

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Bergdolt

**Krankheit und Kranksein
des türkischen Migranten**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Gülcin Surat-Dagtekin
aus Köln

Promoviert am 23. März 2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln
2011

Druck: Kopier Service am Eigelsteintor, Eigelstein 137, 50668 Köln

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter
1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Bergdolt
2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. phil. H. Pfaff

ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe, die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde von mir weder im Inland noch im Ausland in gleicher ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch nicht veröffentlicht.

Köln, den 23 März 2011

DANKSAGUNG

Zunächst möchte ich ganz herzlich Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln, für die gemeinsame Erarbeitung des Themas, seine Anleitung und Anregung sowie die konstruktive Betreuung des Werdeganges der Arbeit danken.

Grossen Dank bin ich meinem Ehemann Ugur Dagtekin und meiner Schwester Dr. med. Güzin Surat verpflichtet, die mich bis zum Ende der Arbeit begleitet und moralisch unterstützt haben.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern Kemal und Nurten Surat.
Ohne Euch wäre die Arbeit nicht möglich gewesen!

Meinem Sohn Furkan Ilyas Dagtekin

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	7
1. EINLEITUNG.....	9
1.1 AKTUELLE ZAHLEN DER AUSLÄNDISCHEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN	13
1.2 ZUWANDERUNGSPOPULATION	16
1.3 DER BEGRIFF GASTARBEITER.....	16
1.4 DAS ANWERBEABKOMMEN	16
1.5 DEFINITION MIGRATION.....	18
1.6 MIGRATIONSGENERATION	18
1.7 DEFIZITE UND PROBLEME NACH DER ZUWANDERUNG	19
1.8 ANWERBEABKOMMEN UND DIE HISTORIE DER TÜRKEI	20
1.9 GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER TÜRKEI	22
1.10 KRANKHEITSENTWICKLUNG	23
1.11 ERWERBSSITUATION UND ARBEITSBEDINGUNGEN	25
1.12 KRANKHEITSVERSTÄNDNIS	27
1.13 RELIGIÖSE BESONDERHEITEN/ DER ISLAM.....	29
1.14 UMGANG MIT DER EIGENEN GESUNDHEIT	31
2. ERKRANKUNGEN BEI MIGRANTEN	32
2.1 ERWORBENE UND EINGESCHLEPPTE ERKRANKUNGEN	32
2.2 KREBS BEI TÜRKEN.....	35
2.3 OSTEOMALAZIE UND RACHITIS	36
2.4 DIABETES BEI TÜRKISCHEN MIGRANTEN	38
2.4.1 Exokrine Pankreasfunktion	40
2.4.2 Geringe Präventivmassnahmen.....	40
2.4.3 Diabetes und Migranten	41
2.5 TÜRKISCHE KHK PATIENTEN	42
2.5.1 Komplikationen der Betreuung.....	42
2.5.2 Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen.....	43

2.6	HEPATITIS B INFEKTIONEN.....	46
2.7	SEXUALSTÖRUNGEN BEI MIGRANTEN	50
2.8	CHRONISCHE KOPFSCHMERZEN.....	52
2.9	HYPEREMESIS GRAVIDUM	53
3.	EIN VERGLEICH IN ZUFRIEDENHEIT UND ERWARTUNGSHALTUNG	57
4.	VERSORGUNGSPROBLEM.....	59
5.	DISKUSSION	63
6.	ZUSAMMENFASSUNG.....	67
7.	LITERATURVERZEICHNIS	72
8.	LEBENS LAUF	79

Vorwort

Mein Name ist Gülcin, das bedeutet die „Auslese der Rosen“.

Ich bin die Verfasserin dieser Arbeit und bin Deutsche mit Migrationshintergrund. Mein Vater wurde 1961 als potentieller Arbeitnehmer für die Automobilindustrie aus der Türkei angeworben. Damals war er 23 Jahre alt. Er war zu dieser Zeit schon ein Jahr mit meiner Mutter verheiratet, liess sie und den Rest seiner Familie, sprich Eltern und Geschwister, aber zurück, um sich, seiner Frau und seinen Kindern eine bessere Zukunft zu ermöglichen. Geboren wurde er in der nordöstlichen Türkei, an der Schwarzmeerküste. Um die Hinfahrt nach Deutschland zu finanzieren, verließ er schon recht früh sein Heimatdorf, um in der großen Stadt, Istanbul, als Taxifahrer Geld zu verdienen. In der selbigen musste er die Vorsorgeuntersuchung der deutschen Kommission bestehen, um als gesunder „Gast“ in Deutschland arbeiten zu dürfen. Mein Vater bestand, viele seiner Freunde wurden abgewiesen. Eine Reise ins Ungewisse folgte. Es hieß damals, „Ich bleibe nur so lange bis ich soviel Geld verdient habe, um mir eine Existenz in der Türkei aufzubauen“. Nach zwei-drei Jahren reiste meine Mutter nach, das erste Kind wurde 1972 geboren und ich 1975, und es lautete: „Unsere Töchter sollen wenigstens noch die Sprache erlernen und dann ziehen wir zurück“. Die zwei Töchter besuchten Gymnasien und es wurde gesagt: „Die Kinder sollen wenigstens noch die Universität besuchen...“ So vergingen insgesamt 46 Jahre und meine Eltern leben noch heute in Deutschland.



Aufnahme von Jahr 1964. Die erste Wohnung meiner Eltern

Mein Vater wuchs mit vier Geschwistern auf einem Bauernhof auf. Sie ernährten sich von dem, was die Kühe und die Hühner produzierten, und dem angebaute Gemüse. Keine Pestizide, keine Konservierungsstoffe und kein exzessiver Fleischkonsum. Bewegung und hartes Arbeiten war für jedes Familienmitglied an der Tagesordnung.

Dennoch sehnte sich mein Vater nach mehr Sicherheit und einem besseren Dasein und ließ sich von dem Wunsch treiben, seinen Kindern eine angenehmere und schönere Zukunft ermöglichen zu können.

In Deutschland eingereist, wurde er in einer Unterkunft für ausländische Werksangehörige untergebracht. Er meldete sich prompt für einen Deutschkurs an und nahm die Arbeit auf. Auch hier arbeitete er hart. Seine zu erledigenden Aufgaben in dieser Automobilindustrie waren insgesamt angenehm, jedoch war er ca. 32 Jahre in der Nachtschicht tätig. Die Tatsache, ewig als Gast betrachtet zu werden, die Wärme des Heimatlandes zu missen, sich nach den Eltern zu sehnen, den Tod der Eltern über das Telefon mitgeteilt zu bekommen oder einfach nicht mehr den Apfel **seines** Apfelbaumes kosten zu dürfen, hinterließ Spuren. Mein Vater erkrankte in seiner Wahlheimat. Er litt zunächst lange an einem therapieresistenten Ulkus und hat heute mit erhöhten Blutfettwerten und einer koronaren Herzkrankheit zu tun.

Würde meinem Vater jedoch die Frage gestellt, ob er diesen Schritt, raus aus der Heimat, hinein ins Ungewisse, erneut gehen würde, würde er, ohne mit der Wimper zu zucken, „JA“ antworten. Trotz seiner Erkrankungen und den Opfern, die er in 40 Jahren bringen musste, tut ihm diese Entscheidung nicht leid. Mein Vater erreichte sein ersehntes Ziel. Er erreichte Wohlstand und Zufriedenheit.

Mit seinen siebzig Jahren und seiner Frau an seiner Seite erfreut er sich heute im Rentenalter an seinem Enkelkind, der Tatsache, seinen Kindern eine gute Kindheit und ein Universitätsstudium ermöglicht zu haben, und der freien Entscheidungsgewalt, ob er denn nun paar Monate in Deutschland oder lieber in der Türkei leben möchte.



Aufnahme im Jahr 2007.

1. Einleitung

Die Zahl der in Deutschland lebenden ausländischen Bevölkerung erhöhte sich seit 1991 von 5.8 Millionen bis zum Ende des Jahres 2005 auf über 6.7 Millionen. Das entspricht ca. 8.2% der Gesamtbevölkerung.¹

Mehr als die Hälfte der Migranten stammen aus dem Mittelmeerraum, darunter sind knapp zwei Millionen türkische Staatsbürger. Viele von ihnen kamen in den 60er Jahren als Gastarbeiter oder folgten später nach dem Anwerbestopp 1973 als Familienangehörige nach. Sie bilden damit die größte Gruppe der sich langfristig in Deutschland aufhaltenden Ausländer.

Durch zunehmende Globalisierung wächst die Zahl der Migranten. Migration ist ein weltweites Phänomen. Mehr als 150 Millionen Menschen rund um den Globus leben als Migranten in einem Staat, der nicht ihre ursprüngliche Heimat ist. Einige wollen nur für kurze Zeit an einem fremden Ort bleiben, andere für mehrere Jahre oder gar für den Rest ihres Lebens. Sie sind eine heterogene Gruppe, die das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellt. Dieses

¹ statistisches Bundesamt, Ausländerzahlenregister, S. 78

muss sich auf die Bedürfnisse der „Zugewanderten“ einzustellen versuchen und eine bestmögliche Versorgung gewährleisten. Dabei können sich aus dem Migrationshintergrund und dem gleichzeitigen Minoritätenstatus heraus spezifische Gesundheitsrisiken ergeben.²

Nach der Unterzeichnung des Anwerbeabkommens 1961 zwischen Deutschland und der Türkei machten sich hunderttausende Türken auf den Weg in eine neue „bessere“ Zukunft. Über die gesundheitlichen Voraussetzungen für die angebotene Beschäftigung hinaus, verlangte die Bundesregierung eine gesundheitliche Eignung. Es erfolgten in den Anwerbestellen der Herkunftsländer Voruntersuchungen durch Beauftragte der deutschen Kommission. Da die ausländischen Arbeitnehmer vornehmlich mit körperlicher Arbeit belastet werden sollten, stand die Prüfung des Stütz- und Bewegungsapparates im Vordergrund. Nach einer Statistik der Bundesanstalt für Arbeit 1973 waren die häufigsten Ablehnungsgründe Röntgenbefunde der Lunge und pathologische Laborwerte, Störungen des Herz-Kreislaufsystems, Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat, chronische und psychische Krankheiten.³ Die Konsequenz daraus war eine Selektion der gesündesten Arbeitnehmer. Diese Strategie zeichnete sich durch ihre Raffinesse aus und erwies sich in den Anfangsjahren nach Unterzeichnung des Anwerbeabkommens als äußerst kostengünstig für die Bundesrepublik Deutschland. Die Krankenstandquote der Gastarbeiter fiel sehr niedrig aus, und dieser Bevölkerungsanteil galt als überdurchschnittlich gesund.

Das Senioren-Pflege-Informationportal stellte zu diesem Paradoxon einen Artikel ins Internet. Ein kurzer Auszug aus diesem sagt: „Dieser als „healthy migrant“-Effekt bekannte Sachverhalt ließ sich in Deutschland in Studien festhalten. Zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland waren die Migranten eindeutig gesünder als die gleichaltrige deutsche Bevölkerung. Es lässt sich aber zeigen, dass sich dieser Effekt mit zunehmendem Lebensalter der Migranten deutlich abgeschwächt hat. Heute

² deutsches Ärzteblatt :101, Ausgabe 43 vom 22.10.2004, Seite A-2882

³ Erfahrungsbericht 1962, S.15, 18

geht man von einer für bestimmte Erkrankungen höheren Morbidität der ausländischen älteren Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe aus.“⁴

Zur Ursachenklärung werden durch Migration hervorgerufene Belastungsfaktoren herangezogen. Stressoren, wie Entwurzelung, einhergehend mit Bodenlosigkeit, der Ungewissheit über die Zukunft und der Wechsel der sozial-ökonomischen Lebensbedingungen bergen die Gefahr von höherer Anfälligkeit und Krankheit. Für den Migranten stellt sich eine unbekannte Situation ein, in der das Aufeinandertreffen zweier Kulturen verarbeitet werden muss. Dauerstress, den die Anpassung an das Einwanderungsland zwangsläufig bedeutet, zusätzliche negative, einschneidende und traumatische Lebensereignisse können sich im Alter in Krankheiten manifestieren.

Soziokulturelle und historische Kontexte prägen die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, die Deutung von Krankheitsursachen sowie Behandlungserwartungen. Auf Grund kultureller Unterschiede können z.B. bei den älteren Migranten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen existieren, die sich von denen älterer Deutscher unterscheiden. Sowohl zu Zeiten der Anwerbung, als auch im Hier und Heute äußert die Vielzahl türkischer Einwanderer ihre Symptome zum Teil organbezogen (s.unten). Das Empathievermögen des Arztes dem Patienten gegenüber spielt in dieser Beziehung eine grosse Rolle. Denn nur, wenn sich der Patient, wie so oft, verstanden und aufgehoben fühlt, kann eine Interaktion stattfinden, der Patient wird offener und ermöglicht dem Arzt einen „Blick hinter die Fassade“. Die Schlussfolgerung ist, dass erst dann richtig Diagnostik und Therapie, sogar mit Erfolg, betrieben werden kann, wenn herausgefunden wird, wo die tatsächliche Ursache des Problems liegt.

⁴ http://www.geroweb.de/altenbericht/3_1_2_3_migration.html (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

Migration kann einen Einfluss haben sowohl auf das Risiko zu erkranken, als auch auf die Chance eine adäquate Therapie zu erhalten. Spezifische Risiken ergeben sich aus dem schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, zum Beispiel auf Grund mangelnder Sprachkenntnis oder kultureller Barrieren.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Kranksein und der Krankheit der türkischen Migranten. Mit der immigrierten Kultur ist eine komplett neue Klientel an Patienten entstanden.

Durch Wahrung des eigenen Wertesystems einer weitgehend islamisch geprägten Kultur sind zahlreiche Konflikte und Probleme im deutschen medizinischen Versorgungssystem aufgekommen, die größtenteils unerforscht blieben. Erkrankungen der türkischen Einwanderer werden aufgegriffen, welche zum einen erst nach Einwanderung erworben wurden, zum anderen durch unzureichende und insuffiziente Versorgungspolitik chronifizierten.

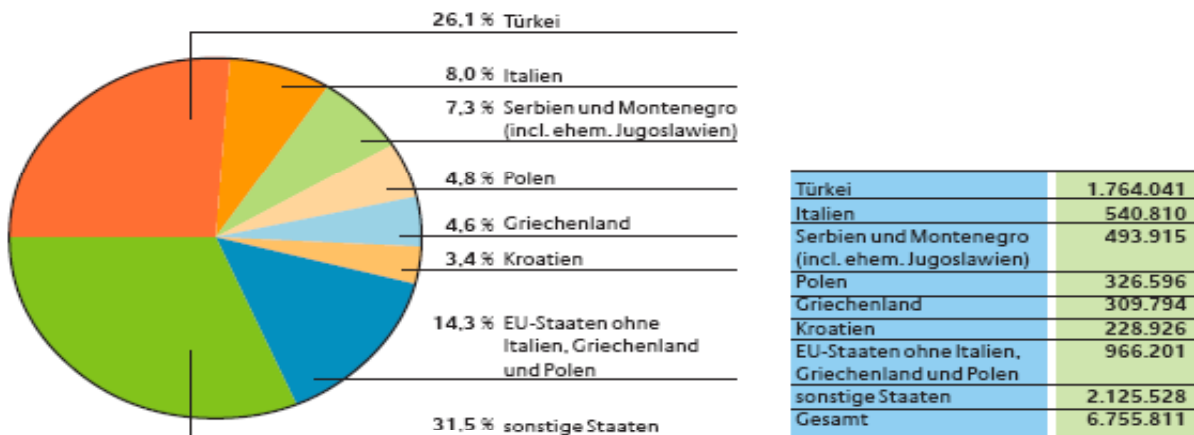
Der ersten Teil (Kapitel 1) dient sowohl der Hintergrundinformation als auch zum besseren Verständnis. Es sollen zudem kurz das Gesundheitssystem der Türkei, die Situation des türkischen Arbeitnehmers, inklusive Krankheitsentwicklung, Krankheitsverständnis, und zusätzlich die Rolle des Islam in dieser Beziehung beschrieben werden.

Der zweite Teil (Kapitel 2) beschäftigt sich mit den Krankheiten türkischer Männer und Frauen in Deutschland. In Kapitel 3 wird die Erwartungshaltung von deutschen und türkischen Patienten untersucht, welche sehr stark, begründet durch unterschiedliche Definitionen des Gesundheitssystems, voneinander abweichen. Das Kapitel 4 der Arbeit beschäftigt sich mit dem schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migranten. Es dient als Überblick über die Ursachen und Hintergründe und führt Lösungsmöglichkeiten auf, um den insuffizienten Zugang zur Versorgung abbauen zu können. Kapitel 5 enthält die Diskussion und Kapitel 6 fasst die Arbeit zusammen. Das Literaturverzeichnis befindet sich in Kapitel 7 und den Schluss der Arbeit bildet der Anhang in Kapitel 8.

1.1 Aktuelle Zahlen der ausländischen Bevölkerungsgruppen

Nachfolgend sind die aktuellen Zahlen aus dem Ausländerzentralregister aufgeführt.⁵

Die häufigsten ausländischen Bevölkerungsgruppen nach Staatsangehörigkeiten in Deutschland am 31.12.2005

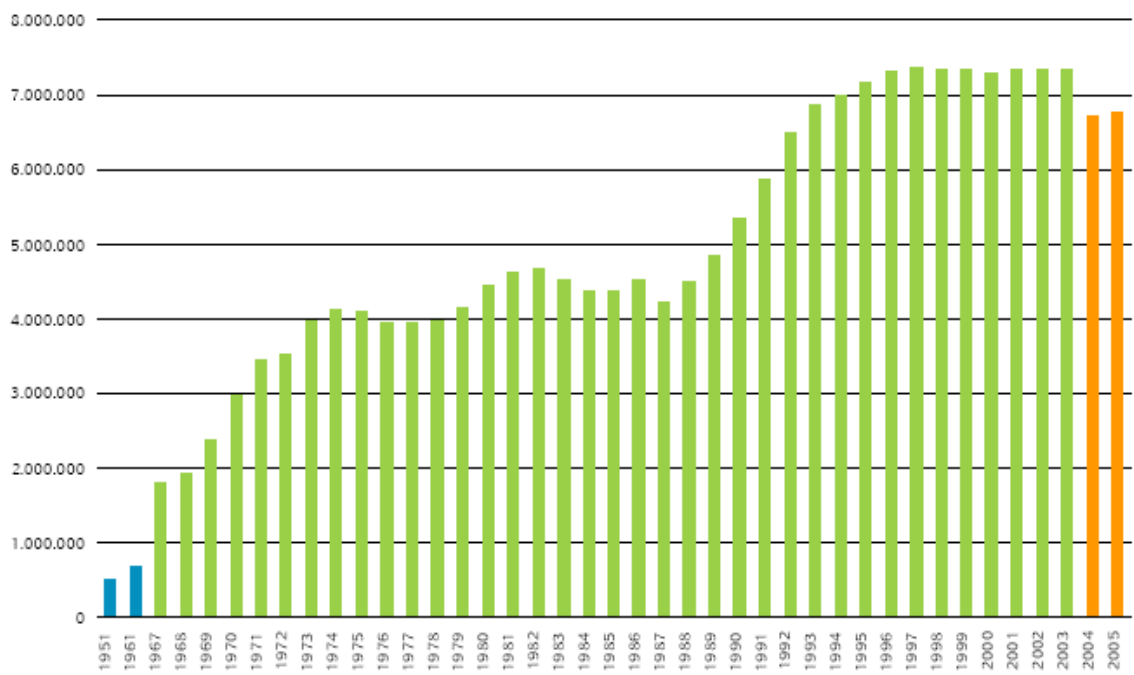


Quelle: Ausländerzentralregister, eigene Berechnungen

Die oben aufgeführte Grafik zeigt die Bevölkerungsgruppen der Ausländer in Deutschland nach Staatsangehörigkeiten an.

