

# Kommunikationsprobleme, Mißverständnisse, mangelnde Compliance?

**Familien türkischer Herkunft mit chronisch kranken Kindern in der Kinderklinik**

**Angela Eberding**

## **Zusammenfassung**

*Die Klientel in Kinderkrankenhäusern ist nicht monokulturell deutsch, und die psychosoziale Versorgung muß auch chronisch kranke Migrantenkinder (türkischer Herkunft) und ihre Familien mit einbeziehen. Die Unterstützung familiärer Bewältigungsstrategien von Migrantenfamilien erfordert auf seiten der professionellen MitarbeiterInnen interkulturelle Kompetenz und in den meisten Fällen Kenntnisse in der Muttersprache der Familien. Voraussetzung für adäquate Beratungsarbeit ist daher die Weiterbildung des einheimischen Personals bzw. die Beschäftigung von MuttersprachlerInnen*

## **Einleitung**

In den letzten 10-20 Jahren ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen stark angestiegen. In der einschlägigen Literatur wird von einer Prävalenzrate von 10% ausgegangen (Petermann u. a. 1987, 1990; Bode 1990 u. a.). Durch die Fortschritte der Medizin können viele Erkrankungen, die vor einigen Jahren noch zum Tod geführt haben (z. B. Leukämie, Tumorerkrankungen, Asthma, Mukoviszidose) heute so behandelt werden, daß die betroffenen Kinder eine erheblich höhere Lebenserwartung haben bzw. ihr Überleben gesichert ist. Der Preis ist oftmals eine chronische Krankheit, deren jeweilige Symptome mehr oder weniger gut zu kontrollieren sind.

Auf Kinder und Jugendliche, die an einer solchen Erkrankung leiden, kommen vielfältige Belastungen zu, z. B. durch die weitgehende Unveränderbarkeit bzw. fortschreitende Krankheitsentwicklung, die Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufes, eine allgemein verringerte körperliche Leistungsfähigkeit, die Bedrohung körperlicher Unversehrtheit (z. B. Schmerzen und viele schmerzhaft eingriffe), eine langandauernde Abhängigkeit von medizinischen SpezialistInnen, von Medikamenten, Diäten und Therapiemaßnahmen, Trennungen von Angehörigen durch Krankenhausaufenthalte sowie vielfältige Verluste in persönlicher und sozialer Hinsicht (Beutel 1988).

Doch niemand ist „ganz allein“ krank, immer sind andere Menschen mit betroffen (v. Schlippe, Fortmann, Theilen 1994), bei Kindern und Jugendlichen neben Freunden vor allem die Familie. Die Bewältigung einer chronischen Erkrankung führt notwendigerweise

zu Veränderungen in der gesamten Familie. Das betroffene Kind, seine Eltern und Geschwister müssen sich in ihrem Lebensalltag neu orientieren, Lebenspläne, Regeln und Muster werden infrage gestellt, müssen auf ihre Brauchbarkeit in der neuen Situation überprüft und ggf. verändert werden.

Sowohl der gestiegene Anteil von Kindern mit chronischen Erkrankungen wie auch ein verändertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben zu einem Wandel im Umgang mit chronisch kranken Kindern und ihren Familien geführt. Neben der medizinischen Behandlung tritt die Verbesserung der Lebensqualität immer stärker in den Blickpunkt der Arbeit. So sind in den letzten Jahren in vielen Kinderkliniken Stellen für psychosoziale MitarbeiterInnen (z. B. PsychologInnen, PädagogInnen) geschaffen worden. Wo früher außer der medizinischen Betreuung nur noch das familiäre Bezugssystem für die betroffenen Familien verfügbar war, können diese nun vielfach auch im psychosozialen Bereich professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, um die Folgeprobleme der chronischen Erkrankung zu bewältigen. Dies gilt zumindest für deutsch sozialisierte Familien, die auf muttersprachliche Professionelle stoßen, die deren familiäre Kultur, Werte und Normen meist teilen. Das Klientel in Kinderkliniken ist jedoch ebensowenig monokulturell deutsch wie die Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik. Dies sei am Beispiel der Kinderklinik des Universitätsklinikums Essen verdeutlicht.

