Augenarzt Teodoru dokumentiert Bürgermeisterin Hassel und Honorarkonsul Jacob das Schicksal seiner kleinen Patienten.



Fotos: Thomas Reitzner

Wie wichtig die guten Beziehungen des Konsuls zu den Behörden in Alba Iulia und Sebes sind, belegen die Beispiele von Behördenwillkür, die es Ärzten und Hilfsorganisationen erschweren, den Bedürftigen Hilfe zu kommen zu lassen. Rumänien ist ein Kandidat für den EU-Beitritt. In diesem Zusammenhang ist man bemüht, die Armut im Land zu verschleiern. Dies bekam auch Rosemarie Schitteck aus Bad Kreuznach zu spüren. Sie organisiert seit Jahren Hilfstransporte für die Kinderheime in Pesetu und Mislea. Schitteck, die der Hilfsorganisation Adra, dem Adventistischen Wohlfahrtswerk, angehört, wurde im Juni 2002 mit ihrem 100. Transport an der rumänischen Grenze 25 Stunden lang vom Zoll festgehalten. Die Zollbeamten untersuchten die komplette 18-Tonnen-Ladung des Transports, von denen Schitteck zwei Drittel an der Grenze zurücklassen sollte. Dann dür-

Wer das Augenlicht-Projekt von Honorar-Generalkonsul Alex Jacob unterstützen möchte, und damit vielen Kindern in Rumänien helfen will, kann dies mit einer Spende auf das Konto 3 942 716 bei der Kreuznacher Volksbank, Bankleitzahl 560 900 00, unter dem Stichwort „Augenlicht“ tun.

fe sie weiterfahren, hieß es. Die Beamten begründeten ihr Verhalten damit, dass es in Rumänien keine Armut gebe und dass die Einfuhr von Schuhen, Babykleidung, Spielsachen, Lebensmitteln, Unterwäsche, Elektrogeräten und Federbetten nicht erlaubt sei. Man habe in Rumänien schon häufiger Erfahrungen mit Waren gemacht, die als Hilfsgüter getarnt waren, und dann in Gebrauchtwarengeschäften weiterverkauft wurden.

Unter der Auflage, nie wieder mit einem Hilfstransport nach Rumänien einzureisen, durfte Schitteck schließlich doch mit der kompletten Ladung weiterfahren. Ihre Hartnäckigkeit hat sich gelohnt. Bei ihrer Ankunft in den Kinderheimen fand sie in den Vorratschränken nur noch Öl und Mehl vor – beides aus den vorangegangenen Transporten. Jetzt sucht sie nach neuen Möglichkeiten, den Kindern Hilfe zukommen zu lassen, denn diese baten: „Kommt wieder. Lasst uns nicht allein. Vergesst uns nicht.“

Thomas Reitzer

Türkische Migranten

Kulturelle Missverständnisse

Die Beziehung zwischen deutschen Ärzten und ihren türkischen Patienten gestaltet sich oft schwierig. Sprachprobleme sind dabei nur die Spitze des Eisbergs.

Für die Heilung oder Linderung eines Leidens spielt das Krankheitsverständnis eine wesentliche Rolle. Im türkischen Kulturkreis ist die Frage nach der Krankheitsursache von größerer Bedeutung als deren diagnostische Einordnung in ein nosologisches System. Krankheit stellt ein bedrohliches Ereignis dar und gilt als exogen verursacht. Krankheiten werden als definierte, im Umfeld des Menschen existierende Seinsformen verstanden, die von außen her in den Körper eindringen. Sie affizieren ihn immer ganzheitlich, auch wenn einzelne Organe besonders betroffen sind. Für türkische Patienten sind mithin nicht die objektiven Kriterien der westlichen Schulmedizin über Art, Umfang und Schweregrad der Krankheit entscheidend. Wichtiger ist für sie, wie und warum sie von der Krankheit betroffen sind, denn nur die Kenntnis der Krankheitskausalität lässt nach ihrem laienmedizinischen Verständnis einen Rückschluss auf die Art der Erkrankung und somit auf Therapie und Prognose zu.