Das nachfolgende Balkendiagramm zeigt das Wachstum der ausländischen Bevölkerung in Deutschland von 1951 bis 2005 an. Hier ist zu beachten, dass in den Jahren 2003 bis 2004 sich die Zahl der Ausländer von 7,3 Mio. auf 6,7 Mio. verringert, dies ist auf die Datenbereinigung des Ausländerzentralregisters zurückzuführen. Die Zahlen von 2004 und 2005 sind deshalb nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

⁵ statistisches Bundesamt, Ausländerzahlenregister, S. 82



Angaben in Personen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Ausländerzentralregister, eigene Berechnungen

2007 - Einwohnerdaten im Überblick für Köln

Einwohner	1.025.094
unter 18 Jahre	158.385
18 bis unter 65 Jahre	685.601
65 Jahre und älter	181.108
weiblich	525.379

Durchschnittsalter

insgesamt	41,6
männlich	40,5
weiblich	42,7
Ausländer/-innen	37,5
Deutsche	42,5

mit Migrationshintergrund*	328.811
darunter	
Aussiedler/-innen	57.250
Eingebürgerte	74.908
Ausländer/-innen	177.753
Türken/Türkinnen	63.839

Quelle: Stadt Köln - Amt für Stadtentwicklung und Statistik

2007 lebten in Köln 328.811 Menschen mit Migrationshintergrund.

Das entspricht einem prozentualen Anteil von **32 %** an der Gesamtbevölkerung der Stadt. Bei den **unter 18jährigen** sind dies 75.599 von 158.385 (= **47,73 %**).

1.2 Zuwanderungspopulation

Hinsichtlich der Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung lassen sich deutliche Abweichungen zur deutschen Bevölkerung aufzeigen. Auf Grund der höheren Geburtenrate liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bei den Ausländern deutlich über dem der deutschen Bevölkerung. Der Anteil der männlichen Migranten machte in den ersten Jahrzehnten einen größeren Teil aus. 1997 stellten die Frauen bereits mit einer Anzahl von 3.3 Millionen 44.7% der gesamten ausländischen Bevölkerung. 2005 waren es schon 3.5 Millionen.⁶ Weiterhin ist die ausländische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen wesentlich jünger, wobei der Anteil der älteren Migranten und Migrantinnen in Zukunft, wie auch der deutschen, stetig zunehmen wird. 21.7% aller Ausländer sind bereits in Deutschland geboren. Seit Anfang der 70er Jahre machen Kinder der ausländischen Eltern zwischen 10 und 13% aller in Deutschland geborenen Kinder aus. 1997 entsprach der Ausländeranteil unter den geborenen Kindern 13.2%. 2005 waren es bereits 18.5%!⁷

1.3 Der Begriff Gastarbeiter

Der Begriff „Gastarbeiter“ wurde in den 50er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland für die grosse Zahl ins Land strebender Arbeitsmigranten für gering qualifizierte Tätigkeiten vor allem in der Montan- und Automobilindustrie geprägt.⁸

1.4 Das Anwerbeabkommen

„Das Anwerbeabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei begründete 1961 die türkische Einwanderung in die Bundesrepublik Deutschland. Das Abkommen wurde am 31. Oktober 1961 von der Bundesrepublik Deutschland und der Türkischen Republik in Bad Godesberg

⁶ statistisches Jahrbuch 1998 und 2005

⁷ BBA Juni 1999

⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Gastarbeiter> (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

unterzeichnet, aus deutscher Sicht um die Wirtschaftslage des Landes zu verbessern. Aus Sicht der deutschen Wirtschaft wurden im Sinne eines Rotationsprinzips junge ledige Männer gesucht, die nach einem Zeitraum von rund zwei Jahren gegen frische Kräfte ausgetauscht werden sollten. Weder den Unterzeichnerstaaten, noch den angeworbenen Arbeitskräften war dabei klar, dass die als vorübergehend geplante Aufenthalte der türkischen Arbeiter in Deutschland später deren Einwanderung begründen würden. Nichtsdestoweniger kamen die Arbeiter nicht selten mit offenem Zeithorizont. Doch der Bedarf der deutschen Wirtschaft an ausländischen Arbeitskräften blieb nicht vorübergehend. Am 30. September 1964 trat eine Neufassung des Abkommens in Kraft.

Die Anwerbung endete mit dem am 23. November 1973 von der Bundesregierung beschlossenen generellen Anwerbestopp, der sämtliche Ausländer betraf.⁹ 1963 erschien erstmals eine Broschüre, speziell für die türkischen Arbeitsmigranten, herausgegeben durch die türkische Anstalt für Arbeit und Arbeitsvermittlung.¹⁰ Diese wurde jeder angeworbenen Arbeitskraft mit auf den Weg gegeben. Der Titel dieses Informationskatalogs lautete wie folgt: „isci olarak almanya ya nasil gidilir“. Übersetzt bedeutet dies so viel wie, „wie geht man als Arbeiter nach Deutschland“. In dieser, als eine Art Ratgeber zu verstehenden, Broschüre, klärt die türkische Regierung den „befristeten“ Arbeitnehmer in Bezug auf politische Sichtweisen des Deutschen, Privatleben des Deutschen und zur eigenen Arbeitsauffassung auf. Es heißt z.B. „die Deutschen sind, genau wie wir, Nationalisten und Feinde des Kommunismus. Oder nähert euch den deutschen Frauen nicht in ungebührlicher Weise, oder haltet euch immer an die Betriebsordnung, seid fleissig und lernt schnell dazu. Kommt pünktlich und geht pünktlich und lasst euch nie krankschreiben“.

⁹http://de.wikipedia.org/wiki/Anwerbeabkommen_zwischen_der_Bundesrepublik_Deutschland_und_der_T%C3%BCrkei (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

¹⁰ siehe 9

1.5 Definition Migration

Migration ist in sozialer Definition eine Form der horizontalen Mobilität. Sie ist ein langjähriger Wohnortwechsel eines Menschen. Es wird unterschieden zwischen der internationalen Migration, welcher der Wechsel der Heimat mit Überschreitung einer Ländergrenze beschreibt, die Binnenmigration bezeichnet die Einwanderung in eine neue Heimat innerhalb eines Landes. Immigration ist die Einwanderung und Emigration die Auswanderung. Des Weiteren wird die internationale Migration in einen dauerhaften und einen semipermeablen Wohnortwechsel unterschieden.¹¹

1.6 Migrationsgeneration

Vor dem Hintergrund des Generationssequenzmodells nach Duncan bzw. der drei Generationsthese nach Price können drei Migrantengenerationen unterschieden werden:^{12, 13}

- Die Mehrheit der ersten Generation der Zuwanderer passt sich nur im wirtschaftlichen und sozialen Bereich dem Aufnahmeland an und versucht, durch ethnische Gruppenbildung ihre Herkunftskultur zu bewahren, um dadurch ihre psychische Stabilität und Sicherheit zu wahren. Durch die zum Migrationszeitpunkt abgeschlossene Sozialisation wird diese zum Teil vollzogene Integration mitverursacht.
- Die zweite Generation lebt in zwei Kulturen mit gemischten Wertestandards, woraus sich Kulturkonflikte zwischen Heimatkultur und Wahl-Heimatkultur ergeben. Die Elterngeneration versucht zumeist in ihrer Familie die Abstammungskultur zu bewahren, während die Migrantenkinder der zweiten Generation sich im Alltag wie Schule und

¹¹ [http://de.wikipedia.org/wiki/Migration_\(Soziologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Migration_(Soziologie)) (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

¹² Han P.: Soziologie der Migration. Lucius&Lucius.Stuttgart 2000

¹³ Frogner, E.: Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebenslaufperspektive. In: Probleme der Zuwanderung. Band1, Herausgegeben von A.J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, S. Lucassen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994

Beruf der Kultur des Aufnahmelandes anpassen, diese später auch annehmen.

- Die dritte Generation entscheidet sich komplett für die Kultur der Wahlheimat, assimiliert sich und gibt die Kultur des Heimatlandes auf.

1.7 Defizite und Probleme nach der Zuwanderung

Forschungsdefizite in Bezug auf das Thema „Migration und Gesundheit“ werden immer wieder laut. So bemängelt Jordan, dass zum Einen der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für die Ausländer ein Weg voller Hindernisse darstellt, zum Anderen auch erhebliche Wissenslücken über soziale Schichtzugehörigkeit in Zusammenhang mit Migration existieren.¹⁴ Prüfer-Krämer und Krämer führen nachfolgend Defizite in der gesundheitswissenschaftlichen und der medizinischen Forschung im Hinblick auf die gesundheitliche Lage der Ausländer in Deutschland an. So kritisieren sie, dass systematische populationsbezogene Untersuchungen zum Gesundheitszustand fehlen, es an Studien mangelt, die biomedizinische mit sozialwissenschaftlichen Ansätze verbinden, sowie dass Daten zu den Auswirkungen der Adaption an den westlichen Lebensstil auf die Gesundheit des Migranten fehlen.¹⁵ Auch Collatz bemängelt die Qualitätssicherung von speziellen Versorgungsangeboten für Migranten, welche auf wissenschaftlich gesichertem, empirisch, sozialepidemiologisch und evaluatorischen Ergebnissen beruhen müssten, um Morbität, Mortalität und Auswirkungen der Versorgungsangebote analysieren, erklären und verbessern zu können.¹⁶

¹⁴ Jordan, E.: Forschungsdefizite und methodologische Schwierigkeiten. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Herausgegeben von J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Berichte und Materialien Band 17), Düsseldorf 2000

¹⁵ Prüfer-Krämer, L., A. Krämer (2000): Gesundheit von Migranten in Deutschland. Public Health Forum 29 (2000) 24-25

¹⁶ Collatz, J. (1999) Lebensbedingungen und gesundheit von Migranten und Migratinnen. 2. Fachtagung, Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft. (Internet-Version), Stiftung deutsches Hygienemuseum, Dresden 1999

1.8 Anwerbeabkommen und die Historie der Türkei

Einwanderung im großen Maßstab begann in Europa in den 1950er und 1960er Jahren im Zuge der Arbeiterrekrutierungsprogramme. Die Anwerbung hielt bis in die 1970er Jahre an. Am 29.10.1961 unterzeichnete die Türkei in Bad Godesberg das Abkommen mit der Bundesrepublik Deutschland zur Anwerbung türkischer Arbeitskräfte. Für die Türkei war die Entsendung von Arbeitskräften zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit wichtig.¹⁷

Ein langwieriger Prozeß von Abschied, Trauer, von Gesundheit und Krankheit beginnt. Vor ihrer Einreise bzw. vor der Aushändigung der Aufenthaltserlaubnis müssen sich die potentiellen Arbeitnehmer einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Diese Pflichtuntersuchung setzte die Bundesrepublik Deutschland in erster Linie zum Schutze der eigenen Bevölkerung in Kraft. Die Ausländer und ihre Familienangehörigen „können Krankheiten in das Bundesgebiet einschleppen, die eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung bilden.“¹⁸ Dem Ausländer stehe die Arztwahl frei, die Untersuchungskosten habe er aber selbst zu tragen. „...bestehen Bedenken gegen den Aufenthalt des Ausländers, so ist die Aufenthaltserlaubnis zu versagen und das Arbeitsamt zu unterrichten. In solchen Fällen ist besonders darauf zu achten, dass der kranke Ausländer möglichst unverzüglich das Land verlässt, um eine gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung zu verhindern.“¹⁹ Erst am 30. März 1962 erhielten die ausländischen Arbeitnehmer, nach Absprache des Bundesinnenministers mit den Bundesgesundheitsministern der Länder die Aufenthaltserlaubnis, aber nur nach Vorlage einer bundeseinheitlich vorgeschriebenen ärztlichen Bescheinigung.²⁰ Zu dieser Zeit versuchte sich die Bundesrepublik einen

¹⁷ Tufan, B. (1998) Migration von Arbeitnehmern aus der Türkei (Prozess der Migration und Remigration). In: Chancen und Risiken der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Hrsg. Von E. Koch, M. Özek, W.M. Pfeiffer, R. Schepker. Lambertus, Freiburg i.Br. 1998

¹⁸ Entwurf des Runderlasses BMI 1961 Entwurf des Runderlasses BMI v. Dezember 1961, BA, B 106/90129.

¹⁹ Runderlass Innenminister NW 1961 Runderlass Innenminister NRW v. 29.12.1961, als Anlage zum Rundschreiben Unternehmerverband Ruhrbergbau v. 21.02.1962, Bergbauarchiv Bochum (BBA), 88/280.

²⁰ Schreiben BAVAV aus BMA 1962 Schr. BAVAV an BMA v. 19.10.1962, BA, B 149/22343; Schr. BMI an das Auswärtige Amt v. 04.02.1964, BA, B 106/90129.

Überblick darüber zu verschaffen, wie es um die Gesundheit der Ausländer stand und wie man Kranken die Einreise untersagen kann.

Seit 1961 wurden 166.000 Türken unter der Schirmherrschaft der dt. Kommission in der Türkei untersucht. 1962 wurden 13.248 Untersuchungen durch hauptamtliche dt. Amtsärzte durchgeführt. Die Ablehnungsquote betrug 10.1%. Diese hohe Ziffer ließ sich durch den Wegfall v. Vorsorgeuntersuchungen im Heimatland erklären. Die türkischen Arbeitnehmer sind direkt der deutschen Kommission vorgestellt worden. 1965 wurden 12% Türken von insg. 17.000 Personen, d.h. Türken, Spanier, Griechen und Portugiesen, abgelehnt. Wiederum war der Grund dieser Ablehnungen der Verzicht auf ärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Es wurden Lungen, Sinnesorgane, Herz-Kreislaufsystem, Bewegungsapparat, der allg. Zustand und die Serologie untersucht. Fast ein Viertel der Ablehnung waren auf pos. Röntgenbefunde des Thorax zurückzuführen.²¹

Zusammenfassend wird deutlich, dass ausgewählte Kandidaten diese erste Stufe der beruflichen Untersuchungen durch die deutsche Kommission bestanden haben mussten, dann erst wurde man zur Gesundheitsprüfung nach Deutschland geschickt. Die türkischen Anwärter, vor allem die aus Anatolien, verkauften für diese Möglichkeit Haus und Hof, machten Schulden. Für einige dieser Menschen endete es in einer Tragödie, den Schritt der Untersuchungen zu gehen, bis zur Gesundheitsprüfung durchzudringen und anschließend wegen körperlicher Mängel abgelehnt zu werden. Des Weiteren lastete ein erheblicher Druck auf ihnen, da ihre Familien in der Türkei auf ihre finanzielle Unterstützung angewiesen waren. Bei den Untersuchungen, die wie gesagt von dt. Ärzten, denen eine türkische Übersetzerin assistierte, durchgeführt wurden, mussten sich die türkischen Arbeiter nackt ausziehen, sich auf Herz und Niere untersuchen lassen. Es wurden zudem rektale Untersuchungen angeordnet,

²¹ Erfahrungsbericht 1965 S. 29-30

welche für diese Menschen eine tiefe Schamverletzung darstellte.²² Dies waren die allerersten Hürden, die türkische Arbeitswillige in Kauf nahmen.



1.9 Gesundheitsversorgung in der Türkei

Neben dem modernen medizinischen System existiert in der Türkei der Bereich der traditionellen Volksmedizin. Dieser gewann während des Islamisierungsprozesses durch den Propheten, dessen Leitgedanke Krankheiten als gottgegeben anzusehen, an Einfluss. Nach der Gründung der türkischen Republik 1923 wurde versucht alle traditionellen und religiösen Formen der Medizin gesetzlich zu unterbinden.²³ Sie ließen sich jedoch nur partiell aufheben.

Der formelle moderne Sektor der Gesundheitsversorgung ist in der Türkei auf drei Ebenen organisiert:

1. Öffentliches Gesundheitswesen
2. Einrichtungen des Sozialversicherungswesens
3. Private Gesundheitsvorsorgeeinrichtungen

²² Aytac-Eryilmaz: Wie geht man als Arbeiter nach Deutschland? Aytac Eryilmaz: „Wie geht man als Arbeiter nach Deutschland?“, in Jamin u.a., Fremde Heimat, S. 93-119, hier S. 113-115; dies., Migrationserfahrungen. Aus Interview mit Migratinnen der Ersten Generation, in: ebd., S. 207-231, hier S. 210.

²³ Koen-Emge, E. (1988) Koen-Emge, E., (1988), Volksmedizinische Krankheitsvorstellung und Heiler in der Türkei. Heidelberg, Univ., Med. Fak. für Theoretische Medizin, Diss., 1988

In den 60er Jahren wurde begonnen, ein öffentliches Gesundheitswesen in Form einer basisorientierten Gemeindemedizin aufzubauen.²⁴ Es wurden verschiedene Einrichtungen etabliert: Gesundheitshäuser (Saglik evler), in denen Hebammen tätig sind, Gesundheitszentren (Saglik ocagi), in denen ein Arzt, ein Gesundheitsbeamter und eine Krankenschwester und eine Hebamme tätig sind, und staatliche Ambulanzen (devlet hastaneli), die auf Distrikt- und Provinzebene organisiert und hierarchisch untereinander verbunden sind.

Zwischen dem Westen und dem Osten des Landes sind jedoch noch immer grosse Unterschiede festzustellen. Die gesundheitliche Situation und die medizinische Versorgung der ländlichen Regionen sind mit denen der westlichen Städte nicht zu vergleichen. Sie sind durch Unterversorgung, durch Mangel an medizinischem Inventar und Personal gekennzeichnet. Es müssen oft lange und kostspielige Anfahrtswege bis zum nächst gelegenen Krankenhaus in Kauf genommen werden.

1.10 Krankheitsentwicklung

Es wurden in einer Studie türkische Arbeitnehmer untersucht, welche schon drei Monate nach ihrer Ankunft depressive Symptomatiken aufwiesen und diese nach achtzehn Monaten in psychosomatische Beschwerdebilder übergegangen waren.²⁵ Noch immer treten vermehrt bei türkischen Immigranten depressive Syndrome mit Somatisierungsstörungen auf und Hysterie manifestiert sich in psychosomatischen Leiden.²⁶

²⁴ Schirmmacher, G.(1985) Schirmmacher, G.: Das soziale Netz der Gesundheitsversorgung in der Türkei- eine historische Skizze. In: Collartz, J. E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal. Gesundheit für alle. EBV, Hamburg 1985, S. 40-67

²⁵ Häfner, Moschel, Özek (1977) Häfner, H., Moschel, G., Özek, M., (1977), Psychische Störung bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Der Nervenarzt, 48, 268-275

²⁶ Kielhorn, R., (1996), Krank in der Fremde. Psychosozial, 63 (1), 15-27

Zu überlegen ist, ob nicht die durch die Migration hervorgerufenen Anpassungsschwierigkeiten, der Stress, die Unsicherheit im Alltag wie im Beruf und die Ausländerfeindlichkeit eine Korrelation zu psychischen und somatischen Erkrankungen geschaffen hat. Toni Faltmeier setzt die Symptomaten der Krankheitsbilder in seiner Publikation die „Gesundheit der Migranten“ von drei Faktoren in Abhängigkeit:

- ethnische Zugehörigkeit
- Prozess der Migration
- Soziale Lage

In der ethnischen Zugehörigkeit sieht er die soziale Kategorie und die soziale und kulturelle Identität. Zum Prozess der Migration zählen verschiedene soziale und kulturelle Identitäten, Migration als kritisches Lebensereignis, Diskriminierungen und Anpassungsprozesse. Die soziale Lage beschreibt die materiellen Ressourcen, Bildung, Geschlecht, Alter, den beruflichen Status, die Lebenswelt, die sozialen Beziehungen.