**Nichtdeutsche PatientInnen in der Kinderklinik**

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der ausländischen bzw. türkischen Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren im Vergleich zur Wohnbevölkerung der Stadt und des Landes Nordrhein-Westfalen sowie deren Anteil an den PatientInnen der Universitäts-Kinderklinik Essen für das Jahr 1995 im Vergleich.

Abbildung 1: Anteil der ausländischen bzw. türkischen Kinder und Jugendlichen 1994 bzw. \*1995

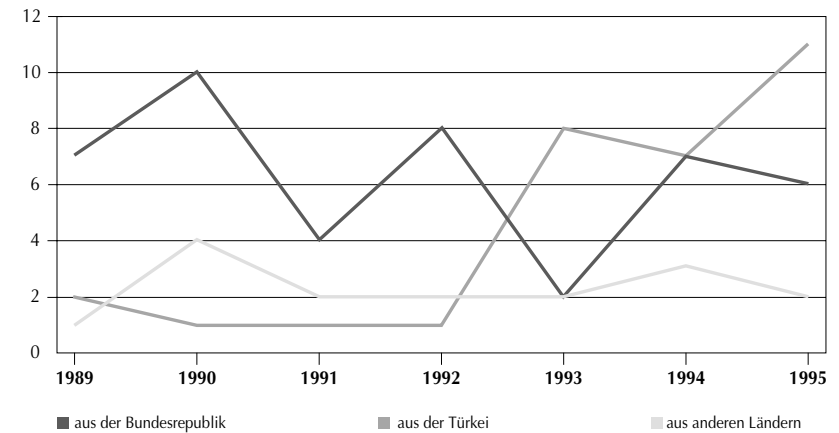
	Nichtdeutsche	aus der Türkei
NRW	22,6%	9,0%
Essen	15,3%	6,1%
Kinderklinik*	22,9%	9,9%

Quellen: Olbing u.a. 1980, MAGS 1995, eigene Recherche

*Im Jahr 1965 betrug der Anteil der ausländischen PatientInnen in der Universitäts-Kinderklinik Essen nur 1,7%. 1975 stieg er bereits auf 13,5% (Olbing u.a. 1980). Im Jahr 1995 wurden 3.910 Kinder aufgenommen, davon 897 (22,9%) mit einer anderen als der deutschen Nationalität. 1975 wurden ausländische Kinder und Jugendliche noch doppelt so häufig stationär aufgenommen wie deutsche (Olbing u.a. 1980), 1995 nur noch wenig häufiger. Ihr Anteil an den PatientInnen der Klinik entspricht weitgehend dem Bevölkerungsanteil ihrer Altersstufe, da die Nachbarstädte von Essen mit einem höheren Ausländeranteil - z. B. Gelsenkirchen, Duisburg, Bottrop - auch zum Einzugsgebiet der Kinderklinik gehören. Der Anteil der TürkInnen unter den Nichtdeutschen betrug sowohl in der Wohnbevölkerung als auch in der Kinderklinik ca. 40% (1995 waren das in der Universitäts-Kinderklinik 387 Kinder und Jugendliche). Das psychosoziale Versorgungsangebot der Kliniken muß auch die Versorgung dieser Migrantenkinder und ihrer Familien umfassen. Neben dem medizinischen und Pflegepersonal sind diese Kinder und Jugendlichen von 13 MitarbeiterInnen des psychosozialen Dienstes betreut worden, die alle Deutsche ohne türkische Sprachkenntnisse und interkulturelle Kompetenz sind.*

Für die Essener Kinderklinik besteht seit 1993 die Möglichkeit, im Rahmen eines DFG-geförderten Projektes<sup>1)</sup>, das in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt ist, einen der Projektmitarbeiter - einen Psychologen türkischer Herkunft und ich als Ausländerpädagogin mit türkischer Sprachkompetenz - zu Konsiliaruntersuchungen hinzuzuziehen. Nach einem Vortrag von mir im Mai 1993 in der Kinderklinik mit dem Titel „Gesundheitsversorgung und Krankheitsverhalten der Dorfbevölkerung in der Türkei“ stieg die Anzahl der angeforderten Konsiliaruntersuchungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stark an, wie die folgende Abbildung verdeutlicht.