Im Vergleich zu Einheimischen haben türkische Patienten eine eher ganzheitliche Auffassung von Körper, Symptomatik und Krankheit. Eine lokalisierte Erkrankung, die nicht die gesamte leiblich-seelische und soziale Befindlichkeit des Betroffenen in Mitleidenschaft zieht, ist unvorstellbar. In diesem Sinne müssen Angaben ausländischer Mütter, wie „Mein Kind ist alles krank“, oder „Mein Kind ist ganz krank“, gewertet werden. Häufiger als bei der deutschen Bevölkerung kommt es durch die Kommunikation über Krankheit, Temperament der Darstellung, Mimik und Gestik sowie kulturelle Auffassungen von Krankheit zu Fehldiagnosen und unangemessenen Therapien, die in problematische Krankenkarrerien münden.

Türkische Patienten drücken ihre Leiden häufig in Organchiffren aus, die oft missverstanden werden. Insbesondere Leber und Lunge haben, in Redewendungen eingebettet, eine sehr vielseitige Bedeutung im Sinne von Trauer, Krankheit und Schmerzen. Auch die Vorstellung, dass Organe fallen, das heißt, nicht mehr an der richtigen Stelle sitzen, ist bis heute als volksmedizinische Überlieferung erhalten (Cigerlerim döküldü – meine Leber fällt, oder mide dümesi – der Magen fällt). „Mein Nabel sitzt nicht richtig“ dürfte auch in Übersetzung für einen deutschen Arzt nur schlecht zu verstehen sein. Hinter dem „Fallen von Organen“ steckt die Vorstellung, dass Beschwerden deshalb auftreten, weil ein Organ nicht mehr an der richtigen Stelle sitzt, die Ordnung, die Balance im Körper nicht mehr stimmt.

Mystisches Medizinverständnis

Eine weitere kulturspezifische Vorstellung ist der böse Blick (nazar). Neugeborene und Kleinkinder werden dagegen geschützt, indem man sie isoliert, einhüllt, ihnen eine blaue Perle umhängt und ein Amulett in die Windel gibt. Dass die Kinder oftmals nicht an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und kein Sonnenlicht sehen, findet in dieser Angst seine Erklärung. Kennt der Arzt diese Tradition und berücksichtigt bei der Untersuchung der Kleinkinder beispielsweise, dass diese nicht komplett entkleidet werden dürfen, lassen sich viele Konflikte vermeiden.

Dass auch Türken in Deutschland noch immer Formen der traditionellen Medizin anhängen, oftmals parallel zur

westlichen Medizin, liegt an einem mythischen Medizinverständnis: Strafen Gottes aufgrund von Tabuverletzungen oder böse Wünsche anderer, ihr böser Blick, können alle Arten von Krankheiten, Unfällen und Behinderungen verursachen, die man durch eine magische Gegenhandlung zu entkräften versucht. Oftmals ist auch hier noch der Hoca, als Seelsorger, Lehrer und Priester, erster Ansprechpartner bei Krankheiten. Das trifft vor allem bei seelischen Spannungen oder neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen zu.

Betrachtet man die Bevölkerungsstruktur der Türken in Deutschland, so lebten 1992 beispielsweise in Hessen

184 000 Türken, von denen mehr als 90 Prozent jünger als 50 Jahre waren. Für das Jahr 2005 wird erwartet, dass bundesweit rund drei Millionen Ausländer älter als 60 Jahre sein werden und verstärkt medizinische Betreuung benötigen.