Nach seinen Beobachtungen „können aus der Identifikation mit einer bestimmten Ethnie und Kultur eine Reihe von Belastungen für den einzelnen resultieren, die auch gesundheitliche Auswirkungen haben.“ Er beschreibt, dass z.B. bei strenger Ausübung von Religionen und dem gleichzeitigen Bruch von Regeln, Ängste und Schuldgefühle ausgelöst werden können. Der kulturelle Hintergrund kann Konflikte verkomplizieren. Es kann zudem gesundheitlich negative Folgen haben, wenn Personen aus den Kulturkreisen sozial stigmatisiert werden.²⁷

²⁷Faltmaier, T. (1998) (1994), Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.

1.11 Erwerbssituation und Arbeitsbedingungen

David und Borde beschrieben 2002 klar die Chancenungleichheit der angeworbenen Arbeitskräfte. Trotz unterschiedlichster Ausbildung und Beruf im Herkunftsland wurden die Arbeitsmigranten den unattraktivsten Stellen als ungelernte oder angelernte Arbeiter zugewiesen. Dem Bericht des Bundesministers für Arbeit war bereits 1985 zu entnehmen, dass 86,2% der erwerbstätigen Migranten Arbeiter waren. Facharbeiterstatus hatten nur 17,8% und als Meister waren nur 3% angestellt. Migranten haben in der innerbetrieblichen Hierarchie den niedrigsten Status. Ihre Arbeitsbedingungen sind bis heute durch folgende Kriterien charakterisiert:²⁸

- Hohe Arbeitsbelastung
- Restriktive Arbeitsbedingungen
- Körperliche Schwerarbeit
- Bis ins Detail vorgeschriebene Tätigkeiten
- Höheres Unfallrisiko
- Höhere Gesundheitsgefährdung
- Negative Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz
- Hohe Krisenanfälligkeit der Erwerbsbereiche und dadurch
- Ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden

Wohnverhältnisse

Die Unterbringung der Gastarbeiter war sehr spartanisch, schlecht, unhygienisch und insgesamt unzumutbar. Die Unternehmen errichteten aus Kostengründen zunächst häufig "Wohnheime" auf dem eigenen Betriebsgelände. Die Zimmer waren mit mehreren Arbeitern belegt und oft waren die Heime als Teil des Firmengeländes von der Außenwelt geradezu abgeschottet. Den Gastarbeitern war diese günstige Art der Unterkunft nicht

²⁸ David, M., Borde Th. Kranksein in der Fremde? 2002, Mabuse Verlag S. 33

unwillkommen, da sie dadurch mehr Geld sparen und in die Heimat schicken konnten.²⁹

Carola Ronneburgs Artikel „Saure Äpfel bei Volkswagen“ erscheint 2005 in der taz. Sie wirft das unangenehme Thema „Unterbringung der Gastarbeiter“ wieder auf und beschreibt: „Die zweistöckigen Baracken sind aus Holz. Viertausend Männer sind hier untergebracht, jeweils vier in einem Raum von knapp dreizehn Quadratmetern. Möbliert ist er mit Etagenbetten, einem Tisch, vier Stühlen und einem Schrank. Das Gelände ist eingezäunt, am Schlagbaum vor dem Eingang wird jeder kontrolliert, der kommt und geht. Wachleute patrouillieren mit Schäferhunden.

Diese Zeit liegt noch nicht lange zurück, doch die neue Unternehmensleitung von VW verschwendet keinen Gedanken an die Unterbringung ihrer "Gastarbeiter". Ausländische Arbeitnehmer leben überall in der Bundesrepublik in zweifelhaften Unterkünften und haben es oft sogar noch schlechter getroffen als bei VW. Sechs oder mehr Personen bewohnen einen Raum - Saisonarbeiterinnen in der Landwirtschaft sind nicht selten zu zehnt -, in dem sie auch ihre Mahlzeiten zubereiten müssen. Nicht einmal einen aufeinander abgestimmten Tagesablauf gibt es - in verschiedene Schichten eingeteilt, stört man sich gegenseitig beim Schlafen. Vom Gesetz her sind Arbeitgeber nur gefordert, "angemessenen" Wohnraum zu bieten. In Wolfsburg gibt es für die je 68 Bewohner einer Etage an der "Berliner Brücke" eine Küche mit achtzehn Kochplatten, dreizehn Waschbecken im Waschraum und vier Toiletten: Schlangestehen gehört zum Alltag.“³⁰

Auch Anita Gruber erwähnt kurz während der Fachtagung zum Thema „ Alter und Krankheit in der Fremde“, die unzumutbare Situation der damaligen Gastarbeiter. Sie beschreibt es so: „Arbeitsmigranten kamen vor 20 bis 25 Jahren als gesunde Menschen nach Deutschland. In der Regel erhielten sie die schlecht bezahltesten und körperlich schwersten Arbeiten und lebten in,

²⁹ Straube H. 1987 Türkisches Leben in der Bundesrepublik

³⁰ <http://www.taz.de/index.php?id=archivseite&dig=2005/02/12/a0364> (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

gegenüber Deutschen, vergleichsweise schlechten Wohnverhältnissen. Die körperliche Ausbeute war gross, der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes und den anschließenden Auswirkungen auf den Aufenthalt wurden Krankheiten nicht auskuriert und Kuren nicht in Anspruch genommen.“³¹

1.12 Krankheitsverständnis

„Im türkischen Kulturkreis ist die Frage nach der Krankheitsursache von größerer Bedeutung als deren Einordnung in ein nosologisches System.“³² Krankheit ist bedrohlich und wird als exogen verursacht wahrgenommen. Für türkische Patienten ist das Wie und Warum wichtig. Die Ergründung der Ursache bzw. die Ursachenfindung gibt ein Feedback auf die Art der Erkrankung und letztlich auf Therapie und Prognose. Türkische Patienten betrachten den Körper, die Krankheit und das Symptom als einen Komplex. Beschwerden werden oft diffus und uneindeutig, aber auch auf den ganzen Körper beziehend ausgedrückt. „Der ganze Körper tut weh.“ Ihre Leiden drücken Türken in Organchiffren aus, wobei die Leber und die Lunge einen spez. Stellenwert einnehmen. Diese werden oft in Zusammenhang mit Trauer, Krankheit und Schmerz dargestellt. „Ein gefallener Nabel“ ruft z.B. Übelkeit, Antriebsarmut und Lustlosigkeit hervor.

„Cigerim döküldü“, was bedeutet meine Leber fällt auseinander, bezeichnet Trauer und Hoffnungslosigkeit. Es entstehen oft Missverständnisse durch die Benutzung dieser Begriffe. Sie sind insgesamt der Ausdruck negativer emotionaler Befindlichkeit. Gefallene Organe werden gleichgesetzt mit einer Inbalance, eines Chaos im Körper. „Alles krank“, „ganz krank“, „überall Schmerzen“, sind verallgemeinerte Angaben türkischer Pat. bei der Erstanamnese. Das Erleben und Erleiden und das Äußern von Krankheiten gibt

³¹ Gruber, A. Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege 1997 S.32

³² deutsches Ärzteblatt 2004 deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43 v. 22.10.2004, S. A-2882/ B-2439/ C- 2326.

Kulturspezifisches wider. Die Krankheit ohne ein subjektives Empfinden des Krankseins ist nicht vorstellbar.

Viele westliche Ärzte stehen bei diesen Angaben vor einem Rätsel, so dass das Unverständnis zu übereifrigen Handlungen führt, in denen auf Diagnostik viel Wert gelegt wird und der Patient mit seinem eigentlichen Problem alleine bleibt. Die Gefahr der Chronifizierung entsteht. Des Weiteren wird der ehrgeizige Mediziner bei zu häufigen Fragen nach Einzelheiten oder der Ursache als inkompetent bewertet. Weiter zurückliegende anamnestische Fragen könnten weiterhin als Misstrauen verstanden werden. Die Erwartungen an den in unserem Falle deutschen Arzt und das westliche Gesundheitssystem sind überwältigend. Der Arzt wird als „Halbgott in Weiss“ gesehen, seinen Angaben wird Folge geleistet, jedoch nur, wenn sie den Patienten nach einem kurzen Gespräch eine Diagnose und die Therapie unterbreiten.

Ein weiterer Punkt, der im türkischen Kulturkreis für besonders wichtig erachtet wird, ist der „böse Blick, Nazar“. So werden Kinder mit Amuletten behangen und anfangs isoliert, um sie vor dem Blick „schlechter und missgünstiger Menschen“ zu schützen.

Weiterhin können Regelverletzung und Tabubrüche Gottes Strafen aller Arten verursachen. Es folgen Unfälle, Behinderungen, Krankheiten und Schmerzen. In diesen Fällen werden Hocas (islamischer Gelehrter, Vorbeter) als Seelsorger und Heiler hinzu gezogen. Sie genießen großen Respekt und man übergibt ihnen die Aufgabe, den richtigen Weg zu finden, vor allem bei psychiatrischen Erkrankungen. Diese Hocas darf man nicht unterschätzen oder als Scharlatane abtun. Unter ihnen gibt es sicherlich viele, die des Geldes wegen diesen Beruf ausüben, aber es existiert tatsächlich eine auserwählte Menge an Heilern, welche ihre Aufgabe sehr ernst nehmen, mit Ärzten zusammenarbeiten und auch positive Ergebnisse erzielen. (vgl. dt. Ärzteblatt 2004)

„Ich halte die Symbolsprache für die einzige Fremdsprache, die jeder von uns lernen sollte“. Erich Fromm

1.13 Religiöse Besonderheiten/ der Islam

Die fünf Säulen des Islam

➤ *Das Glaubensbekenntnis*

„La ilaha illah allah, momamed resul allah“ – „Es gibt keinen Gott außer Gott, und Mohamed ist sein Gesandter.“

➤ *Die Gebete*

Es sind fünf Gebete am Tag vorgeschrieben. Am frühen Morgen vor Sonnenaufgang, am Mittag, am Nachmittag, am Abend kurz vor Sonnenuntergang und je nach Jahreszeit am frühen Abend oder in der Nacht. Eine rituelle Waschung unter fließendem Wasser von Händen, Mund, Nase, Gesicht, Unterarmen, Ohren, Hals und Füßen bereitet den Betenden innerlich und äusserlich darauf vor, vor das Angesicht Gottes zu treten. Stehend, in Richtung Mekka gewandt, erinnert er sich an Gottes Vollkommenheit.

➤ *Das Fastengebot*

Im Fastenmonat Ramadan richtet sich das Leben des Gläubigen voll und ganz nach den Geboten Gottes aus. Vier Wochen lang, vor dem morgendlichen Erscheinen des ersten Sonnenstrahls bis zum abendlichen Sonnenuntergang, ist das Essen, Trinken, Rauchen, ehelicher Verkehr untersagt. Im Fastenmonat übt sich der Muslim in Geduld. Das Fasten demonstriert zum Einen die Solidarität mit den Armen, dient aber in weiterer Hinsicht der Gesundheit. Es hat den Zweck der Entschlackung und der Reinigung der Körpersäfte. Alte Menschen, Schwangere, stillende Mütter, Kinder brauchen nicht zu fasten. Frauen, die ihre Menstruation haben, Reisende und Kranke können das Fasten zu einem späteren Zeitpunkt nachholen.

➤ *Die Pilgerfahrt*

Die jährliche Pilgerfahrt nach Mekka findet im letzten Monat des islamischen Jahres, gut zwei Monate nach Ramadan statt. Sie soll die Gläubigen an die Gemeinde Mohameds die „Umma“, erinnern. Die Pilger kleiden sich alle gleich,

so verwischen alle sozialen Gegensätze, die Gläubigen sind über alle Grenzen hinweg im Glauben verbunden.

Jeder Moslem hat mindestens einmal in seinem Leben die Pflicht an der Hadsch teilzunehmen, allerdings nur, wenn er und seine Familie dadurch nicht in wirtschaftliche Not geraten.

➤ *Die Armensteuer*

Jeder Moslem ist verpflichtet Sozialabgaben zu leisten. Je nach Möglichkeit sind 2.5-10% des Einkommens an Bedürftige zu entrichten. Die Armen sind von dieser Pflicht befreit.

Speisen während der Krankenhausbehandlung

Fleisch darf nur von reinen Tieren gegessen werden, dazu zählen Rind, Geflügel, Schaf und Ziege. Schweinefleisch ist verboten, da es als unrein gilt. Das Schwein gilt wegen der leichten Verderblichkeit des Fleisches im heißen Wüstenklima und der Gefahr des Trichinenbefalls als Überträger von Krankheiten. Die Tiere müssen nach religiöser Vorschrift „geschächtet“ werden, d.h. ausgeblutet sein.

Auch der Alkoholgenuss ist im Islam strengstens untersagt. Der Prophet selbst, soll dieses Verbot angesichts vieler Verbrechen infolge unmäßigen Alkoholgenusses verhängt haben.

Der viele Besuch

Im Islam ist es religiöse Pflicht, einen Kranken zu besuchen und für seine Genesung zu beten. Je zahlreicher die Besucher erscheinen desto größer sind die dem Kranken erwiesene Ehre und Anteilnahme.

In Zeiten der Krankheit benötigen Muslime einander ganz besonders. Es ist wichtig, kranke Personen zu besuchen, denn das verstärkt die Gefühle der Gemeinsamkeit und gibt der kranken Person Hoffnung.

„Derjenige, der einen Kranken besucht ist tatsächlich wie einer, der sich im Obstgarten des Paradieses befindet, bis er zurückkehrt.“³³

1.14 Umgang mit der eigenen Gesundheit

Unabhängig von äußeren sozialen Faktoren, gewinnt die Frage „Umgang mit der eigenen Gesundheit“ einen speziellen Stellenwert. Die unbekannteren westlichen Lebensgewohnheiten stellen die Migranten vor eine Zerreißprobe. Zunächst waren ihre Lebensstile und ihr Alltag durch die starken kulturellen Wurzeln bestimmt, andererseits, weit weg vom Heimatland, begierig, Akzeptanz zu erreichen mit gleichzeitiger Verlockung Andersartiges auszuprobieren, kamen viele dieser Menschen mit der neu errungenen Freiheit nicht zurecht. Die Ernährung wurde umgestellt, der Lebensrhythmus veränderte sich. Es entwickelten sich Wohlstandserkrankungen wie das metabolische Syndrom, doppelt so viele erkrankten an Diabetes Typ II und viele erlitten frühe Herzinfarkte. Bei türkischen Arbeitern im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern wird die Diagnose Zwölffingerdarmgeschwür häufiger gestellt.³⁴

Nach Grottian ist die Zahl der Migrantinnen auffällig, die an Kopfschmerzen, Grippesymptomen und Wirbelsäulenschmerzen leiden. Die meisten Frauen bezeichnen die Kopfschmerzen nicht als einzige Beschwerde. Es werden Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, Schlafstörungen oder Kreislaufbeschwerden genannt. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates werden häufig mit der besonderen Arbeitsbelastung der Frau in Beruf und Familie in Zusammenhang gebracht. Erkrankungen der Atmungsorgane sind ebenfalls typische „Gastarbeitererkrankungen“. Pneumonien und andere Atemwegsinfektionen kommen bei Migranten aufgrund der schwierigeren Lebensbedingungen häufiger vor: d.h. feuchte, kalte Wohnungen, dicht besiedelte Gebiete und gesundheitliche Belastungen am

³³ Sahih Muslim, Buch 032, Nummer 6227

³⁴ Berliner Zeitung (2005) S. 12, Sütterlin, S., Wenn Ayses Herz zu eng wird, v. 21.06.2005. S. 12.

Arbeitsplatz. Nach Stick/Wohlgemuth ist das Risiko für türkische Kinder gegenüber deutschen Kindern an Tbc zu erkranken dreifach erhöht.³⁵

2. Erkrankungen bei Migranten

2.1 Erworbene und eingeschleppte Erkrankungen

Bereits 1978 bearbeitete Hoffmann die epidemiologisch interessante Frage nach der Morbidität zwischen Immigranten und der einheimischen Bevölkerung.³⁶ Hierbei erschwerte damals wie heute die große Heterogenität der Gruppe der Migranten die Vergleichbarkeit, und aussagekräftige Studien zur gesundheitlichen Situation des Ausländers sind noch immer Mangelware. Hoffman versuchte, die Ausländermorbidity mit der Morbidity der Einheimischen aus Sicht einer Krankenhausabteilung zu vergleichen. Dabei teilte er folgende Erkrankungsgruppen ein:

1. Ausländer mit relativ häufigen Erkrankungen;
2. Erkrankungen, die durch Lebensverhältnisse des Gastlandes begünstigt werden;
3. eingeschleppte Infektionskrankheiten und angeborene Erkrankungen

Relativ häufige Erkrankungen der Gastarbeiter sind nach der Untersuchung des Autors peptische Ulzera und schwere Infekte. Gastarbeiter werden dreimal häufiger wegen eines Ulkus eingewiesen als Einheimische. Der Begriff des Gastarbeiterulkus entstand unter dem Eindruck, hier liege eine überzufällige Häufung dieser Erkrankung bei Ausländern vor.³⁷ Zur Ätiologie werden veränderte Lebensbedingungen, unterschiedliche Nahrung und

³⁵ Grottian (1991) Gesundheit und Kranksein in der Migration. Frankfurt. Verlag für interkulturelle Kommunikation.

³⁶ Hoffmann, L.: Erkrankung bei Ausländern (1978) Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. Med. Klein. 73 (1978), 571-578 (Nr. 16)

³⁷ Hartl O. Wien med.Wschr. 1975;125:169

Verzehrgewohnheiten, Konsum ungewohnter alkoholischer Getränke und letztendlich der psychosomatische Aspekt herangezogen.

Hoffman beschreibt in seinem Text, dass die Häufigkeit von Pneumonien und schweren Infekten der oberen Luftwege von Allgemeinmedizinern, die überwiegend Ausländer betreuen, bestätigt wird. Siebenmal häufiger sei die Einweisungsrate der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zur einheimischen. Der Punkt der begünstigten Erkrankungen führt auf eine interessante Hypothese hin. Die Tuberkulose kann in diesem Zusammenhang als Modellfall gelten. Nach Untersuchungen erkrankten im Raum Stuttgart zwischen 1964 und 1971 33% mehr Ausländer und 11,3% mehr Ausländerinnen als im gleichen Einheimischenkollektiv und VW-Arbeiter in Wolfsburg erkrankten dreimal häufiger als ihre Kollegen deutscher Nationalität.³⁸ Nach Hein erkrankten nur 25% der Ausländer im ersten Jahr ihrer Einreise, sie infizieren sich somit im Gastland und die Annahme von Herrn Arens (siehe unten) kann widerlegt werden.