Abbildung 2: Anzahl der Konsiliaruntersuchungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Kinderklinik



1) im Rahmendes Schwerpunktprogramms FABER (Folgen der Arbeitsmigration auf Bildung und Erziehung)

*Zwischen 1993 und 1995 wurde der Konsiliardienst für 25 Kinder und Jugendliche türkischer bzw. kurdischer Herkunft in Anspruch genommen. In neun Fällen wurden psychiatrische Störungen im engeren Sinne diagnostiziert (z.B. Bulimie, Konversionsneurose, Enuresis). In den anderen Fällen der Konsultationen (64%) handelte es sich um Folgeerscheinungen von chronischen oder onkologischen Erkrankungen bzw. um den Umgang mit Behinderungen und Entwicklungsrückständen von Kindern und Jugendlichen. Acht Jungen und 12 Mädchen wurden von mir gesehen.*

Neben den Konsiliaruntersuchungen habe ich in den vergangenen drei Jahren an mehreren Fallbesprechungen teilgenommen sowie zwei weitere Fortbildungen und mehrere Unterrichtseinheiten an der Schule für Kinderkrankenpflege zum Thema durchgeführt. Das verstärkte Interesse an Konsiliaruntersuchungen und Weiterbildung von sprach- und kulturkompetenten Fachleuten zeigt, daß die eigenen Ressourcen der MitarbeiterInnen in der Essener Universitäts-Kinderklinik zur Betreuung der Migrantenfamilien oft nicht ausreichen.

Wir wurden um Unterstützung gebeten, wenn die gemeinsame Sprachkompetenz von Familie und medizinischen MitarbeiterInnen nicht ausreichte, um Diagnosen mitzuteilen, über Krankheitsverläufe aufzuklären, Behandlungen abzusprechen, aber auch bei Unsicherheiten der deutschen Professionellen im Umgang mit Angehörigen der fremden Kultur sowie bei problematischem Aufenthaltsstatus von PatientInnen. Insbesondere wurde ich zu Familiengesprächen hinzugezogen, wenn die „Compliance“ der PatientInnen und ihrer Familien nach Einschätzung der MedizinerInnen nicht ausreichend war.

### Mangelnde Compliance

Mangelnde Compliance wird allgemein verstanden als nicht oder unzureichend genaues Ausführen der medizinisch vorgeschriebenen Anordnungen wie z. B. regelmäßige Medikamenteneinnahmen oder das Einhalten von Diäten durch die PatientInnen bzw. deren Familien. Dabei wird meist vorausgesetzt, daß die westlich-moderne Medizin den optimalen Behandlungsrahmen bestimmt und daß der Behandlungserfolg wegen der mangelnden Compliance der Patienten durch deren Unvermögen und/oder Ignoranz gemindert oder sogar verhindert wird. Das Einhalten von medizinisch vorgeschriebenen Anordnungen setzt jedoch voraus, daß BehandlerIn und PatientIn die gleiche Einsicht in deren Notwendigkeit, also auch ein gemeinsames Krankheitsverständnis haben.