In vielen Städten ist der Anteil ausländischer Patienten in Arztpraxen und Krankenhäusern enorm gewachsen. Viele Arztpraxen in diesen Regionen haben einen Ausländeranteil von 20 bis 30 Prozent. An erster Stelle stehen hier die Kinderarzt- und Frauenarztpraxen, gefolgt von allgemeinärztlichen und – mit einigem Abstand – internistischen Praxen. Trotz der häufigen Schmerzzu-

stände werden nervenärztliche Praxen weniger in Anspruch genommen. Eine Ursache dürfte in der Ablehnung von nichtsomatischen Erkrankungen liegen. Psychosomatische und psychische Erkrankungen werden in die Kategorie „geisteskrank“ eingestuft und deshalb vehement abgewehrt. Auch die bei türkischen Männern gehäuft auftretenden Magen- und Darmgeschwüre werden erst als Krankheit akzeptiert, seit eine bakterielle Genese belegt ist, die ursächlich angegangen werden kann, und die psychosomatische Erklärung in den Hintergrund getreten ist.

Dabei ist die sprachliche Verständigung nach wie vor das vordergründig zentrale Problem. 1986 betreuten 98 Prozent der Kinderärzte und 91 Prozent der Frauenärzte ausländische Patienten und Patientinnen. Bei 25 Prozent der Kinderärzte lag der Anteil türkischer Patienten bei 25 Prozent, wobei lediglich 12 Prozent der Ausländer betreuenden Kinderärzte über einen Mitarbeiter mit Türkisch-Kenntnissen verfügten, bei den Gynäkologen waren es nur neun Prozent. Darüber hinaus ist der Arzt-Patienten-Kontakt durch kulturell bedingte Missverständnisse geprägt. In 61 Prozent der Fälle schätzen Ärzte den Schweregrad der Beschwerden türkischer Patienten anders ein als die Patienten selbst. Diese Differenzen erklären sich unter anderem aus der Art und Weise der Vermittlung. So gewinnen nicht lebensbedrohliche Erkrankungen vor dem Hintergrund erschwerter psychosozialer Lebensbedingungen eine andere Bedeutung als in gesicherten Lebensumständen. Schmerzüßerungen erlebt der Arzt oft als aggraviert, das Weinen der Patienten macht ihn hilflos.

Verständigungsprobleme und das mangelnde Verständnis von Krankheitsursache und -prozess führen zum vermehrten Einsatz technischer Mittel bei Diagnostik und Therapie, was von einigen Patienten als Aufwertung erlebt wird, von anderen aber auch kritisiert wird: „Die deutsche Medizin hat gute Apparate, aber sie ist nicht menschlich“, heißt es dann. Unter diesen Umständen kommen Medikamente, insbesondere Analgetika, Sedativa und Tranquilizer, konsequent zum Einsatz. Nicht zuletzt wegen dieser diagnostischen

Krankheitsvorstellungen im kulturellen Blickwinkel

„Medizin ist, – wie Sprache, Religion oder Sozialstruktur – als eine kulturelle Leistung, ein System symbolischer Werte und Vorstellungen, Praktiken und Techniken, eingebettet in eine Matrix aus Werten, Tradition, Vorstellungen und Formen ökologischer Anpassung zu verstehen.“ Der amerikanische Kulturanthropologe Landy und sein Landsmann, der Ethnomediziner Kleinmann, definieren Medizin als kulturelles System. Sie führt somit einerseits zur alltäglichen Konstruktion von Gesundheit und hat andererseits die Funktion, Erkrankungen in den Alltag und in den kulturellen Prozess zu integrieren. Hierzu hält das medizinische System für Menschen mit Gesundheitsproblemen Informationen über Identifizierung, Ursachen und den Verlauf sowie über Mittel und verfügbare Ressourcen für die Heilung bereit.

Während für Krankheitsprozesse in der Migration bis in die Siebzigerjahre psychoanalytische Ansätze als Erklärungsmöglichkeiten herangezogen wurden, sind später vor allem stresstheoretische Ansätze mit Modellen von Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung benutzt worden. Letztere sind praktikabler für eine multikulturelle Anwendung. In jüngster Zeit werden Stresstheorien mit der biografischen Psychoanalyse verknüpft.