Nach dem Artikel des Ärzteblattes 1972 und dem Bericht der Bundesregierung 1976 zu urteilen, seien Ausländer zudem doppelt so häufig von Arbeitsunfällen betroffen, wie ihre deutschen Kollegen.^{39,40} Erklärt wird diese Tatsache dadurch, dass Arbeiten mit geringerem Unfallrisiko, z.B. Büro- oder sonstigen Verwaltungstätigkeiten, vermehrt von deutschen Beschäftigten ausgeübt. Ausländer sind zu einem sehr großen Teil in der körperlich anspruchsvolleren und der unfallträchtigeren Metall- und Verarbeitungsindustrie beschäftigt.⁴¹ Die ungewohnte und einseitig körperliche Industriearbeit begünstigt behandlungsbedürftige Wirbelsäulenbeschwerden. Diese treten bei Arbeitsmigranten früher auf als bei der deutschen Vergleichsgruppe.⁴² Es wurden in einer Allgemeinarztpraxis 26% Ausländer und 22% Einheimische

³⁸ Hein, J. Internist (Berlin) 1966; 1 :594

³⁹ Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der BRD. Drucksache 1976;7:4668

⁴⁰ Dt. Ärzteblatt 1972;69:3161

⁴¹ Breitel K.: Sicher ist sicher 1973;24:252

⁴² Fernex M. Praxis 1974;63:1513

wegen Wirbelsäulenschmerzen untersucht. Das Durchschnittsalter bei den Ausländern betrug 36, das der Einheimischen 43 Jahren!

In einem weiteren Punkt weist Hoffmann auf die Geburtenzahlen inklusive der Schwangerschaften und Verläufe hin. Zum Einen hatte sich die Rate der Ausländerentbindungen von 7.9% zwischen 1966-69 und auf 32.6% im Jahr 1976 erhöht, zum Anderen haben nach Endl und Tatra Ausländerinnen häufiger komplikationsreiche Schwangerschaften. Weiterhin wird die Sektioindikation „vitale Bedrohung“ bei Ausländerinnen häufiger gestellt. Die so entbundenen Kinder haben eine etwas höhere Sterblichkeit. Dass Migrantinnen seltener die Vorsorgeuntersuchungen besuchen und Änämien auf Grund von Eisen und Folsäuremangel aufweisen, soll in dieser Gruppe auch häufiger beobachtet worden sein.^{43,44} Hoffmann führt in diesem Zusammenhang den Aspekt der Toxoplasmose auf. Ein großer Teil der Türken, der Griechen und der Italiener hätten keine Antikörper gegen Toxoplasmose. Der letzte Punkt spielt eine eher untergeordnete Rolle und erörtert die ein- oder mitgeschleppten Infektionskrankheiten. Einer der interessanteren Fälle bezieht sich auf die Infektion mit Würmern. Auch hier sind Arbeitsmigranten häufiger infiziert als Einheimische. Der Durchseuchungsgrad liegt umso höher, je südöstlicher das Herkunftsland liegt. Es wurden bei 47.1% der Inder, bei 35.1% der Türken, bei 16.4% der Jugoslawen, bei 8.8% der Italiener und bei 0.8% der Deutschen Würmer nachgewiesen. Nach Aspöck et al hatten Gastarbeiter aus Jugoslawien und der Türkei zehnmal so häufig Würmer und zweimal so häufig Protozoeninfektionen wie österreichische Arbeitnehmer.⁴⁵ Zusätzlich wurde eine Untersuchung in einem Heidelberger Kindergarten durchgeführt, in dem bei 6.7% der deutschen und 42% der türkischen Kinder Würmer nachgewiesen worden sind. Dabei spielt der Aspekt der Hygiene eine wesentliche Rolle.

Eine weitere eingeschleppte Erkrankung scheint die Poliomyelitis zu sein. Nach Erhebung der WHO, beschreibt Hoffmann, weist von allen Ländern der „europäischen Region“ die Türkei die meisten Poliomyelitisfälle auf.

⁴³ Endl J, Tatra G. Wien.med.Wschr 1974;86:100

⁴⁴ Endl J, Tatra G. Wien.med.Wschr 1974;86:102

⁴⁵ Aspöck H. Wien.med.Wschr. 1975;125:540

Im Vergleich dazu führe ich einen Artikel aus dem Jahr 2000 an, und es bestätigt sich die allgemein geäußerte Annahme, dass Ausländer in Deutschland häufiger krank sind als Einheimische. U. Dolderer schrieb einen Bericht in der Ärztezeitung, in dem es heißt: „Auch in einem Wohlfahrtsstaat wie der Bundesrepublik hängt die Gesundheit wesentlich vom sozio-ökonomischen Status des Einzelnen ab. In Zusammenhang von Schwangerschaft, Geburt und Versorgung wird zum Einen eine erhöhte Müttersterblichkeit von ausländischen Frauen registriert, zum Anderen wird unter der ausländischen Bevölkerung Tuberkulose dreimal so häufig diagnostiziert wie unter Einheimischen. Darauf weist der aktuelle Familienbericht der Bundesregierung hin. Dieser beschäftigt sich erstmals gesondert mit der Situation von Familien ausländischer Herkunft. Kritisch merkt der Bericht an, das professionelle Gesundheitssystem berücksichtige das traditionelle Laienwissen von Migrantinnen nicht ausreichend“.⁴⁶

2.2 Krebs bei Türken

Türken in Deutschland verstarben bislang seltener an Krebs als deutsche Mitbürger der gleichen Altersgruppe. Die Ausnahme waren Leukämien und Lymphome. Nun steigt jedoch die Zahl der an Krebs versterbenden türkischen Patienten. Insbesondere werden Tumorarten entwickelt, die bei den Deutschen rückläufig sind. Heute leben ca. 2 Millionen türkisch stämmige Menschen in Deutschland. Die Folge ist, dass in Deutschland die Anzahl älterer türkischer Migranten zunimmt. „Für die Planung und Ressourcenverteilung in deutschen Gesundheitswesen sind Kenntnisse über die Krebssterblichkeit dieser Einwanderungsgruppe bedeutsam.“ Dr. Hajo Zeep. Er untersuchte epidemiologische Daten für spezifische Nationalitätengruppen. Sein Ergebnis erstaunte zunächst, da mit Ausnahme der Leukämien und der Lymphome und trotz des niedrigen sozial-ökonomischen Status die türkischen Bürger seltener an Krebs verstarben. Als Ursache werden andere Risikofaktoren, welche auf

⁴⁶ Dolderer U. Ärztezeitung 2000;198:10

die Migranten in jüngeren Jahren in ihren Herkunftsländern auf sie einwirkten angenommen.⁴⁷

Beunruhigend ist jedoch das langsame, aber stetige Wachstum an Krebsraten der Türken. Es werden Krebsformen entwickelt, die bei den Deutschen rückläufig sind, wie Krebsarten des Magens und der Lungen. „Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Krebserkrankungen ein zunehmend bedeutsames Gesundheitsproblem und eine wichtige Todesursache bei Türken in Deutschland sind.“ So Dr. Zeep.

2.3 Osteomalazie und Rachitis

Osteomalazie und Rachitis sind Vitamin D-Mangelerkrankungen und in Deutschland relativ selten. Sie treten ausschließlich bei angeborenen Enzymdefekten im Vitamin D-Metabolismus auf und bei Malabsorptionssyndromen als Folge gastro-intestinaler Erkrankungen oder bei Anfallsleiden mit langjähriger antikonvulsiver Medikation.⁴⁸ Säuglinge und Kleinkinder erhalten bis zum Ende des ersten Lebensjahres zur Rachitisprophylaxe täglich Vitamin D3.

Es wurden in den achtziger Jahren einige Untersuchungen durchgeführt, welche Aufschluss darüber geben sollten, ob für Angehörige türkischer Gastarbeiterfamilien in Deutschland ein besonders hohes Risiko besteht an Osteomalazie bzw. Rachitis zu erkranken.⁴⁹ Die Untersuchungen wurden nach Auftritt von Osteomalaziesymptomen bei zahlreichen jungen türkischen Frauen gestartet. Diese Frauen litten weder an gastro-intestinalen Beschwerden, noch nahmen sie Antikonvulsiva ein. Die Gemeinsamkeiten bestanden in mehreren ausgetragenen Schwangerschaften und einem mehrjährigen Aufenthalt in Deutschland. Das Ergebnis war erstaunlich, denn es wurden tatsächlich

⁴⁷ http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-9298.html (zuletzt abgerufen am 18.10.09)

⁴⁸ Lehrbuch Innere Medizin, Herold

⁴⁹ Offermann, G., Manhold, C.: Osteomalazie bei türkischen Gastarbeitern in Deutschland. Inn. Med. J. 1974/2, 293

signifikant erniedrigte 25-Hydroxyvitamin D-Konzentrationen bei türkischen Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und Schwangeren festgestellt. All diese Gruppen litten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung unter Vitamin D-Mangel. Somit kann ein besonderes Erkrankungsrisiko für Osteomalazie bzw. Rachitis angenommen werden. Es werden einige Ursachenmöglichkeiten diskutiert. Zum Einen hatten alle Frauen, die an einer Osteomalazie erkrankten, mehrere Kinder, was die Anzahl der Schwangerschaften als Risikofaktoren erscheinen lässt. Zudem korreliert die Aufenthaltsdauer der türkischen Gastarbeiter mit den laborchemischen Parametern, was bedeutet, dass alle Erkrankten länger in Deutschland lebten als ihre gesunden Landsleute. Weiterhin werden als mögliche Ursachen niedrigen Lebensumstände diskutiert. Die Sonneneinstrahlung in Deutschland ist geringer als in der Türkei, die türkischen Familien leben in schlechteren Wohnverhältnissen als deutsche Familien. Dazu kommt sicherlich noch, dass viele islamisch zu leben versuchen und Frauen und junge Mädchen bedeckt sind und dadurch einer geringeren Sonnenexposition ausgesetzt.⁵⁰

Erkal, Stracke u.a. von der medizinischen Klinik Gießen bestätigen die o.g. Aussage durch die MOD-Studie Giessen 2002. Die Ergebnisse dieser Studie beschreiben: „...der mediane Vitamin-D-Spiegel von türkischen Probanden unabhängig von ihrem Lebensort ist im Vergleich zu den deutschen Probanden signifikant erniedrigt.

- 80% der türkischen Immigranten und 75% der Türken in der Türkei sind Vit. D insuffizient. Dagegen zeigen nur 30 % der Deutschen einen Vit. D Spiegel unter 20 ng/ml.
- Der Prozentsatz der türkischen Frauen/Türkei mit 25(OH)D-Mangel (80%) ist viel höher als bei den türkischen Männern (60%).

⁵⁰ Manhold, Cormelia, Habilitationsarbeit 1981 Inaugural-Dissertation, Studie über die Häufigkeit von Vitamin D-Mangel und Osteomalazie bei türkischen Gastarbeitern in Berlin.

Weiterhin wurde der Faktor Kopftuch mit in die Untersuchung aufgenommen. Auch hier wird der positive Einfluss des Kopftuches auf einen Vit. D-Mangel deutlich. So beweist die Studie und schlussfolgern Erkal u.a., dass bei ca. 1/3 der Migranten, Frauen häufiger, besonders Kopftuchträgerinnen, einen sekundären HPT zeigen.

Zusammenfassend sei für die Praxen in Deutschland zu erwähnen“, bei einer Patientin mit diffusen Körperschmerzen, - aus der Türkei

- mit Kopftuch
- wenig Sonnenexposition in der Anamnese
- Adipositas
- mehreren Kindern

sollte eine 25 OH Vitamin D-Bestimmung im Serum durchgeführt werden.“⁵¹

2.4 Diabetes bei türkischen Migranten

Gökce und Mitarbeiter des Universitätsklinikums Gießen untersuchten die Charakteristika von türkischen Diabetikern in Deutschland und verglichen diese mit Daten von Patienten aus der Türkei. Dabei beschrieben sie die weltweit steigende Tendenz der Diabetes mellitus. In den Ländern des östlichen Mittelmeerraumes werde von einer Häufigkeit bis zu 14% berichtet. Weiterhin beschreiben sie die exogenen Faktoren der äußeren Lebensumstände, wie Adipositas, Bewegungsmangel und Industrialisierung, die neben der genetischen Prädisposition für diesen besorgniserregenden Anstieg verantwortlich zu machen sind.

Die Diabetesprävalenz in der Türkei sei aktuell bei 6.9-11.3%. Mit der Studie von Gökce und Mitarbeitern „sollte untersucht werden, ob sich die

⁵¹ Erkal, Stracke und Bilgin 2002.: türkische Frauen in Deutschland sind eine Risikogruppe für Vitamin D Mangel und sekundäre Hyperparathyreodismus, in MOD-Studie Giessen 2002

Diabetesprävalenzen sowie einiger anthropometrische Charakteristika gegenüber der Population im Herkunftsland unterscheiden“.⁵²

In den europäischen Ländern und den USA, ist die hohe Prävalenz des Typs 2 Diabetes der Immigranten auffällig. Nach einer anderen Studie der Universität Gießen, bei der 1067 türkische Migranten im Alter von 15-70 Jahren untersucht wurden, fiel eine ungewöhnlich hohe Prävalenz für Diabetes mellitus auf. 9.7% hatten einen vorbekannten Diabetes, bei 4.6% wurde erstmals eine Glucosurie beobachtet. Unter diesen Verdachtsfällen bestätigte sich zu 80% die Diagnose eines Diabetes Mellitus. Die Gesamthäufigkeit erhöhte sich somit auf 13.5%.⁵³ Diabetes mellitus bei Immigranten kommt im Gegensatz zur türkischen Population in der Türkei fast doppelt so häufig vor. Die türkischen Diabetiker sind im Vergleich zu gesunden Nicht-Diabetikern und die türkischen Migranten gegenüber der türkischen Population in der Türkei wesentlich adipöser.⁵⁴ Ein relevanter Risikofaktor erscheint hier bereits die Präadipositas. Nach Gökce u.a. steige die Prävalenz des Diabetes bei türkischen Migranten sprunghaft ab der 4. Altersdekade an.

Prof. Heiner Laube von der Medizinischen Klinik III und Prof. Harald Tillmanns, Leiter der Medizinischen Klinik I, sprachen über ein erhöhtes Diabetes- Risiko bei Türken im Gießener Symposium über Migrantenkrankheiten. Auch sie warnten vor den Folgen des Diabetes und bestätigten die Zahlen der Gießener Studie. Sie erläuterten den Zusammenhang zwischen dem Diabetes und der KHK.

Laube nannte als mögliche Ursachen für die ungewöhnlich hohe Diabetesprävalenz bei Migranten je nach familiärem Hintergrund schlechte Ernährungsgewohnheiten wie zu fettes „Fast Food“, Bewegungsmangel sowie familiäre Veranlagung und verschiedene psychologische Faktoren. Weiterhin

⁵² http://www.uniklinikum-giessen.de/med3/poster/publ_pdf/113.pdf (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

⁵³ Laube, Bayraktar, Gökce: Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Diabetes und stoffwechsel 10 (2001) S. 51-57

⁵⁴ Satman, Yilmaz, Senguel, Salman, Population – Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Diabetes Care 25: 1551-56, 2002

wurde auf Folgeerkrankungen eingegangen. Durch den Diabetes können Schäden an den Blutgefäßen auftreten. „Herz-Kreislaufkrankungen sind die Todesursache bei 65% aller Diabetiker“, nach Tillmanns. Laut einer weiteren Gießener Studie ist nach einem akuten Herzinfarkt die Sterblichkeit von Diabetikern auch mit einer Infarkt Therapie höher als bei Nicht-Diabetikern.⁵⁵

2.4.1 Exokrine Pankreasfunktion

In einer weiteren Studie nach Gökce, Gediz und Soydan sollte untersucht werden, ob die exokrine Pankreasfunktion bei türkischen Diabetikern eine Rolle spielt. Dabei wurden zwischen 1999 und 2000, 107 türkische Diabetiker untersucht. Die analysierten diabetesbezogenen Parameter bestanden aus nü/pp Serumglucose, C-Peptid, HbA1c, Diabetes Autoantikörper und zwei Stuhlproben für Elastase 1 als Standardparameter zur Überprüfung der exokrinen Pankreasfunktion. Der Referenzbereich liegt bei Erwachsenen bei 200 ug/g. Werte unter diesem gelten als exokrine Pankreasinsuffizienz.

Bekannt ist, dass ein enger anatomischer und physiologischer Zusammenhang zwischen endokrinen Langerhanszellen und der exokrinen Acinarzellen besteht. Akute und chronische Pankreatiden, zystische Fibrose usw. führen häufig zum Diabetes, wobei die Prävalenz dieses sog. Typ 3 Diabetes auf 0.5-1.2 % der gesamten Diabetiker ausmacht. Die exokrine Pankreasinsuffizienz tritt im Unterschied zu Deutschen bei Türken gehäuft auf (35% versus 56%).⁵⁶

2.4.2 Geringe Präventivmassnahmen

Nach Dr. med. Batuhan Parmakerli-Czemmel, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten in der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, können leider nicht alle Risikopatienten mit Informationen erreicht

⁵⁵ Symposium über Migranten 2002 <http://www.uniklinikum-giessen.de/med3/aktuell/20020505.htm> (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

⁵⁶ Gökce, Gediz, Soydan u.a. 2000 Reduzierte exokrine Pankreasfunktion bei türkischen Diabetikern in Deutschland, 2000

werden. „Empirische Studien zeigen, dass Analphabetismus, Bildungsdefizite, Armut und mangelnde Informiertheit Risikofaktoren-unabhängig von körperlichen Faktoren- für das Auftreten und eine schlechte Prognose von Diabetes und morbider Adipositas sind.“ Migranten ist letztlich der Zugang zu deutschen Informationen und Schulungsprogrammen erschwert. „Neben Sprache und Kultur sind es die soziale Schicht und die mangelnde Bildung, die eine effektive Prävention und eine geeignete Behandlung verhindern. Alle bisherigen Konzepte und zukünftigen Maßnahmen müssen diese Faktoren berücksichtigen,“ fordert Parmakerli.⁵⁷

2.4.3 Diabetes und Migranten

Die Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin in der deutschen Diabetesgemeinschaft erklärte, dass von insgesamt sechs Millionen Menschen in Deutschland, die an Diabetes erkrankt sind, 600 000 mindestens Migranten sind.⁵⁸ Herkömmliche Therapieangebote seien aber auf Grund von Kommunikationsproblemen, mangelnder Empathie der Therapeuten gegenüber dem Andersartigen und andere Verzehrgewohnheiten ineffektiv. Aus diesem Grund fordert die DDG, ein spezielles Disease Management, Mittel für weitere Forschung besonders im Bereich der Versorgung und Modellprojekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität in die Welt zu rufen. Weiterhin sollen muttersprachliche Schulungs- und Behandlungsangebote ermöglicht werden, inklusive Intrakulturelles, und Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen in Herkunftsländern geknüpft werden.

Dr. Peter Hübner äußerte sich zu der Diabetesproblematik bei Migranten. Er sprach die große Schwierigkeit an, türkischen Diabeteserkrankten keine angemessene Hilfe leicht anbieten zu können, aus den oben angegebenen Gründen und fordert, s.oben, Abhilfe.⁵⁹ Weiterhin sprachen die Experten der

⁵⁷ Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migration <http://www.curado.de/Diabetes/Massnahmen-fuer-Migranten-mit-Diabetes-ungenuegend-2418/> (Zuletzt abgerufen am 28.10.09)

⁵⁸ deutsches Ärzteblatt (Jg.98, Heft 48), 16.11.2001

⁵⁹ „Stadt-Diagnose 2“ der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg 2001

DDG von einer „tickenden Zeitbombe“. Die Zahl der an Diabetes Erkrankten von ca. 600 000 werde sich in nächster Zukunft durch den Alterungsprozess der ersten Migrationsgeneration verdoppeln.