### Kommunikationsprobleme

Ein Grund für Non-Compliance kann darin liegen, daß die Informationen über die Krankheit und den Umgang damit von den PatientInnen und ihren Familien nicht genügend genau verstanden worden sind, was - für Migrantenfamilien wie auch für Deutsche - notwendig

ist, um aus medizinischer Sicht, optimal kooperieren zu können (v. Schlippe, Fortmann, Theilen 1994). Daher kann es sinnvoll sein, zu überprüfen, ob PatientInnen und Familie über Diagnose und geplanten Behandlungsverlauf ausreichend aufgeklärt sind. Wichtig ist hier insbesondere, daß das in erster Linie für die Betreuung und Pflege des kranken Kindes verantwortliche Familienmitglied verstanden hat, warum z. B. die regelmäßige Einnahme eines Medikamentes oder das Einhalten einer Diät zur Besserung notwendig ist. In den meisten Fällen ist dies - nicht nur bei Migrantenfamilien - die Mutter. In Familien aus der Türkei kann dies aber auch die Großmutter oder ein anderes weibliches Familienmitglied sein. Dagegen ist der Hauptansprechpartner für das deutsche medizinische Personal häufig der Vater bzw. der Großvater. Es kann sein, daß dieser sich so anbietet, da er aus einem traditionellen Rollenverständnis heraus für die Außenvertretung der Familie, also für die Kontakte mit deutschen Behörden zuständig ist. Darüber hinaus verfügen Mütter und Großmütter in den Familien z. T. über die geringeren Deutschkenntnisse. Das kann dazu führen, daß Aufklärungsgespräche stattgefunden haben, in denen ein Familienmitglied die Ausführungen der MedizinerInnen ihren Möglichkeiten entsprechend der Mutter übersetzt hat, ohne daß diese wirklich verstanden hat, warum z. B. die Einhaltung einer Diät für ihr Kind wichtig ist. Da die Familie auf Nachfrage höflich angibt, alles verstanden zu haben, ist es für die behandelnde Ärztin nicht nachzuvollziehen, warum ihren Anweisungen nicht Folge geleistet wird. Hierzu ein Beispiel:

*Der 14jährige Timur<sup>2)</sup> leidet seit Jahren an einer Glycogenose Typ Ib mit krankheitsbedingtem Minderwuchs und Adipositas. Die Diät, die die Erkrankung erfordert, wird von T. nicht eingehalten. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes besuchen wir die Familie zuhause.*

*T. ist der jüngste der vier Kinder der Familie K. Die Eltern sind in einem Dorf in Mittelanatolien aufgewachsen, der Vater hat die fünfjährige Pflichtschule besucht und ist 1972 nach Essen migriert. Seine Frau ist Analphabetin und ihrem Mann 1972 hierher gefolgt. Die Kinder sind alle hier geboren. In der Familie herrscht eine dörflich-traditionelle Rollenteilung, in der sich alle eingerichtet haben.*

*Die geringen Deutschkenntnisse der Mutter haben bei allen Gesprächen mit dem behandelnden Arzt eine Übersetzung gefordert, die entweder vom Ehemann oder von dem ältesten Sohn geleistet wurde. Aufgrund von Sprachbarrieren sowie der geringen Kenntnisse der Mutter über Körperfunktionen und Funktionsstörungen hat Frau K. die Notwendigkeit einer Diät ihres Sohnes nicht verstanden. Aufgrund ihres Krankheitsverständnisses und ihrer traditionellen Vorstellung einer „guten Mutter“ wollte sie ihrem jüngsten Sohn keine weitere Einschränkungen (Diät) zumuten. Im Gegenteil, da für die Essenzubereitung zuständig, „verwöhnt“ sie ihren kranken Jüngsten mit Süßem. Statt ihn bei der Einhaltung seiner Diät zu unterstützen, wählt sie eine für die türkische Kultur typische Zuwendungsform, das orale Verwöhnen.*

- *Wie also mit den weiblichen Familienmitgliedern ins Gespräch kommen, ohne den Männern gegenüber unhöflich zu sein?*

<sup>2)</sup> alle Namen wurden geändert

- *Wie sind komplizierte Zusammenhänge ohne gemeinsame Sprachkenntnisse verständlich zu machen?*
- *In welchen Situationen ist es sinnvoll bzw. in welchen kontraindiziert, mit einzelnen Familienangehörigen über Dolmetscher (z. B. andere Familienmitglieder oder das Küchenpersonal) in Kontakt zu treten?*