Daneben bieten soziologische und sozialpsychologische Modelle wesentliche Erklärungsmöglichkeiten für die verschiedenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit der Migranten. So entwickeln sich Gesundheitserhalt und Krankheitsbewältigung von Migranten abhängig von den sozialen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel der rechtlichen Sicherheit, Integrationshilfen, dem gesellschaftlichen Klima, dem Sozialsystem, den Arbeitsbedingungen sowie der Gesundheitsvorsorge und -versorgung. Während sich diese Rahmenbedingungen auf der Makroebene für eine Bevölkerungsgruppe eher gesundheitsfördernd oder krankheitsverursachend auswirken können, liefern auf

der Mikroebene subjektive Stressverarbeitungsmodelle bisher die besten Erklärungen, warum unter ähnlichen Bedingungen der eine erkrankt und der andere gesund bleibt.

Nach den Ergebnissen der Stressforschung wirken sich vor allem plötzliche, überraschende und einschneidende Lebensereignisse sowie chronische Stressoren im Zusammenhang mit alltäglichen Ärgernissen und Freuden auf die Gesundheit eines Menschen aus. Sie fordern erhöhte Anpassungsleistungen. Bei einer großen Anhäufung solcher Ereignisse kann man davon ausgehen, dass normale Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen. Ein großer Teil der Migranten ist erheblichen Stressoren ausgesetzt, dazu gehören Entwurzelung, Ohnmachtsgefühle, Rollenverluste oder die Ungewissheit über die Zukunft. Der Dauerstress, den die Anpassung an das Einwanderungsland bedeutet, wird verständlich, wenn man bedenkt, wie sehr Ethnizität das Denken, Fühlen, Wollen und Handeln prägt. Ethnische Identitäten bestimmen nicht zuletzt Erfahrungen von Furcht, Angst, Scham, Schmerz und die Auffassung von Krankheit und Gesundheit. Die Verarbeitung von Migration ist ein lebenslanger Prozess, der bis in nachfolgende Generationen reicht.

Migranten haben – abhängig von ihrer sozialen Situation – ein deutlich größeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko als Einheimische. Es finden sich häufiger problematische Schwangerschaftsverläufe mit überproportional vielen Fehl-, Tot- oder Frühgeburten sowie eine höhere Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit von Säuglingen. Migranten-Kinder leiden häufiger an psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, Infektionskrankheiten und Behinderungen und erleiden häufiger Unfälle. Erwachsene Migranten fehlen überdurchschnittlich häufig krankheitsbedingt im Betrieb, haben ein erhöhtes Unfallrisiko, leiden häufiger unter akuten psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Skelett- und Stützsystems. Außerdem leiden sie häufiger an chronischen Erkrankungen. Dr. med. Y. Yildirim-Fahlbusch

und therapeutischen Vorgehensweisen präsentieren türkische Patienten vorwiegend körperliche Symptome; Diagnosen und Behandlungen psychischer Erkrankungen bleiben unterrepräsentiert.

Bis März 1996 gab es in Deutschland keine Klinik, die ein angemessenes Behandlungskonzept für psychosomatische Erkrankungen von Migranten und Migrantinnen angeboten hat. Dabei dürfte der Anteil funktioneller Störungen bei Migranten deutlich über dem von 25 bis 40 Prozent bei deutschen Patienten liegen, insbesondere bei türkischen Patientinnen. Die mit der Emigration verbundene Umbruchphase bedeutet eine erhöhte Vulnerabilität, die für psychische und psychosomatische Dekompensationen prädisponiert. Die Zahlen des AOK-Bundesverbandes zum Krankenstand ihrer Versicherten unterstützen diese Hypothese: 1986 hatten türkische Arbeitnehmerinnen mit 7,3 Prozent den höchsten Krankenstand gegenüber 3,9 Prozent bei allen übrigen ausländischen und deutschen Arbeitnehmerinnen.