Im Artikel des Bonner Generalanzeigers von Ute Hagmann wird die Hypothese von Dorothea Grieger aufgegriffen, dass Gesundheitsvorsorge im türkisch-kulturellen Verständnis und Erleben eine „Frauensache“ sei. Türkische Männer hätten ein passives Verhalten der eigenen Gesundheitspflege gegenüber. Es handele sich um eine „Komm-Einstellung“, da in der Türkei die Menschen zum Arzt bestellt würden. Nach Grieger müssten mehr bilinguale Mitarbeiter rekrutiert werden, um ältere türkische Migranten zur Eigenverantwortung in Bezug auf Prävention und Therapie zu motivieren. Weiterhin zitiert Frau Hagmann Eberhard Zillesen, den Chefarzt der Klinik Niederrhein: „Je früher und besser behandelt wird, desto mehr Lebensqualität für den Patienten und desto geringer die finanzielle Belastung des Gesundheitswesens.“ Nach Zillesen sei das Leben in Deutschland für die erste Generation der Immigranten, wie in den Nachkriegsjahren „fette Jahre“ gewesen. Daraus resultierten unter anderen Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus.⁶⁰

2.5 Türkische KHK Patienten

2.5.1 Komplikationen der Betreuung

Nach Dr. med. Yasar Bilgin, Universität Gießen bestehen Problematiken bei der Betreuung türkischer Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit. Er arbeitete die Aspekte zur Erkennung der KHK bei türkischen Patienten aus. Es wurden Patientenakten in einem Zeitraum von drei Jahren retrospektiv untersucht, welche von je einem türkischen und einem deutschen Arzt erstellt wurden. Bei 97 türkischen und 125 deutschen Patienten wurde eine KHK festgestellt. Das Durchschnittsalter der Türken liegt mit 47 Jahren um 10 Jahre unter dem der

⁶⁰ http://www.diabetes-psychologie.de/neunrahrer_presse.htm (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

Deutschen. Nur bei 55% der Türken wurde richtigerweise durch den Hausarzt die Herzerkrankung festgestellt. Im Vergleich dazu waren es bei den Deutschen 84%. Die Hausärzte sehen bei türkischen Patienten im Vordergrund Oberbauchbeschwerden und Depressionen. Nach Bilgins Arbeit werden bei Türken fälschlicherweise vermehrt Herzkrankheiten festgestellt (53% Türken versus 17% Deutschen).

Die Ergebnisse beweisen, mit welchen Schwierigkeiten die Diagnosenfindung bei türkischen Patienten mit einer KHK verbunden ist. Die Arbeit ist ein Hinweis darauf, dass Hausärzte, in der Gesamtmenge betrachtet, Erkrankungen von türkischen Migranten fehl- bzw. gar nicht diagnostizieren. Nach der möglichen Ursache gefragt, können sprachliche Verständigungsschwierigkeiten genannt werden. Trotz der langen Aufenthaltsdauer in Deutschland beherrschen noch zu wenig Migranten ausreichend die deutsche Sprache. „Dagegen spricht aber“, laut Bilgin „die von uns gefundene Tatsache, dass die Treffsicherheit türkischer Hausärzte nicht wesentlich höher lag als die ihrer deutschen Kollegen. In erster Linie sehen wir als Hauptursache mentale Verständigungsschwierigkeiten. So erwies es sich auch für uns oft schwierig, aus der Vielzahl der geklagten Beschwerden diagnostisch den richtigen Weg einzuschlagen.“⁶¹

2.5.2 Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen

Poersch-Oezcueremez, Bilgin und Mitarbeiter (1999) untersuchten in einer Studie die Prävalenz der Risikofaktoren für eine KHK der in Deutschland lebender Türken.⁶² Die Aufenthaltsdauer der türkischen Migranten war zwischen 17 und 21 Jahren zu verzeichnen. Es wurden 325 Männer und 155 Frauen eingeladen, welche sich einem Gesundheits check-up unterzogen. Daten über Risikofaktoren vor dem Hintergrund einer KHK (die Faktoren Rauchen, Stress, Adipositas, fam. Vorbelastung, Bewegungsmangel, Hypertonus und Diabetes) wurden gesammelt und Blutuntersuchungen diesbezüglich

⁶¹ Bilgin, Doppel, Bretzel 1988.: Besonderheiten bei der internistischen Betreuung türkischer Patienten mit koronarer Herzerkrankung in einer Medizinischen Poliklinik, in Internistische Welt 12/1988

durchgeführt. In beiden Kontrollgruppen zeigte die Dyslipoproteinämie die höchste Rate. Der Gesamtcholesterinwert erschien vergleichsweise ähnlich hoch wie in den übrigen westlichen Staaten, jedoch wesentlich höher als bei den Türken in der Türkei.⁶³ Das Ergebnis setzte sich wie folgt zusammen: Bei 12,2% der Männer und 10,3 % der Frauen wurde ein Hypertonus festgestellt, 15,4% der Männer und 14,8% der Frauen gaben an vermehrt dem Faktor Stress ausgesetzt zu sein, 21,4% der Männer und 47,6% der Frauen leiden an Adipositas.

Die Autoren dieses Artikels beschrieben nun nachfolgend die wahrscheinliche Korrelation zwischen Stress und Hypertonus bei Männern und Adipositas bei Frauen und dem Auftreten einer Erkrankung der koronaren Herzkranzgefäße. In einer Studie nach Onat u.a. (1994) wird die Adipositas dabei als der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten einer KHK bei der türkischen Frau diskutiert.⁶⁴ Der Aspekt Stress spielt in diesem Zusammenhang neben der wohlbekannten Tatsache des Hypertonus als Risikofaktor, speziell bei den türkischen Männern, eine wesentliche Rolle.⁶⁵

In der Diskussion formulieren die Autoren der aktuellen Studie die Assimilation der Lipidparameter der türkischen Bevölkerung an die der westlichen Population aus. Der Grund liege nahe: die türkische in Deutschland lebende Population habe durch die Migration in ihren Lebensgewohnheiten Änderungen mitgemacht, wie z.B. einen vermehrten Fleischkonsum aufgrund verbesserter Einkommensverhältnisse. Aus diesem Grunde, wie auch in vorherigen Abschnitten des Öfteren diskutiert, ist die Anpassung der Blutfettwerte des türkischen Migranten an die der Einheimischen zu erklären.

Insgesamt kann man nach Aussage der Autoren von einer höheren KHK-Morbidität der in Deutschland lebenden Türken ausgehen. In Studien von Onat und Mitarbeitern 1993 wird von einer KHK Prävalenz in der Türkei bei Männern

⁶² M.Porsch-Oezcueruemez et al. *Atherosclerosis* 1999;144: 185-198

⁶³ Onat A, Surdum-Avci G, *J.Epidemiol Community Health* 1992; 46:470-6

⁶⁴ Onat A, Senocak MS. *Int J Cardiol* 1994;43:51

⁶⁵ Bilgin Y, Doppel W. *Klein Wochenschr* 1988;66:49

und Frauen zwischen 35 und 64 Jahren von 5.8 bzw. 5.0% berichtet.⁶⁶ In Deutschland beträgt die KHK Prävalenz des türkischen Mannes 10,5%!⁶⁷ Zum Abschluss betonen die Autoren die niedrige Teilnehmerzahl an türkischen Frauen und versuchen diese erschwerende Tatsache, wie auch zahlreich in dieser Arbeit beschrieben, mit der unterschiedlichen Kultur und Traditionslebigkeit zu erklären.

Auch Dr. Karatepe führte einen Vergleich zwischen dem deutschen und türkischen Patientenkollektiv auf und untersuchte beide Bevölkerungsgruppen auf Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas, Ulkus, Refluxösophagitis, Diabetes Mellitus, dem Stütz- und Bewegungsapparat und der Koronaren Herzkrankheit hin.⁶⁸ Er stellte fest, dass nur 8% der türkischen Patienten (versus 12% der deutschen) im Hinblick auf den Hypertonuns einen pathologischen Wert hatten. 16% der türkischen Männer und 11% der türkischen Frauen haben mit über 250 mg% eine Hypercholesterinämie. Im Gegensatz dazu haben mehr deutsche Frauen erhöhte Cholesterinwerte. Der Cholesterinwert der Türken verhält sich dabei proportional der Aufenthaltsdauer in Deutschland. Zunächst ist der Wert niedrig auf Grund der fettärmeren Ernährung in der Türkei, je länger der Verbleib, desto höher auch der Cholesterinwert. Es wird sich somit an schlechte Ernährungsgewohnheiten des Gastlandes angepasst.

Die Zahl der adipösen türkischen Frauen ist erschreckend hoch, 60% versus 32%. Das Ulkusrisiko bei türkischen Patienten ist doppelt so hoch wie bei den deutschen. Die türkischen Männer sind dabei dreimal so häufig betroffen. Dabei spielen die Emigration, die neue unbekannte „Welt“ und der allgemeine Stress, dem die Männer zunächst in Beruf und auch privat ausgesetzt sind, eine überaus wichtige Rolle.

⁶⁶ Onat A, Senocam MS. Int J Cardiol 1993;39(1):23-31

⁶⁷ von Karsa L, Lang A. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, 1995

⁶⁸ www.karatepe.de/pdf_link/InformationVortraegeAeltereMigranten.pdf (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

Im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung sind bei der Entzündung der Speiseröhre mehr türkische Frauen betroffen. Zum Diabetes Mellitus betont Herr K. die dringende Notwendigkeit muttersprachlicher Schulungsprogramme. Nach seinen Untersuchungen sei der Altersdiabetes durch entsprechende Diätberatung und einer angemessenen Ernährungsweise über lange Zeit auch ohne Medikamente zu therapieren. Dazu bedürfe es aber türkisch sprechender Diätberater/innen, die die Ernährungspläne umarbeiteten. Durch die außerordentliche hohe Belastung am Arbeitsplatz waren türkische Gastarbeiter im höheren Maße chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ausgesetzt, als es die deutsche Bevölkerungsgruppe gewesen wäre.

Weiterhin unterstreicht Karatepe die besondere Tragweite des Punktes der koronaren Herzerkrankung. Denn auch er beschreibt die hohe Anzahl der Betroffenen. Doppelt so viele türkische Männer seien von der Herzerkrankung betroffen wie Frauen. Zusätzlich liegt das Herzinfarktalter des türkischen Mannes vier Jahre unter dem des deutschen. Die Diagnose KHK wird leider bei der größeren Zahl der türkischen Patienten erst nach dem ersten Herzinfarkt gestellt. Zudem kommt verschlimmernd hinzu, dass Primärpräventionen fehlen oder die Nachsorge nach einem Infarkt für türkische Patienten nicht erreichbar ist. Der Grund sei ein Mangel an Angeboten oder Aufklärung. Nach Karatepe könne man durch eine adäquate Betreuung der Patienten die Infarkthäufigkeit von 85% auf 53% senken.

2.6 Hepatitis B Infektionen

Dr. Akinci von der Gießener Klinik untersuchte in einem Projekt die Häufigkeit der Hepatitis B Infektionen bei türkischen Migranten. Es wurden 1061 türkischstämmige Menschen versus 451 Türken in Istanbul erfasst. Das Ergebnis zeigte, dass 38.8% der Türken in Deutschland und 32.9% der Türken in Istanbul anti-HBc positiv waren. 8.7% der Deutschtürken und 7.8% der Türken in Istanbul waren HBsAg positiv. Keiner der Probanden war gegen Hepatitis B geimpft. Somit kann festgestellt werden, dass die Infektionsrate der türkischen

Migranten in Deutschland gravierend ist, sogar höher als in Istanbul. Nach verschiedenen Untersuchungen wurde bewiesen, dass Infektionen, die in Herkunftsländern häufig vorkommen, auch häufiger bei Migranten zu finden sind.⁶⁹

In der Ärztezeitung vom 2005 erschien ein Artikel mit dem Titel: Chronische Hep-B Infektionen sind bei Migranten häufiger. Fast jeder 10. in Deutschland lebende Türke ist betroffen. Der Artikel beschreibt die alarmierend hohe Infektionsrate bei Aussiedlern und Ausländern. Zu 60% seien chronisch Hepatitis B Erkrankte in Deutschland geboren, 18% seien Aussiedler und 22% seien nicht in Deutschland geboren. Die Prävalenz der Hepatitis B steige mit 3.5% bei den Aussiedlern, dass sei fünfmal höher als in der Gesamtbevölkerung.⁷⁰ 40% der in D. lebenden Türken hätten eine Hepatitis B durchgemacht und 9% seien mit dem Virus chronisch infiziert.⁷¹

Tuberkulose

Arens beschreibt 1967 die seuchenhygienischen Gesichtspunkte bei der Lungentuberkulose der Gastarbeiter. Hier berichtet er von der nach seiner Meinung nach berechtigten und weiterhin durchzuführenden Maßnahme der Gesundheitsuntersuchungen und der davon abhängig zu machenden Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis. Seit 1962 sah sich Deutschland mit verstärkter und unkontrollierter Einwanderung ausländischer Arbeitskräfte und der daraus resultierenden Konsequenz, d.h. in Fragen der Gesundheit konfrontiert. Arens: „Wie sehr sich hier das Risiko der modernen Zivilisation auftrat, sei kurz skizziert. Zu der Zeit gab es die große Befürchtung ...dass die Bundesrepublik mit tuberkulosekranken Ausländern überschwemmt wurde“. Weiterhin betont er abermals das „funktionierende System der Kontrollen“ nicht zu verlassen, weil somit die „Sesshaftwerdung 2015 tuberkulosekranker Gastarbeiter verhindert werden konnte..., die Gefahr einer negativen Auslese

⁶⁹ Akinci aus Hepatitis B bei türkischen Migranten Akinci, A. et al.: Hepatitis B and C Virus Serology in Turks living in Germany

⁷⁰ DMW 130, 2005, 2753

⁷¹ Ärztezeitung 2006; S.13

bestand und besteht.“⁷² Darüber hinaus bekräftigt er die Forderung der Mitglieder der deutschen Tuberkuloseetagung, auch inaktive Tuberkulosekranke abzulehnen und reiht einige Fälle von Exazerbationen alter Lungenherde, aufgetreten in Deutschland, auf. Dabei berücksichtigt der Autor aber leider nicht, dass die angeworbenen Gastarbeiter zum Teil in Massenunterkünften unter sehr schlechten hygienischen Bedingungen untergebracht wurden (siehe oben).

Zellweger (2003) beschreibt in seinem Artikel die Tuberkuloseerkennung und -behandlung der Immigranten aus der Schweiz. Nach seiner Einschätzung kommen die Migranten, welche in die Schweiz einreisen, aus Ländern mit höherer Tuberkuloseinzidenz. Im Jahr 2000 seien von 629 Tuberkulosefällen 350 Patienten ausländischer Herkunft.⁷³ Menschen, die in die Schweiz einreisen, werden in Empfangstellen oder vom Bundesamt für Flüchtlingswesen untersucht, so Zellweger. Eine Thoraxröntgenaufnahme und ein Tuberkulintest werden durchgeführt. Im Falle eines Tuberkuloseverdachtes werden diese in ein Spital gebracht und es erfolgt eine weitere Abklärung.⁷⁴ Die meisten Migranten mit Tuberkulose werden somit kurz nach ihrer Anreise erfasst, behandelt und stellen somit keine unmittelbare Gefahr für eine Übertragung der Krankheit dar.⁷⁵

Im Jahresgesundheitsbericht 1985 von Berlin wird der beachtliche Rückgang der Tuberkulosezugänge in den Jahren 1980 bis 1985 beschrieben.⁷⁶ Es wird von 8,5 Zugängen auf 5,9, bezogen auf 10.000 der Gesamtbevölkerung gesprochen.

Der Bundesverband der Ärzte gab 1985 ein Konzept zur Bekämpfung der Tuberkulose bekannt:“ Besondere Beachtung verdient die Situation der Tuberkulose. Es besteht kein Zweifel, dass die Anzahl der Neuerkrankungen zurückgeht bei teilweiser Verlagerung des Erkrankungsalters in der Gruppe der

⁷² Arens, F. Öffentl. Gesundheitswesen 1967;29(4):191-7

⁷³ Office federal de la sante publique. Bull OFSP 2002;9:168-74

⁷⁴ Bull, OFSP 2000;46:908-9

⁷⁵ Zellwege J-P. Schweiz Med Forum 2003;24:556-558

jüngeren Erwachsenen mit gleichzeitiger Ausbildung immer wieder feststellbarer Infektionsketten in diesem Bereich. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann nur dann Kleinepidemien abgrenzen, Infektionsquellen ermitteln und neue Erkrankungen verhüten, wenn er durch Meldung gezielte Hinweise erhält und andererseits seinen organisatorischen Apparat zusammen mit erfahrenen Ärzten und Sozialarbeitern zur Verfügung hat, um die notwendigen Ermittlungen durchzuführen.“⁷⁷

HIV/AIDS und Migration

HIV-Risiken, die mit Migration verbunden sind, beschreiben u.a. die Wanderung von einem Gebiet mit relativ niedriger HIV-Prävalenz in eines mit höherer. Es ergeben sich Risiken aus Situationen oder Handlungen im Zusammenhang mit der Migration. Frau Dr. Haour-Knipe setzt in gewisser Weise den Entschluss, die eigene Heimat zu verlassen, mit den selbigen Beweggründen in Zusammenhang, die das HIV-Risiko bestimmen könnten. Dazu zählen individuell die Abenteuerlust und die Risikobereitschaft, hauptsächlich jedoch nach Aussage von Dr. Haour-Knipe, Armut, Ohnmacht und soziale Unsicherheit. Sie erwähnt dabei den Migranten, der während des Transites, mittellos, hilflos und leicht auszubeuten sei, das Risiko, welches mit Krieg und Militär und Vertreibung verbunden sei. Gelangen Migranten an ihr erwünschtes Ziel, kann durch Einsamkeit, Anonymität und dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit ein Risikoverhalten ausgelöst werden. Weitere Risiken ergeben sich für Arbeitsmigranten in so genannten Arbeitercamps, die von einigen Prostituierten bedient werden. Nach dem Bericht von Dr. Haour-Knipe zu urteilen, leben und arbeiten in den Gastländern sowohl männliche als auch weibliche Migranten im Allgemeinen unter ärmlichen Bedingungen und gelten als schwach. „So haben diese Menschen drängendere Probleme sei es nun mit dem Gesetz, mit

⁷⁶ Jahresgesundheitsbericht 1985. Berlin (1987) 14

⁷⁷ Öff.Gesundh.-Wes. 1985;47:236

Wohnen und Arbeiten, als sich mit der fernen Aidsgefährdung auseinander zusetzen.“ Laut Dr. Haour-Knipe.⁷⁸

In einer weiteren Gießener Studie wird die HIV Infektionsrate der Migranten in Deutschland zu der in der Türkei verglichen. Dabei stellten Akinci und Mitarbeiter fest, dass die HIV-Inzidenzen sowohl in Deutschland, als auch in der Türkei gestiegen seien.⁷⁹ Insgesamt wurden 17048 Fälle an AIDS bis 1997 in Deutschland gemeldet, davon waren 172 Menschen türkischer Herkunft.⁸⁰ Seit 1988 waren in der Türkei 775 Fälle an HIV Infektionen bekannt.⁸¹

2.7 Sexualstörungen bei Migranten

Haydar Karatepe, Allgemeinmediziner in Frankfurt, stellte Beobachtungen im Hinblick auf Sexualstörungen bei Migranten an.⁸² Nach seinen Erkenntnissen sind Ejakulationsstörungen bei Türken häufig. Zudem finden sich bei ihnen „Störungen der sexuellen Kompetenz, sexuellen Erlebnisfähigkeit und Einschränkungen im Wissen um Sexualität oder auch um Differenzierung wie etwa die zwischen Samenerguss und Orgasmus“. Türkische Männer jedoch gehen im Vergleich zu den Deutschen bei dem kleinsten sexuellen Problem zum Arzt, was überraschend ist, da türkische Männer in der Regel seltener den Arzt aufsuchen.