### Kulturtypische Krankheitsvorstellungen

Bei Familien mit fremdem Kulturhintergrund ist zu klären, ob der Grund für das Nichtbefolgen von medizinischen Anordnungen das Resultat von kulturtypischen Krankheitsvorstellungen (siehe hierzu z. B. Kroeger et al. 1986, Eberding 1994) ist, ob sich die betroffenen Familienmitglieder aufgrund von wechselseitigen Fehlerwartungen, Mißverständnissen oder Unkenntnis der jeweils fremden Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen nicht in der Lage sehen, ihre Lebenspläne, Regeln und Muster im geforderten Maße zu verändern. Die Erwartungen an das westlich-medizinische Gesundheitssystem sind bei Familien aus der Türkei oft sehr hoch. Dies kann eine Ursache darin haben, daß die formelle Krankenversorgung für einen großen Teil der Bevölkerung in der Türkei nicht erreichbar bzw. so teuer ist, daß die Behandlung einer schweren Erkrankung eines Familienmitgliedes zum finanziellen Ruin dieser Familie führen kann (siehe hierzu Schirmmacher 1985, Kroeger et al. 1986, Neumann, Yetimoglu 1986, Eberding 1994). Wenn nun durch das hier bestehende Versicherungssystem das moderne Gesundheitswesen allgemein zugänglich ist, kann die Enttäuschung um so größer sein, wenn festgestellt werden muß, daß auch hier nicht jede Krankheit zu heilen ist. Eine Familie kann (spätestens) in diesem Falle auf traditionelle Krankheitskonzepte und Krankheitsempfindungen zurückgreifen, da diese lang überlieferten kulturellen Einflüssen unterliegen, die erst allmählich, zum Teil erst nach Generationen, an Kontur verlieren und durch neue Einflüsse überfärbt werden (Koen-Emge 1988).

*Die z. Z. des Erstkontaktes 14jährige Berrin hat gerade die Behandlung eines Morbus Hodgkin-Rezidivs abgeschlossen. Wir werden hinzugezogen, um zu klären, ob die Herzschmerzen und Angstzustände, über die das Mädchen klage, auf eine Psychose hinweisen. Berrin habe in Gesprächen erwähnt, sie fürchte sich vor Geistern, dem Teufel, dem Weltuntergang etc. Die Eltern des Mädchens - insbesondere die Mutter - werden als sehr zurückhaltend und verschlossen geschildert. Sie besuchten Berrin zwar regelmäßig, suchten aber kaum Kontakt zum Personal. Die Kommunikation laufe in erster Linie über Berrins ältesten Bruder.*

*Bei einem Hausbesuch, in dem sich die Mutter in ihrer gewohnten Umgebung aufhielt, erstaunte sie die anwesende Sozialarbeiterin, die Berrin regelmäßig betreut hatte, durch Lebendigkeit, Gesprächigkeit, Offenheit.*

*Die Familie E. ist kurdischer Herkunft und stammt aus einem Dorf einer Provinz im Osten der Türkei mit vorwiegend kurdisch-alevitischer Bevölkerung. Beide Eltern seien nicht zur Schule gegangen, die Mutter habe erst in Deutschland Türkisch sprechen gelernt. Die Familiensprache sei jetzt türkisch/kurdisch gemischt, B. selbst spricht außerdem akzentfrei Deutsch. Der Vater lebt bereits seit ca. 30 Jahren hier. B. ist die jüngste der vier Kinder der Familie E. und hier geboren. Im*