Die von türkischen Müttern am häufigsten geäußerten Beschwerden stehen in engem Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen: nervöser Unruhe, Kopfschmerzen, Migräne, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Erschöpfungszuständen. Sie fühlen sich abends häufiger erschöpft als deutsche Mütter, sind angespannt, muten sich häufig zu viel zu und fühlen sich den Anforderungen öfter nicht gewachsen.

Sprachliche Probleme sind nur die „Spitze des Eisbergs“

Auch bei türkischen Männern ist das Erkrankungsrisiko größer als bei deutschen Vergleichsgruppen. Sie weisen eine signifikant höhere Herzinfarktrate auf, die Mortalität an koronarer Herzkrankheit stieg von 14 Prozent 1980 auf 35 Prozent 1991. Daneben fallen die doppelt so hohe Unfallrate und die um ein Drittel höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen auf. Türkische Patienten sind häufiger als deutsche von schweren und chronischen Erkrankungen betroffen und erkranken durch-

schnittlich zehn Jahre früher. Interessanterweise stimmten bei Nachuntersuchungen von herzkranken türkischen Patienten in einer internistischen Poliklinik die Klinikbefunde nur in 35 Prozent mit den Einweisungsdiagnosen überein, bei deutschen Patienten lag die Übereinstimmung immerhin bei 70 Prozent.

Die Komplexität der Thematik bedingt, dass die Probleme bei der Versorgung türkischer Patienten in Deutschland nur skizziert werden



Viele Praxen haben einen Ausländeranteil von 20 bis 30 Prozent. Die sprachliche Verständigung ist dabei vordergründig nach wie vor das zentrale Problem.

Foto: Daniel Rühmkorf

können. Durch den Assimilationsdruck eines Aufnahmelandes und die schwierigen sozialen Umstände wirkt ein erheblicher Druck auf die Einwanderer ein. Darüber hinaus führt die Konfrontation mit einem anderen System häufig dazu, bislang Gewohntes, Normen und Moralvorstellungen, durch Sozialisation erlernte Empfindungen und Verhaltensweisen infrage zu stellen. Dies trifft im Hinblick auf Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auch auf jede Arzt-Patienten-Beziehung zu. Sprachliche Probleme sind dabei nur die „Spitze des Eisbergs“. Dass aber das Bemühen um besseres Verstehen zumindest über eine sprachliche Annäherung erfolgen muss, ist offenkundig. So werden in Arztpraxen immer häufiger türkische Arzthelferinnen eingestellt. Ebenso ist die Gründung des ethnomedizinischen

Zentrums in Hannover unter dem Medizinsoziologen Collatz 1991 ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Situation von Migranten in Deutschland. Das Zentrum unterhält einen Dolmetscherdienst und bildet muttersprachliche Gesundheitsreferentinnen aus, die in der Prävention arbeiten. Ferner besteht ein großes Netz von Gesundheitsinstitutionen, Sozialarbeitern, Ärzten, Pflegekräften, Hebammen und anderen Therapeuten, die sich der Verbesserung der

Gesundheitsförderung und medizinischen Versorgung von Migranten widmen. Einen ersten Zugang zu psychosomatischen und psychotherapeutischen Therapieansätzen hat die psychosomatische Rehabilitationsklinik im Sauerland geschaffen. Dort werden in einem eigenen Behandlungsschwerpunkt erstmals türkische Patienten in ein Therapeutennetz aus türkischen oder Türkisch sprechenden Ärzten, Psychologen und Krankenschwestern eingebunden. Auch an der Justus-Liebig-Universität in Gießen existiert seit einiger Zeit eine türkische Ambulanz, an die sich niedergelassene Ärzte „mit Problemfällen“ wenden können. Dr. med. Y. Yildirim-Fahlbusch

Das Literaturverzeichnis zum Thema kann im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit1803 abgerufen werden. Die Langfassung des Beitrags findet man im Internet unter www.aerzteblatt.de/plus1803.