Organische Sexualstörungen treten vermehrt bei türkischen Männern auf, die an der arteriellen Verschlusskrankheit und arteriellen Durchblutungsstörungen leiden. Infektionen der Hoden und der Prostata treten wieder in stärkerem Maße bei türkischen Männern auf, aus der Tatsache heraus, dass sie bagatellisieren und dadurch erst spät in die Behandlung kommen. Ein Problem dabei besteht in der Untersuchungsmethode, da die Rektaluntersuchung auf eine breite

⁷⁸ http://www.old.iom.intten/PDF_Fites/Hivaid/hivaid_europe_ge.pdf (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

⁷⁹ Akinci, Salman. Giessen Studie 1998

⁸⁰ Annual of turkish ministry of Health, Turkey1988

⁸¹ Annual of German statistical office, Wiesbadeb, Germany,1998

⁸² www.karatepe.de/pdf_link/ (Zuletzt abgerufen am 20.10.2009)

Ablehnung stösst. Ein überaus großes Problem stellen die venerischen Erkrankungen dar. Es lassen sich häufig bei türkischen Männern Chlamydien-, Mykoplasmen- und Trichomonadeninfektionen diagnostizieren. Leider ist ihnen die Benutzung eines Kondoms nur erschwert zu erklären. Eine AIDS-Prävention findet zudem, was die türkische Bevölkerungsgruppe angeht, nur gering und daher ineffektiv statt. Das LWS- Beschwerdebild betrifft die breite türkische Masse vor dem Hintergrund der beruflichen Situation. Die Überbeanspruchung des Skelettsystems geht aus einer hohen Arbeitsbelastung hervor. Diese Beschwerden ziehen vermehrt Sexualstörungen nach sich.

Als letzten Punkt geht Dr. Karatepe auf die psychischen Sexualstörungen ein. Nach seiner Meinung fallen die Therapien türkischer Männer leichter, wenn diese noch nicht wesentlich von westlicher Kultur beeinflusst wurden. Er zählt die intakten Sozialstrukturen, wie das sich gegenseitige Begleiten von Freunden zu Untersuchungen, zu effizienten Behandlungsansätzen. Des Weiteren sollte man zum Verständnis der Sexualstörungen beim türkischen Mann die Psychodynamik in der Partnerschaft nicht außer Acht lassen. So gerät der Türke bei einer sexuellen Störung erheblich unter Druck, weil nach islamischem Recht die Frau bei unterlassener sexueller Befriedigung seitens des Ehemanns die Scheidung einreichen darf. In diesem Zusammenhang spricht Herr Karatepe so: „...Gegenüber den Besonderheiten von Sexualstörungen überhaupt und ebenso gegenüber den spezifischen sexuellen Problemen von etwa türkischen Männern in der Bundesrepublik fehlt es nicht nur an Wissen und Informiertheit, sondern grundlegend an ihrer Zurkenntnisnahme. Diese Ignoranz wird besonders deutlich bei der Begutachtung von Sexualstörungen türkischer Migranten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Anträge auf Kostenübernahme psychotherapeutischer Behandlung mit sexualtherapeutischen Inhalten werden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen in Hessen und besonders in Frankfurt abgelehnt...“

2.8 Chronische Kopfschmerzen

In dem Artikel „one year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in turkish immigrants and german natives“ nach Kavuk, Weimer u.a. werden zwei Faktoren der chronischen Kopfschmerzen diskutiert.⁸³ Zum einen werden bei akuten Kopfschmerzen zu hoch dosierte und zu viele Kopfschmerzmedikamente eingenommen, zum anderen wird die Frage nach dem Migrationshintergrund bei Kopfschmerzsyndromen aufgeworfen. Die Einnahme der hochdosierten Analgetika scheint ausgeprägter in der ersten Generation der türkischen Migranten. Zudem wird der Spezialist, bzw. der Facharzt von Seiten dieser Migrationsgeneration seltener aufgesucht und in Anspruch genommen.

Nach Studien wurde belegt, dass Patienten mit einer kontinuierlich höheren Analgetikaeinnahme ein grösseres Risiko haben, an chronischen Kopfschmerzen zu leiden.⁸⁴ Das Weiteren wird als Risikofaktoren ein niedriger sozialökonomischer Status, die schlecht ausgebildete Sprache und der niedrigere Bildungsstand diskutiert. Kavuk u. a. stellten ein viermal so häufigeres Auftreten der chronischen Krankheiten bei türkischen Migranten fest, als bei gebürtigen Deutschen.

Türken der ersten Generation werden lieber zu Hocas, islamischen Heilern, gehen, als sich von einem westlichen fremden Arzt behandeln zu lassen. Im Gegensatz dazu verhält sich die Anzahl der Türken der zweiten Generation mit chronischen K. vergleichsweise zu denen der deutschen Gruppe ähnlich. D.h. die Prävalenz des c.k. der Türken der zweiten Generation ist mit der Prävalenz der deutschen zu vergleichen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Therapien, die die türkische erste Generation in Anspruch nimmt, sehr inadäquat und insuffizient sind. Die Non-Integration und die schlechte Verständigung führen zu einem Versorgungsdefizit.

⁸³ cephalalgia, 2006, 1177-1181

⁸⁴ Colas, R et al. Neurology, 2004, 1338-42

2.9 Hyperemesis gravidum

Bei 60-70% aller Schwangeren treten hauptsächlich im I. Trimenon Übelkeit und Erbrechen auf. Die H.g. ist eine schwere Form des Schwangerschaftserbrechens, sie tritt in ca. 0.3 bis 2% der Fälle auf.^{85, 86}

Es werden verschiedene Theorien zur Entstehung des Hyperemesis Syndroms diskutiert. Gestationsbedingt erhöhte Hormonwerte, Leberfunktionsstörungen, eine Thyreotoxikose, Veränderung im Serotoninspiegel, gastrointestinale Dysmotilität, Helicobacter Pylori Infektionen, Dysfunktionen autonomer Nerven oder auch Ernährungsmängel sind einige der Ursachenoptionen.^{87, 88} (auch 3) Das Krankheitsbild scheint jedoch multifaktorell bedingt zu sein mit dem Schwerpunkt auf psychozoziale Faktoren.⁸⁹(auch die Quelle 4,6)

David und Mitarbeiter beschreiben nach klinischer Arbeit in einer Frauenklinik, in deren Einzugsgebiet Stadtbezirke mit hoher Ausländeranzahl liegen oder nach Gesprächen mit niedergelassenen Gynäkologen, die empirisch belegte Vermutung, dass Migrantinnen mit einem überproportional hohem Anteil stationär an H.g. behandelt werden.⁹⁰ David, Borde und Kentenich erfassten stationär behandelte Patientinnen mit H.g. zwischen 1995 und 2001. Ihr Interesse galt der Erforschung, ob die H.g. heute vor allem eine Erkrankung der Migrantinnen ist. Dabei wählten sie eine Zufallsstichprobe von 13 türkischstämmigen Patientinnen aus. Aus dieser Gruppe wurden soziodemographische Angaben, Daten zur Akkulturation, psychische Befindlichkeit und subjektive Krankheitstheorie zur Erklärung der Hg genauer untersucht. Das Studienergebnis las sich eindeutig: der Anteil der, zumeist türkischsprachigen, libanesischen oder jugoslawischen Migrantinnen, die in einem Zeitraum von 72 Monaten wegen H.g. stationär behandelt wurden, lagen mit 74% im Vergleich zur altersstandardisierten Wohnbevölkerung sehr hoch. Bei den 13 türkischstämmigen Patientinnen mit H.g., welche genauer befragt

⁸⁵ Eliakim R, Abdulafia o, Sherer DM. (2000)

⁸⁶ Hod M, Orvieto R, Kaplan B, Friedman S, Ovadia J. (1994)

⁸⁷ Abell TI, Riely CA. (1992)

⁸⁸ Lub-Moss MMH, Eurelings-Bontekoe FMH. (1997)

⁸⁹ Mazotta P, Stewart D, Atanackovic G, Koren G, Magee JA. (2000)

⁹⁰ David M, Borde TH, Kentenich H. Geburtsh Frauenheilk 2002; 62: 327-332.

wurden zeigten 7/13 einen geringeren Akkulturationsgrad. David und seine Mitarbeiter möchten Stressoren der Migration als ursächliche Faktoren für eine H.g. diskutiert wissen.

Wechseljahre der türkischen Frau

In einem Artikel über die Wechseljahre der Frau, welche in Bezug auf Kenntnisse und Meinungen zwischen der deutschen Einheimischen und der türkischen Migrantin verglichen wurde, wurden durch David, Borde und Mitarbeiter von 1996 bis 1999 mit Fragebögen 262 Patientinnen türkischer Herkunft und 320 Patientinnen deutscher Herkunft befragt. Das Ergebnis verwies eindeutig auf hohen Informationsbedarf seitens des befragten türkischen Patientinnenkollektivs. 35% der türkischen Frau brachten mit den Wechseljahren Beschwerden in Verbindung, nur 70% sahen die Wechseljahre als eine normale Lebensphase an und der Anteil an Unwissenheit über Erkrankungsrisiken während der Wechseljahre betrug 50-60%.

Die Autoren schlussfolgerten somit, dass die Kenntnisse der türkischen Frau über Erkrankungsrisiken im Zusammenhang mit den Wechseljahren deutlich geringer ausfalle.⁹¹ Weiterhin wurde beobachtet, dass die Beantwortung auf Fragen in Bezug auf weibliche Körperfunktion, Verhütung und Vorbeugung türkischen Frauen schwerer fiel als einheimischen bei gleicher Schulausbildung.⁹² Dieses wurde ganz besonders bei der ersten Generation der türkischen Ausländerinnen beobachtet. Weiterhin fiel in dieser Gruppe auf, dass ältere türkische Frauen mit der Menopause auch Schmerzen in Verbindung brachten. Für sie sei es offensichtlich, während der Wechseljahre auch unter Hitzewallungen und „Nervenkrisen“ zu leiden. Diese Lebensphase, erklärte die erste Generation der Türkinnen im Gegensatz zu den Deutschstämmigen oder auch den türkischstämmigen der zweiten Generation, sei mit negativen Gefühlen oder Beschwerden verbunden. Zusätzlich sei der

⁹¹ David M, Borde Th. Zentralbl Gynakol 2001;123:3-9

⁹² David M, Borde Th, Kentenich H. Knowledge among german and turkish women abeit specifically female bodily function, contrception, preventiv medical exeminations and enopause. Ethnicity & health 2000; 5: 101-112.

Leistungsabfall, der mit den Wechseljahren in Verbindung gebracht werde, als eher unangenehm empfunden. Wechseljahre werden in der Türkei als etwas Negatives angesehen, da die Menstruation durch die ältere Türkin als Reinigungsprozess verstanden wird und dieser mit dem Eintritt der Menopause stoppt.⁹³

Sucht und Migration

Sowohl die erste als auch zweite Generation der Migranten in Deutschland versucht, Identität zu wahren und zu erlangen. Nach Immigration in einen fremden Kulturraum werden bestimmte Normen und Werte im Rahmen des Akkulturationsprozesses brüchig oder sie gewinnen durch Abgrenzung zu der einheimischen Bevölkerung eine stärkere Bedeutung.⁹⁴ Migranten der zweiten Generation erleben durch den Identitätskonflikt eine höhere Affinität dem Suchtcharakter gegenüber. Norbert Elias argumentiert dabei, dass Fremdwänge im Rahmen des zivilisatorischen Prozesses zunehmend als Selbstwänge verinnerlicht werden und Selbstkontrolle damit zu einer Tugend wird, so gewinnt der Rausch eine Entlastungsfunktion.⁹⁵

Einer Expertise zu „Sucht und Migration“ nach konnte die ambulante, insbesondere hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen mit ausländischer Nationalität untersucht werden.⁹⁶

Es konnte gezeigt werden, wie schon so oft in der hier vorliegenden Arbeit, dass Hausärzte von Migranten stärker noch als von Einheimischen wegen gesundheitlicher Probleme aufgesucht werden. Spezialisierte Angebote der Suchthilfe hingegen, werden eher von der deutschen Bevölkerungspopulation in Anspruch genommen. Wobei man in diesem Zusammenhang die Tabuisierung von Sucht, in der meist islamisch geprägten Migrantenpopulation als Störfaktor

⁹³ Röring R. Z Allg Med 1994;70:417-420

⁹⁴ Herrmann 2000. Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin, Bonn. Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

⁹⁵ Elias, N. 1976:Über den Prozess der Zivilisation

⁹⁶ Herrmann, Schwantes. 2002 Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.141/iii, Nomos, Baden-Baden

für eine erfolgreiche Aufklärungsarbeit berücksichtigen muss. Nach dieser Studie zu urteilen, kommt es zu einem überproportionalen Anstieg der Inanspruchnahme hausärztlicher Hilfe im fünften Lebensjahrzehnt des Migranten. Suchtprobleme werden generell zu selten und zu spät diagnostiziert. Herrmann und Schwantes bringen es in ihrem Artikel über Sucht und Migration dabei auf den Punkt. Sie kritisieren die Reduzierung des Suchtgefährdeten auf gesundheitliche Probleme auf Grund des Suchtmittelmissbrauches und animieren zum Gespräch. Sie stellen die Problem und lösungsorientierte Gesprächsführung in Anlehnung an psychosoziale Belastungsfaktoren in den Mittelpunkt. Dabei heisst es: „Eine ärztliche Haltung, die den Konsum von Rauschmitteln nicht per se verbietet, sondern dabei verhilft, einen kontrollierten Umgang zu ermöglichen, würde es stärker als bisher ermöglichen, gesundheitliche und psychosoziale Probleme, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Rauschmittel stehen, zu thematisieren ohne Gefahr einer sozialen Stigmatisierung.“⁹⁷

Ambulante Kontakte der Ausländer, die EVaS-Studie 1982

Verantwortlich für den größten Anteil der ausländischen Kontakte in der ambulanten medizinischen Versorgung sind entsprechend dem hohen Anteil an Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, die Türken. Bei der Relation zwischen türkischen Männern und türkischen Frauen beobachtete die Evas Studie mehr Kontakte der Männer in der ambulanten Versorgung. Bei der Verteilung der Kontakte auf verschiedene Arztgruppen dominieren ganz klar die Frauenärzte. Bei Kontakten mit ausländischen Kindern fällt die verstärkte Inanspruchnahme der Kinderärzte auf. Allgemeinärzte werden von ausländischen Männern weniger aufgesucht.

Analysiert man die Kontakte nach Hauptanliegen, stellte sich in der Studie heraus, dass ca. 33% der Ausländer Ärzte wegen Schmerzen aufsuchen. Hier sind unter den 10 häufigsten Anliegen sieben mit Schmerzen verbunden. Diese

⁹⁷ <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1125&type=infotext>
(Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

sind: Rückenbeschwerden, Magen- und Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Armbeschwerden, abnorme Empfindungen des Auges, Beinbeschwerden, Hand- und Fingerbeschwerden. Wird dieses nach Hauptdiagnosen unterteilt, so ergibt sich, dass Türken aufgrund von Krankheiten des abdominellen Systems und der Schwangerschaftsvorsorge, welche die vierthäufigste Hauptdiagnose in dieser Gruppe darstellt, die ambulante Versorgung in Anspruch nimmt. Am zweithäufigsten sind die Krankheiten des Urogenitalsystems, des Harntrakts und des weiblichen Geschlechtsorgans. Die häufigsten Hauptdiagnosen bei Kontakten mit Türken stellt die Sammelgruppe: andere Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, dar. Bei den Kontakten nach Problemschwere wird durch die Studie beschrieben, dass 43.4% der türkischen Patienten ihr Anliegen als schwer einstufen.

Die Schlussfolgerung ergibt sich wiederum aus der angespannten psychischen Situation der türkischen Migranten in Deutschland. Dass bei den türkischen Patienten im Vergleich mehr Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane und insbesondere der Verdauungsorgane diagnostiziert werden, wird somit zurückgeführt auf psychosomatische Ursachen vor dem Hintergrund der veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen.⁹⁸

3. Ein Vergleich in Zufriedenheit und Erwartungshaltung

Borde, David und Kentenich untersuchten in einer Studie zur Frage der Patientenzufriedenheit zwischen 1996 und 1999, 262 türkische und 320 deutsche Patientinnen einer gynäkologischen Station der Uniklinik Berlin. Die Erwartungen der Patientinnen an die stationäre Versorgung waren unabhängig von Herkunft und Abstammung sehr hoch. Wichtig war für beide Patientenkollektive insbesondere die fachliche Kompetenz und Qualifikation des gesamten medizinischen Personals, die Untersuchung und Behandlung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, wie auch die Sicherheit und Hygiene. Darüber hinaus misst die türkische Patientinnengruppe den Kriterien der sprachlichen

⁹⁸ Wissenschaftliche Reihe-Band 39.1, die Evas-Studie, 1989

Verständigungsmöglichkeiten, der Akzeptanz kultureller Gepflogenheiten sowie der Gleichbehandlung hohe Wichtigkeit bei.

Nach Auswertung der Studie zeigte sich, dass bei dem türkischen Patientinnenkollektiv eine viel grössere Unzufriedenheit, insbesondere an der ärztlichen Information und Aufklärung herrscht. Borde und ihre Mitarbeiter schlussfolgerten: "...dass die derzeit praktizierte Art der Vermittlung medizinischer Informationen vor allem den Patientinnen nützt, die ohnehin gut aufgeklärt sind, während Frauen, die mehr Aufklärungsbedarf haben, mit den gängigen Methoden nicht adäquat erreicht werden."⁹⁹

Ferber, Köster und Celayir-Erdogan verglichen an Hand von Fragebögen 253 türkische und 637 deutschsprachige Patienten in Hausarztpraxen vor und nach Arztkonsultationen, in Hinblick auf ihre Arzneimittelermwartung und Überzeugung der Wirksamkeit und die Arzneimittelverordnungen von Ärzten in Anbetracht der ethnischen Zugehörigkeit. Der erste Unterschied nach Auswertung der Ergebnisse ergibt sich in Häufigkeit und Nennung von Schmerzen und Erkältungskrankheiten. Das türkische Patientenkollektiv äußerte sehr viel mehr Schmerzen und suchte den Hausarzt deutlich häufiger wegen Erkrankung der Atemungswege auf. Die türkischsprachige Gruppe war des Weiteren zu einem größeren Teil, als die vergleichende deutsche Gruppe, von der Wirksamkeit der Medikamente überzeugt und legte höhere Arzneimittelermwartung an den Tag. Ihrer Einschätzung nach sollte die Behandlung stärker auf Medikamente ausgerichtet sein.

Die türkischen Patienten erhielten, nach Rückschluss auf die Ergebnisse wesentlich mehr Schmerzmedikamente und Schmerzmittelverordnungen als die deutsche Gruppe. Wie oben schon beschrieben, die Erklärung liegt auf der Hand, die türkische Gruppe gibt bei ihren Arztbesuchen überproportional mehr Schmerzen an. „Der Erwartungsdruck auf den Arzt, ein Arzneimittel zu

⁹⁹ Borde, David und Kentenich 2002 Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus- eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen 2002; 64: 476-485.

verordnen, ist jedoch bei den türkischen Patienten deutlich höher als bei den deutschen und kann zu einem Problem werden.“ Ferber und andere.¹⁰⁰

4. Versorgungsproblem

Defizite und Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung von Migranten machen längst schon Forschungsarbeit und Konzeptänderungen notwendig. Die auftretenden Probleme in der Versorgung kann man in zwei Hauptkomplexe zusammenfassen:¹⁰¹

- Probleme bei der sprachlichen Verständigung, andere kulturelle Einstellung zum Körper, zur Krankheit und zur Pflege
- Zugehörigkeit der meisten Migranten zur sozialen Unterschicht

Auf Seiten der Kliniken und Praxen als Dienstleistungseinrichtungen kann man zusätzlich erhebliche Defizite in Bezug auf die Versorgung ihres Patientenkontexts erkennen:¹⁰²

- ungenügende Informationen über Dienste und Angebote
- Kultur Fall und sprachlich bedingte Barrieren bezüglich der Regelversorgung
- geringe Einbeziehung der multikulturellen und soziodemographischen Entwicklung der Bevölkerung in die Planung im Sozial- und Gesundheitswesen
- Entstehung von neuen Versorgungsdefiziten im Bereich Altenpflege und -hilfe

¹⁰⁰ Ferder, Köster, Celayir-Erdogan: Türkische und deutsche Hausarztpatienten- Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Gesundheitswesen 2003; 64: 304-311

¹⁰¹ Csitkovics et al: Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Dokumentationsreihe des WHO-Projekts Wien – gesunde Stadt, Nr. 12, Dezember 1997.

¹⁰² Heinenmann 2000 Migration und öffentliche Gesundheit – besser spät als nie. In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. Von Th. Heise. VWB Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000.

Voit und Kaya-Heinlein weisen darauf hin, dass es für eine Verbesserung der Versorgung, auch im Hinblick auf eine Förderung der Integration, richtig ist, in den bestehenden Institutionen des Gesundheitswesens durch Maßnahmen wie struktureller und personeller Hinsicht den Bedürfnisse ausländischer Pat. Raum zu geben und einzupflegen.¹⁰³

Um die medizinische Versorgung von Migranten und Migrantinnen optimal gewährleisten zu können, ist es notwendig Konzepte zu erstellen, die sich mit den vorhandenen und zu erwartenden gesundheitlichen Problemen der ausländischen Arbeitnehmer beschäftigen und ihre Schwierigkeiten im Umgang mit Institutionen der Gesundheitsversorgung vordergründig bearbeitet werden. Vorausgesetzt werden muss jedoch die aktive Mitarbeit der zu versorgenden Patienten. Zum Auf- und Ausbau von Effektivität und Effizienz für das zu erreichende Ziel ist die soziale und persönliche Voraussetzung der Patienten von genauso großer Bedeutung wie Qualifikation des in Anspruch genommenen Arztes.¹⁰⁴

Auch diesen Punkt der medizinischen Versorgung hat sich Herr Dr. Karatepe zu eigen gemacht und machte in seinem Vortrag 1993 schon darauf aufmerksam. Er erklärte, dass in den medizinischen Polikliniken mit beschäftigten bilingualen und bikulturellen Ärzten die Erfahrung gemacht worden sei, dass die Diagnosen der zuweisenden Ärzte zu 48% nicht stimmten. Bei deutschen Patienten seien es nur 19%. Zudem würden die türkischen Patienten häufiger ohne gezielte Diagnose überwiesen. Herr Karatepe beschreibt dies so: „dies wird u.a. dadurch gefördert, dass Kolleginnen und Kollegen mit einem hohen Anteil an Immigranten in ihrer Praxis gegenüber den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen diese Tatsache nicht als Praxisbesonderheit geltend machen können. Es lohnt sich also für Ärzte gar nicht, sich diesen Patienten besonders zu widmen. Im Gegenteil, sie müssen mit entsprechenden

¹⁰³ Voit und Kaya-Heinlein 2000 Migration – Erfolge bei spezialisierten Angeboten. (Leserbrief) Dt. Ärzteblatt 97 (2000) B 1078.

¹⁰⁴ Weber 1999 Weber, I. Diskussionsbeitrag. Deutsches Ärzteblatt 96 (1999) B-466

Kürzungen in ihren Honoraren rechnen.“ Aus dem Grund stellten sich die erkrankten türkischen Patienten vermehrt in bilingualen Praxen und Polikliniken auch ohne Überweisungen vor und nehmen dafür die Fahrt weitere Strecken in Kauf. Hieraus leitet Herr K. die Forderung ab: „den Patienten die Möglichkeit von bilingualen Behandlungen vor Ort vermehrt bekannt zu machen, und vor allem vermehrt türkische Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologinnen und Psychologen und im allgemeinen nichtärztlichen Personal in Praxen, Kliniken und Institutionen einzusetzen.

Weiterhin sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihrer Gesetzesverletzung hinzuweisen, dass sie ihrem Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung von türkischen Patienten in kleinster Weise nachkommen und dass die Versorgungslücken unverzüglich geschlossen werden müssen. Falls die Kassenärztliche Vereinigung nicht willens oder fähig sind, diesen Auftrag zu erfüllen, steht der Bundesgesundheitsminister in der Pflicht, die medizinische Versorgung der Immigranten zu sichern“.

Ein weiteres, sehr spezielles Versorgungsproblem stellt die erste Generation der türkischen Migranten dar. Die ab 1961 angeworbenen türkischen Arbeitskräfte erreichen jetzt langsam das Rentenalter. Die Kommunen und die Altenhilfeträger stehen vor einer Reihe neuer Aufgaben. Die Versorgung älterer Migranten stellt sich insbesondere in den Zentren der Groß- und Mittelstädte, in denen rund zwei Drittel der über 60-jährigen Migranten leben. Angebote der Altenversorgung und -betreuung, die sich an diese Gruppe richten, ließen sich durch die Ausbildung und den Einsatz einer überschaubaren Zahl interkulturell geschulten Personals gewährleisten, sind jedoch nach wie vor sehr unzureichend. Dies betrifft z.B. die Schaffung von freien Plätzen in Alters- und Pflegeheimen, wofür jedoch entsprechendes Personal erforderlich ist. Eine andere Herangehensweise insbesondere an ältere Migranten bzw. Muslime ist notwendig, dabei stellt das muslimische Selbstverständnis an das Pflegepersonal, das mit älteren Zugewanderten arbeitet, besondere Ansprüche.

Hierzu soll kurz die psychiatrische Unterversorgung des älteren Migranten angesprochen werden:

Mit zunehmendem Alter besteht auch für sie das Risiko an einer Demenz zu erkranken. Die Defizite bei der psychiatrischen Versorgung älterer Migranten werden inzwischen zwar deutlicher wahrgenommen, aber trotz steigendem Bedarf gibt es tatsächlich sehr wenige spezielle Angebote für diese Zielgruppe. Forschung und Lehre sowie die für die Versorgung zuständigen Instanzen hatten diese Zielgruppe bislang nicht im Blick. Die Inanspruchnahme von Hilfen und Angeboten durch Demenzerkrankte und ihre Angehörigen ist relativ gering. Gründe dafür sind hauptsächlich Informationsdefizite, fehlende Kenntnisse darüber, wie man die Hilfen nutzen kann, eine Schwellenangst bei Kontakten mit Institutionen und Behörden sowie Sprachbarrieren. In vielen Kulturkreisen wie z. B. der Türkei findet die Versorgung von Alten und Kranken nach wie vor in der Familie statt, es wird kaum über den Familienkreis hinaus thematisiert. Vergesslichkeit wird dort immer noch als natürliche Alterserscheinung und nicht als Krankheit verstanden.

Mit einem speziellen Pflegekonzept sollten die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt, sowie den Angehörigen die nötige Unterstützung im klinischen Alltag, im häuslichen Bereich und bei der Heimunterbringung angeboten werden. Das Wissen um die Krankheit und ihre Akzeptanz muss gefördert werden, um die Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Angehörigen zu verbessern. Neue diagnostische Möglichkeiten und Pflegestandards sollten erarbeitet werden, um die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten. Ziele sind, die Migranten stärker in das deutsche Gesundheitssystem einzubinden und sie über spezielle Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen oder Kostenübernahme im Falle von Pflegebedürftigkeit zu informieren. Mehr Angebote in der Pflege sowie die Unterstützung und Aufklärung pflegender Angehöriger sind weitere Ziele. Es sollten dringend Voraussetzungen für den qualifizierten Umgang und für die Betreuung Demenzerkrankter geschaffen werden. Die persönliche und fachliche Kompetenz von professionellen Helfern im Umgang mit Menschen anderer Herkunft muss gestärkt werden. Dazu muss das in Deutschland vorhandene praktische und theoretische Wissen durch interkulturelle

Kompetenz erweitert werden. Transparenz beim Zugang zu diesen Leistungen ist eine Voraussetzung dafür.¹⁰⁵

5. Diskussion

Verstehen

ist eine Reise

in das Land des anderen.

F.H. Daglarca

Krankheit und Gesundheit von Migranten, von solchen der ersten und zweiten Generation, von Kindern und Jugendlichen oder von älteren Menschen, von männlichen oder weiblichen Arbeitsmigranten, von Ausländern mit legalem Aufenthaltsstatus oder illegalen Zuwandern, von Türken, Italienern oder Griechen, das sind sowohl unterschiedlichste Biographien als auch Formen der Befindlichkeit. Verschiedene Migrantengruppen weisen in Bezug auf ihre Krankheitsbilder und Erkrankungsformen Unterschiede auf, die sich auf ihre Einwanderungsgeschichte zurückführen lassen.

Die Gastarbeiter aus dem Mittelmeerraum, von denen sich eine sehr grosse Zahl in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassen hat, wurden zunächst seit Mitte der 1950er Jahre als Arbeitskräfte zu vorübergehendem Aufenthalt angeworben. Nach dem Anwerbestopp 1973 wurde diese Bevölkerungszahl sukzessive vergrößert. Mehr als acht Millionen Menschen gehören zu dieser Gruppe, deren wachsender Anteil bereits in Deutschland geboren ist. Die erste Generation der Zuwanderer erreicht schon das Rentenalter. Insbesondere ältere Arbeitsmigranten aus der Türkei werden mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Sie neigen einerseits dazu, häufiger zum Arzt zu gehen, nutzen andererseits jedoch deutlich geringer Rehabilitationsmaßnahmen. Vor allem für

¹⁰⁵ http://www.fill.de/Vortraege_Hearing.pdf (Zuletzt abgerufen am 18.10.09)

diese erste Generation der Migranten stellt die Sprachbarriere ein wesentliches Hindernis für den Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen, zu Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal dar.

Wird heute über Migration und Krankheit gesprochen, stehen drei Aspekte im Vordergrund:¹⁰⁶

- Verständigungsschwierigkeiten, unabhängig der Kulturen, bei Anamnese und Diagnose
- Interkulturelle Kompetenz des medizinischen und pflegenden Personals
- Psychologische, mentale Faktoren von Krankheit und Gesundheit bei der Behandlung und Versorgung.

Ein weiteres Problem stellt die Tendenz zur Somatisierung bei einigen Migrantengruppen dar. Ist tatsächlich das Mehr an vorliegenden Beschwerden, die Kompetenz im Berichten von Symptomen oder das Beklagen der somatischen Symptome eine Art Kommunikationstechnik, mit welcher sich das ausländische Patientenkollektiv in Beziehung zu Ärzten oder anderen setzt? Wesentlich und eindeutig ist, dass differenziertere Methodiken in Untersuchung und Anamnese gefragt sind, als es bisher der Fall war. Der Untersuchungsansatz von Aratow ist vorbildlich.¹⁰⁷ Es wurde eine Mehrebenenanalyse zur Erfassung von Schmerzempfinden eingesetzt. Das Ergebnis zeigte deutlich, dass sich z.B. deutsche und türkische Patienten mit chronischer Polyarthrit in Schmerzerleben und Schmerzausdruck, erhoben über verbale Untersuchungstechniken, unterscheiden lassen.

Präventive Verhütung von Erkrankungen und Störungsbilder als Folge von Migration sowie die Beratung, Behandlung und Versorgung dieses Patientenkollektivs stellt an die Forschung eine Vielzahl offener Fragen, welche

¹⁰⁶ Wiedl K.H., Marschalck P. „ Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung-eine Einführung“

¹⁰⁷ Aratow K. Interkulturelle Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarebitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer polyarthrit, Frankfurt a.M., 1996

von ätiopathogenetischen Annahmen bis hin zu Formen und Bedingungen der Inanspruchnahme reichen. Angesichts der Heterogenität dieses Klientels und der aufkommenden Problematiken, die sich unter dem Begriff Migration verbergen, müssen Antworten auf diese Fragen differenziert ausfallen.

Langfristige gesundheitliche Be- und Entlastungen ergeben sich infolge von Veränderungen bei Migration. Die Gesundheit von Migranten wird nach Marmot durch verschiedene Komponenten beeinflusst: verschiedenste Migrationsgründe, bisherige Ernährung und Lebensstil, gesundheitsrelevante Bedingungen im Zielland sowie die Erfahrung, Migrant zu sein.¹⁰⁸

Migranten sind eine bedeutende und wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Ihnen sollte eine zielgruppenspezifische und gerechte Gesundheitsversorgung angeboten werden. Voraussetzung dafür sind ausreichende Informationen über die gesundheitliche Situation der Migrantinnen und Migranten. Diese ist aber noch immer unzureichend untersucht worden.

Eine besondere Herausforderung ist die große Heterogenität. Sie ist u.a. auf verschiedene Ursprungsländer, unterschiedlicher Traditionen, Migrationsgründe und Zeitpunkt der Migration zurückzuführen. Die Heterogenität erschwert jedoch auf der anderen Seite die eindeutige Bestimmung der Zielgruppen und die Entwicklung von gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit.

Besonderes Interesse gilt den Unterschieden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und der Mehrheitsbevölkerung z.B. in Hinblick auf die Risiken, auf Verhaltensweisen und Lebenslagen.¹⁰⁹ Razum et al untersuchten in ihrem Arbeitsfeld Migration und Gesundheit der Arbeitsgemeinschaft „Epidem und Intern. Public Health“ bevölkerungsbezogene Determinanten der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Aus diesen Ergebnissen

¹⁰⁸ Marmot MG (1993) Public Health Rev 21: 185-195

¹⁰⁹ Razum, Migration und Gesundheit O.Razum, Forschungsaktivitäten im Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“, www.uni-bielefeld.de

leiteten sie Handlungsempfehlungen für die gesundheitlichen Situation ab. Bestimmte soziale Umstände und bestimmte Lebenslagen wirken eher krankheitsfördernd als andere. Ein Zusammenhang zwischen einerseits der Erkrankungshäufigkeit, dem Krankenstand, dem Verlauf von Krankheit, der Sterblichkeit und andererseits dem Sozialstatus wird angenommen. Immer noch gibt es ein starkes Ungleichgewicht in der gesundheitlichen Beratung und Versorgung, in der Prävention, der Gesundheitsförderung, der Therapie und Rehabilitation. Die demographische und politische Entwicklung lassen erwarten, dass Migranten in Deutschland keine Ausnahme, sondern zunehmend der Regelfall sein werden.

Die Unkenntnis über die religiösen und kulturelle Hintergründe von Migranten schaffen zudem als besonderer Stellenwert häufig Probleme. Wenn Einwanderer deutschen Ärzten ihr Leid klagen, stossen sie in vielen Fällen auf Unverständnis. Türkische Patienten in Krankenhäusern werden von Großfamilien begleitet, gläubige Muslime möchten sich von gleichgeschlechtlichen Ärzten untersuchen und behandeln lassen. Während des Ramadan werden keine Eingriffe erlaubt oder keine Medikamente eingenommen, Ausnahmen ausgeschlossen. Diese Unkenntnis und zum großen Teil durch Verständnisschwierigkeiten erweckte Missverständnisse führen zu Unmut und mangelndem Vertrauen.

Auch die Vorstellung darüber, warum ein Mensch krank wird, unterscheidet sich in dieser Gruppe des Patientenlientels erheblich. Mystische, kulturell bedingte und religiöse Vorstellungen spielen eine große Rolle. Westliche Ärzte werden mit Krankheitsbildern konfrontiert, die sie zum Teil vor ein Rätsel stellten. Sprachbarrieren, spezielle kulturelle Vorstellungen von Krankheit, Schmerz und Heilung führen zu Missverständnissen zwischen Arzt und Patient mit Migrationshintergrund. Viele der Patienten werden so zu Drehtürpatienten, Verlegenheitsdiagnosen werden zu häufig gestellt, Patienten von Arzt zu Arzt verwiesen und viele unnötige Medikamente werden verschrieben. Sowohl Verständigungsschwierigkeiten als auch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem erfordern durch ethnische Krankheitskonzepte geprägte Gesundheitsförderungen.

Der Bezugsrahmen gesundheitswissenschaftlicher Erforschung subjektiver Krankheitsvorstellungen erweiterte sich in Korrelation zu Deutschland als Einwanderungsland. Gesundheitsdienste müssen sich mit den Belangen einer wachsenden Migrantenbevölkerung befassen. „Die Dynamik und Interferenz sozialer Exklusionen und deren Einflussgrößen auf Lebensqualität, Morbidität und Mortalität sind evident. Aufgrund des evidenten Zusammenhanges zwischen sozialen Lebensbedingungen und Gesundheit sind Migranten und Migrantinnen mit besonderen gesundheitlichen Risikofaktoren sowie Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem konfrontiert.“¹¹⁰

6. Zusammenfassung

Mit rund 2.6 Millionen Immigranten bilden die Türken die größte ethnische Minorität in Deutschland. 1961 wird das Anwerbeabkommen zwischen Deutschland und u.a. der Türkei unterzeichnet. Es bestand ein akuter Mangel an Arbeitskräften in Deutschland. Von Firmen werden Arbeiter – vor allem für körperlich schwere Tätigkeiten – ebenso händeringend gesucht wie im Straßen- und Brückenbau. Ende 1961 waren es erst 6800 Türken, die hier neue Arbeit und eine zweite Heimat fanden. Inzwischen hat sich die Zahl der Türkischstämmigen vervielfacht.

In Anlehnung an die hohe Population der türkischen Bevölkerung ist heute die Krankheit und das Kranksein des türkischen Migranten und der Migrantin mehr denn je Thema, Diskussionspunkt in Teilen der Fachöffentlichkeit und Studieninhalt. So greift auch diese Arbeit erneut den Punkt des „kranken Migranten“ auf. Seit etwa zehn Jahren steigt die Zahl der Erkrankungen in der türkischstämmigen Bevölkerung an.

¹¹⁰ B.Wimmer-Puchinger, A.Engleder, H.Wolf. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006, 49:884-892

Neben Sprachbarrieren führen oft unterschiedliche kulturelle Vorstellungen von Krankheiten und deren Heilung zu massiven Verständigungsschwierigkeiten. Der Begriff des Krankheitsverständnisses spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Krankheitssymptome werden von Menschen, die in einer anderen Kultur aufwuchsen, nicht nur unterschiedlich interpretiert, sie werden auch verschiedenartig präsentiert. Türkische Patienten empfinden ihrer Beschwerden oft als ganzheitlich, so dass es nicht unüblich ist, diese auch in einer sehr körpernahen Sprache, oft sehr schmerzbetont, auszudrücken. So ist der Begriff der „Organchiffren“ entstanden. Im Zuge dessen ist zu erwähnen, und darf beim Umgang mit türkisch-islamischen Pat. nicht vergessen werden, dass die türkische Population (speziell der ersten Generation) sich zwar teilweise der Kultur des Aufnahmelandes anpassen oder es zumindest versuchen, sich jedoch traditionell weiterhin an ihrem Herkunftsland orientieren.

In diesem Zusammenhang wurde in einigen Pilotstudien das Krankheitsverhalten des türkischen Patienten untersucht und dabei interethnische Unterschiede beleuchtet. Man stellte fest, dass der Anteil insbesondere der türkischen Hausarztpatienten, welche vermehrt allgemeine Schmerzen, wie auch Erkrankungen des Respirationstraktes als auch des Bewegungsapparates nennen, deutlich höher seien als die der autochthone Bevölkerung. Hierbei ist wiederum der soziokulturelle Aspekt und zwar im Rahmen des Krankheitskonzeptes von Bedeutung. Der türkische Patient zeigt sich stärker überzeugt von der Wirksamkeit des Arzneimittels und steht in einer deutlicheren Erwartungshaltung.

So spiegelt sich die Unzufriedenheit der türkischen Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer Befragung durch das zuvor Genannte wider. Unzufriedenheit steigt in Korrelation mit geringerem Bildungsniveau, so dass in dieser Studie im Hinblick auf psychosoziale Betreuung und der Berücksichtigung migrantenspezifischer Bedürfnisse höhere Unzufriedenheitswerte erhoben wurden.

Des Weiteren gibt es noch immer ein starkes Ungleichgewicht in der gesundheitlichen Beratung und Versorgung, in der Prävention, der

Gesundheitsförderung, der Therapie und der Rehabilitation. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Punkt ist die Gruppe der älteren Migranten. Die ehemaligen Gastarbeiter werden alt, die meisten unter ihnen haben schwer und hart gearbeitet, und sind nun anfällig für viele Gebrechen. Doch auch die jüngere Generation der türkischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund verzeichnet eine steigende Zahl an Erkrankungen.

Nach der Einreise in ihr neues Heimatland kamen die Gastarbeiter zum Teil in Notunterkünften unter. Es war nicht selten, dass sechs bis acht Arbeitskräfte in einem kleinen Raum untergebracht wurden, so zitiert man häufig Ulrich Herbert, der dazu 1967 im Handelsblatt einen Artikel veröffentlichte: "In einem Raum von nicht mehr als 15 Quadratmetern hausen sechs türkische und griechische Gastarbeiter. Übereinander und eng zusammengerückt stehen die Betten; alle Männer liegen schon, obwohl es gerade erst halb neun ist. Aber was sollen sie in diesem Loch anderes anfangen?" Dieses Zitat beschreibt die damalige Lebenssituation zutreffend. Geht man davon aus, dass in solchen Sammelunterkünften eine Toilette, eine Dusche und das gleiche Geschirr benutzt wird, liegt der Verdacht der höheren Infektionsrate, wie durch Helicobakter Pylori, schweren Pneumonien und Tuberkulose nahe. Ähnlich problematisch geht es auch dem Gastarbeiter mit eigener Wohnung oder eigenem Zimmer. Diese Wohnungen sind meist spartanisch eingerichtet, ohne Heizkörper und fließend warmes Wasser. Die ungewohnten und nicht nachvollziehbaren Belüftungstechniken fördern die Entstehung von Schimmel und Feuchtigkeit.

Der niedrige Sozialstatus vieler Migranten führt zu gesundheitlichen Risiken.

Die Morbidität der Gastarbeiter, welche z.B. Hoffmann im Hauptteil der Arbeit beschreibt, findet somit eine etwaige Erklärung und Ursachenfindung.

Weiterhin darf man jedoch auch nicht die veränderten Essgewohnheiten der zugezogenen Bevölkerung außer Acht lassen. Durch die Umstellung der Speisen, durch vermehrten Alkoholkonsum und die geringeren sportlichen

Aktivitäten treten Wohlstandserkrankungen häufiger und früher beim türkischen Patientenklientiel auf.

Im Bezug auf die Morbidität ergibt sich somit bei der Vielzahl der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ein heterogenes Bild. Für einige Infektionskrankheiten z.B. (wie oben beschrieben) liegen deutliche Hinweise vor, dass Migranten überproportional häufig betroffen sind. Dazu gehören z.B. die Infektionen mit *Helicobacter pylori*. Rothenbacher et al. untersuchten türkische versus deutsche Schulkinder und beschrieben deutlich höheren Prävalenzen bei den türkischen Schulkindern an den Infektionskrankheiten als bei deutschen Kindern.¹¹¹

Bezüglich der kardiovaskulären Risikofaktoren gibt es Hinweise auf ungünstige Lipidkonstellationen bei Türken in Deutschland. Magenkarzinome und andere Karzinomarten werden bei der türkischen männlichen Bevölkerung vermehrt beobachtet. Die Diabeteshäufigkeit liegt deutlich höher als in der autochtonen Bevölkerung. 80% der türkischen Immigranten sind Vitamin D insuffizient, dabei spielen Kleidung, die daraus eventuell hervorgehende geringe Sonnenexposition, Adipositas und der Zustand der Mehrschwangerschaften eine wesentliche Rolle.

Des Weiteren wird in diesem Bericht die HIV-Prävalenz aufgegriffen, welche auch wiederum einhergehen kann mit Sozialstatus und erhöhter Risikobereitschaft bei Anonymität und Vereinsamung im Rahmen des Migrationsprozesses. Die Sexualstörungen der Migranten werden durch die Veröffentlichungen von Herrn Dr. Karatepe etwas näher besprochen, welche durch Versäumnis und Bagatellisierung in ihrer Erkrankungsrate steigt. Die Suchttendenzen speziell der zweiten und dritten Generation der türkischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund werden durch Identitätskonflikte, erhöhte Arbeitslosigkeit und brüchige Fundamente provoziert.

¹¹¹ D. Rothenbacher, G.Bode, G.Berg et al. (1998) Prevalence and determinants of HP infection in preschool children: a population-based study from Germany. *Int. J Epidemiol* 27(1): 135-141

Die Ausländer der so genannten ersten Generation, die vor 40 Jahren als Gastarbeiter nach Deutschland geladen wurden, haben das Rentenalter erreicht. Seit den 80er Jahren wird in Teilen der Fachöffentlichkeit darüber diskutiert, was es für die Gesellschaft insbesondere für das Altenhilfssystem bedeutet, wenn die Generation der Gastarbeiter in das Rentenalter kommt. Seit den 90er Jahren gab es zahlreiche Modellprojekte und Studien zum Thema „Ältere Migrantinnen und Migranten“. Auch in der Politik ist das Thema seit langem präsent. Auf der anderen Seite scheint die immer wieder erhobene Forderung an das Altenhilfssystem, sich auf die Bedürfnisse und die Pflege älterer Migrantinnen und Migranten vorzubereiten, weitgehend folgenlos geblieben zu sein.

7. Literaturverzeichnis

1. Abel TI, Riely CA. Hyperemesis gravidarum. Gastroenterol Clin Nor Am 1992; 4: 835-849.
2. Akinci, A.: Hepatitis B and C Virus Serology in Turks living in Germany
3. Akinci, S. aus der Giessen-Studie von 1998
4. Aratow K. Interkulturelle Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsvererbung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer polyarthritis, Frankfurt a.M., 1996
5. Arens, F. Öffentl. Gesundheitswesen 1967;29(4):191-7
6. Aspöck, H., O. Picher, H. Flamm: Häufigkeit und Bedeutung des Parasitenbefalls von Gastarbeitern. Wien. Med. Wschr. 125 (1975), 59.
7. Annual of Turkish ministry of Health, Turkey 1988
8. Annual of German statistical office, Wiesbaden, Germany, 1998
9. Aytac Eryilmaz: „Wie geht man als Arbeiter nach Deutschland?“, in Jamin u.a., Fremde Heimat, S. 93-119, hier S. 113-115; dies., Migrationserfahrungen. Aus Interview mit Migratinnen der Ersten Generation, in: ebd., S. 207-231, hier S. 210.
10. Ärzte Zeitung, 2006, S.13
11. B. Wimmer-Puchinger, A.Engleder, H.Wolf. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006, 49:884-892
12. BBA Juni 1999
13. Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4668 (1976).
14. Berliner Zeitung, Sütterlin, S., Wenn Ayses Herz zu eng wird, v. 21.06.2005. S. 12.
15. Bilgin: Besonderheiten bei der internistischen Betreuung türkischer Patienten mit koronarer Herzerkrankung in einer Medizinischen Poliklinik, in Internistische Welt 12/1988
16. Bilgin Y, Doppel W. Klein Wochenschr 1988;66:49
17. Breiterl, K.: Das Unfallgeschehen und die Unfallforschung bei den ausländischen Arbeitnehmern. Sicher ist sicher 24 (1973), 252.

18. BMI v. Dezember 1961, BA, B 106/90129; Entwurf des Runderlasses „Im Interesse der Volksgesundheit ist es daher erforderlich, dass sich die Ausländer vor Erteilung der Aufenthaltserlaubnis einer ärztlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten unterziehen.“
19. Borde Th, David M, Kentenich H. Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus- eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen 2002; 64: 476-485.
20. Bull, OFSP 2000; 46: 908-9
21. Cephalalgia, 2006, 26, 1177-1181
22. Colas, R, Munoz, P, Temprano R, Gomaz, C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. Neurology, 2004, 62:1338-42.
23. Collatz, J.: Lebensbedingungen und gesundheit von Migranten und Migrantinnen. 2. Fachtagung, Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft. (Internet-Version), Stiftung deutsches Hygienemuseum, Dresden 1999
24. Csitkovics, M., A.Eder, H. Matuschek: Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Dokumentationsreihe des WHO-Projekts Wien – gesunde Stadt, Nr. 12, Dezember 1997.
25. D. Rothenbacher, G.Bode, G.Berg (1998) Prevalence and determinants of HP infection in preschool children: a population-based study from Germany. Int. J Epidemiol 27(1): 135-141
26. David, M., Borde, Th. (2002) Kranksein in der Fremde? S.33.
27. David, M. Geburtsheilkunde Frauenheilkunde 2002; 62: 327-332.
28. David M, Borde Th. Zentralbl Gynakol 2001; 123: 3-9.
29. David M, Borde Th, Kentenich H. Knowledge among german and turkish
30. deutsches Ärzteblatt 69 (1972), 3161: Gastarbeiter sind besonders unfallgefährdet.
31. deutsches Ärzteblatt (Jg.98, Heft 48), 16.11.2001
32. deutsches Ärzteblatt: 101, Ausgabe 43 vom 22.10.2004, S. A-2882
33. deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43 v. 22.10.2004, S. A-2882/ B-2439/ C- 2326.
34. DMW 130, 2005, 2753

35. Dolderer, U.: Ausländer in Deutschland sind häufiger krank als Einheimische. In Ärzte Zeitung, 6.11.2000, Nr. 198 S. 10
36. Dr. Hauor-Knipe: www.old.iom.intten/PDF_Fites/Hivaidis_europe_ge.pdf
37. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. Am J Perinatol 2000; 17: 207-218
38. Elias N, (1976): Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen (1993). Suhrkamp, Frankfurt.
39. Endl, J., G. Tatra: die Gastarbeiterin als Patientin einer gynäkologischen Klinik. Wien. Med. Wschr. 86 (1974), 100.
40. Erfahrungsbericht 192, S.15, 18
41. Erfahrungsbericht 1965, S. 29-30
42. Erkal, M.Z., Stracke, H., Bilgin, Y.: türkische Frauen in Deutschland sind eine Risikogruppe für Vitamin D Mangel und sekundäre Hyperparathyreodismus, in MOD-Studie Giessen 2002
43. Faltermaier, T., (1994), Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.
44. Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N. Türkische und deutsche Hausarztpatienten- Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Gesundheitswesen 2003; 64: 304-311.
45. Fernex, M: Gesundheitsprobleme bei Gastarbeitern. Praxis 63 (1974), 1513.
46. Frogner, E: Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebendlaufperspektive. In: Probleme der Zuwanderung. Band 1, Herausgegeben von A.J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, S. Lucassen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994
47. Grottian, G., (1991), Gesundheit und Kranksein in der Migration. Frankfurt. Verlag für interkulturelle Kommunikation.
48. Gruber, A. Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege 1997 S.32.
49. Gökce, Y., Soydan, M., Erkal, A.: Charakteristika von türkischen Diabetikern in Deutschland
50. Gökce, A., Gediz, N., Soydan, ZM.: Reduzierte exokrine Pankreasfunktion bei türkischen Diabetikern in Deutschland, 2000

51. Hartl, O., P. Pürgyi: die Ulkuserkrankheit bei Gastarbeitern. Wien.med.Wschr. 125 (1975), 169.
52. Han, P. : Soziologie der Migration. Lucius & Lucius. Stuttgart 2000
53. Häfner, H., Moschel, G., Özek, M., (1977), Psychische Störung bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Der Nervenarzt, 48, 268-275
54. Hein, J.: Gefahren der Einschleppung von Tuberkulose durch Gastarbeiter und deren Angehörige. Internist (Berl.) 1 (1966), 594.
55. Heinemann, H. Migration und öffentliche Gesundheit – besser spät als nie. In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. Von Th. Heise. VWB Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000.
56. Herold, Lehrbuch der Inneren Medizin
57. Hermann, M. (2000): Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: Beauftragte der Bundesregierung (Hg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin, Bonn. Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
58. Hermann M, Schwantes U. (2002): Migranten und Sucht - Eine quantitative und suchtgefährdeten und suchtkranken Migrant/innen, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 141/III, Nomos, Baden-Baden.
59. Hermann M, Schwantes U. 2003 www.Gesundheitberlin.de
60. Hod M, Orvieto R, Kaplan M, Friedman S, Ovadia S. Hyperemesis gravidarum. A review. J Reprod Med 1994; 39: 605-612.
61. Hoffmann, L.: Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. Med. Klein. 73 (1978), 571-578 (Nr. 16)
62. Jahresgesundheitsbericht 1985. Berlin (1987) 14
63. Jordan, E.: Forschungsdefizite und methodologische Schwierigkeiten. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Herausgegeben von J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Berichte und Materialien Band 17), Düsseldorf 2000
64. Kielhorn, R., (1996), Krank in der Fremde. Psychosozial, 63 (1), 15-27.

65. Koen-Emge, E., (1988), Volksmedizinische Krankheitsvorstellung und Heiler in der Türkei. Heidelberg, Univ., Med. Fak. für Theoretische Medizin, Diss., 1988
66. Laube: Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Diabetes und stoffwechsel 10 (2001) S. 51-57
67. Lub-Moss MMH, Eurelings-Bontkoe FMH. Clinical experience with patient suffering from hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting during pregnancy): thoughts about subtyping of patients, treatment and counseling models. Patient Edu Council 1997; 31: 65-75.
68. M. Poersch-Oezcuermmez et al.: Atherosclerosis 144 (1999) 185-198
69. Marmot MG (1993) Public Health Rev 21: 185-195
70. Manhold, C.: Inaugural-Dissertation, Studie über die Häufigkeit von Vitamin D-Mangel und Osteomalazie bei türkischen Gastarbeitern in Berlin.
71. Mazotta P, Steward D, Atanckovc G, Koren G, Magee LA. Psychosozial morbidity among women with nausea and vomiting of pregnancy: prevalence and association with anti-emetic therapy. J Psychosom Obstet Gynecol 2000; 21: 129-136.
72. O. Razum, Forschungsaktivitäten im Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“, www.uni-bielefeld.de
73. Offermann, G., Manhold, C.: Osteomalazie bei türkischen Gastarbeitern in Deutschland. Inn. Med. J. 1974/2, 293
74. Office federal de la sante publique. Bull OFSP 2002; 9: 168-74
75. Onat A, Surdum-Avci G, J.Epidemiol Community Health 1992; 46:470-6
76. Onat, A. Senocak, MS.: Int J Cardiol 1993; 39 (1): 23-31
77. Onat, A., Senocak, MS.: Int J Cardiol 1994; 51
78. Öff. Gesundheitswesen. 1985; 47: 236
79. Prüfer-Krämer, L., A. Krämer: Gesundheit von Migranten in Deutschland. Public Health Forum 29 (2000) 24-25
80. Ronneburg C. www.taz.de: saure Äpfel bei Volkswagen 2005
81. Röring R. Die Wechseljahre – ein Kulturphänomen. Z Allg Med 1994; 70: 417-420.

82. Runderlass Innenminister NRW v. 29.12.1961, als Anlage zum Rundschreiben Unternehmerverband Ruhrbergbau v. 21.02.1962, Bergbauarchiv Bochum (BBA), 88/280.
83. Satman, Yilmaz, Senguel: Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. *Diabetes Care* 25: 1551-56, 2002
Schirrmacher, G.: Das soziale Netz der Gesundheitsversorgung in der Türkei- eine historische Skizze. In: Collartz, J. E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal. *Gesundheit für alle*. EBV, Hamburg 1985, S. 40-67
84. Sahih Muslim, Buch 032, Nummer 6227
85. Schr. BAVAV an BMA v. 19.10.1962, BA, B 149/22343; Schr. BMI an das Auswärtige Amt v. 04.02.1964, BA, B 106/90129.
86. Stadt-Daignose 2 der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg 2001
87. statistisches Bundesamt, Ausländerzentralregister, S.78 und S. 82
88. statistisches Bundesamt, Ausländerzahlenregister, S.82
89. statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 1989 und 2005
90. Straube, H., (1987), türkisches Leben in der Bundesrepublik. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
91. Tufan, B.: Migration von Arbeitnehmern aus der Türkei (Prozess der Migration und Remigration). In: Chancen und Risiken der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Hrsg. Von E. Koch, M. Özek, W.M. Pfeiffer, R. Schepker. Lambertus, Freiburg i.Br. 1998
92. von Karsa L, Lang A. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, 1995
93. Voit, J., D. Kaya-Heinlein: Migration – Erfolge bei spezialisierten Angeboten. (Leserbrief) *Dt. Ärzteblatt* 97 (2000) B 1078.
94. Weber, I. Diskussionsbeitrag. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (1999) B-466
95. Wiedl K.H., Marschalck P. „ Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung-eine Einführung“
96. Wissenschaftliche Reihe-Band 39.1, die Evas-Studie, 1989
97. women abeit specifically female bodily function, contrception, preventiv medical exeminations and menopause. *Ethnicity & health* 2000; 5: 101-112.

98. www.diabetes-deutschland.de, Massnahmen für Migranten sind ungenügend.
99. www.diabetes-psychologie.de/neunrahrer_presse.htm
100. www.fill.de/Vortraege_Hearing.pdf
101. www.geroweb.de: Gesundheitszustand älterer Migranten
102. www.karatepe.de/pdf_link/InformationVortraegeAeltereMigranten.pdf
103. www.karatepe.de/pdf_link/
104. [www.krebs bei Türken. de](http://www.krebs-bei-tuerken.de)
105. www.uniklinikum-giessen.de/med3/aktuell/20020505.htm
106. www.Wikipedia.de, Begriff Gastarbeiter
107. www.Wikipedia.de, Begriff Anwerbeabkommen
108. www.Wikipedia.de, Begriff Migration und Arbeitsmigration
109. Zellwege J-P. Schweiz Med Forum 2003; 24: 556-558

8. Lebenslauf

1975 wurde ich als zweite Tochter von Kemal und Nurten Surat in Köln geboren.

1981 wurde ich in der Grundschule Garthestr. eingeschult. Von 1985 bis 1991 ging ich in die Realschule Neusserstr. und 1994 machte ich Abitur auf dem Elisabeth von Thüringen Gymnasium. Mein Studium begann ich im gleichen Jahr, es folgte eine kreative Pause von zwei Jahren zwischen dem Physikum und dem 1. Staatsexamen. 2003 heiratete ich und schloss gleichzeitig mein Studium ab.

Seit 2004 arbeite ich in den LVR-Klimiken Köln, mein Fachgebiet ist die Psychiatrie und Psychotherapie.

2006 bekamen wir unser erstes Kind.