*Haushalt leben außer ihr und den Eltern noch ein verheirateter Bruder mit Frau und Kind. Auch die anderen Geschwister seien (mit Ehepartnern aus der Türkei) verheiratet. B. kann offen über Ängste wegen eines drohenden Weltuntergangs berichten, der im Koran für das Jahr 2000 angekündigt sei. Die zerstörte Umwelt, Atomkraft, Kriege und immer mehr Katastrophen sieht sie als Vorzeichen. Der Islam - mit vielen Vermischungen aus vorislamischen Volksreligionen der Region (Geisterglaube, Zauber etc.) - scheint eine wichtige Rolle in B.s Phantasien zu spielen. Sie berichtet, daß die Mutter ihr erzählt habe, ihre Erkrankung sei eine Strafe des Teufels. Ihre Ängste weisen u. a. nicht auf einen psychotischen Zustand hin, sondern vielmehr auf familiäre kulturtypische Krankheitsvorstellungen (siehe hierzu Ferber, Gräßlin, die in ihrem Bericht u. a. Religion, Sitten und Bräuche der Dersim-Kurden aus dem Gebiet von Tunceli schildern.). In Gesprächen kann B. darin unterstützt werden, die Widersprüche zu integrieren zwischen der magisch-animistischen Welt der sehr traditionell orientierten, dörflichen Familie und dem westlichen naturwissenschaftlichen (Gesundheits)System, in dem sie sich bewegen muß. Es gelingt, die Familie immer wieder miteinzubeziehen, so daß B. beschwerdefrei wird und nach einigen Monaten die Kontakte nur noch sporadisch stattfinden. Erst nachdem die Familie durch ein Karzinom des Vaters erneut belastet ist, nimmt B. die regelmäßigen Gespräche wieder auf. Ein weiterer Familienbesuch ist z. Z. geplant.*

Die Enttäuschung der Erwartung, das Kind werde in einem deutschen Krankenhaus geheilt, kann auch als eine (weitere) schlechte Erfahrung mit deutschen Institutionen bewertet werden. Im Sinne einer psychosozialen Abwehr kann eine Migrantenfamilie auf die Diagnose einer schweren oder chronischen Erkrankung oder von Entwicklungsrückständen/Behinderungen reagieren, indem das Krankenhauspersonal beschuldigt wird, die Familie schlecht behandelt zu haben, weil sie Ausländer seien.

- *Wie sind Vorurteile und Mißtrauen auf seiten der Familien und der MitarbeiterInnen zu vermeiden/zu verringern?*
- *Wenn in den Lernzielkatalogen für Aus- und Weiterbildung die Vermittlung von soziokulturellem Hintergrundwissen fehlt, woher sollen monokulturell ausgebildete Mitarbeiter in Kinderkliniken die Kenntnisse über kulturell überlieferte Krankheitsvorstellungen und Heilmethoden von Familien aus der Türkei kennen? Wie sind dann tradierte Körper- und Krankheitsvorstellungen zu erfragen?*

### Krankheitsbewältigung und Sprache

Für Familien aus der Türkei mit einem chronisch kranken Kind gilt sicher genau wie für alle anderen Familien auch:

*„Chronizität, das heißt nicht bzw. nicht nur, eine Krankheit zu haben und an ihr über einen nicht absehbaren Zeitraum zu leiden, sondern heißt vor allem: über Krankheit zu sprechen, mit sich selbst, mit anderen. Sprache ist hier in einem umfassenden Sinne gemeint: als die spezifisch menschliche Möglichkeit, nicht nur auf eine äußere Wirklichkeit zu reagieren, sondern sie weitgehend durch soziale Bedeutungsprozesse zu schaffen und zu strukturieren, und zwar nicht für sich allein, sondern gemeinsam mit anderen.“ (v. Schlippe, Fortmann, Theilen 1994)*

D.h. die Art und Weise, in der in einer Familie über die chronische Krankheit gesprochen wird, kann Handlungsoptionen erweitern oder einschränken, Bewältigungsmöglichkeiten einengen oder alternative Freiräume erschließen. Durch das Sprechen über die Krankheit können die eigenen und familiären Potentiale gestärkt oder auch geschwächt werden. Psychosoziale Beratungsarbeit mit Migrantenfamilien erfordert einen offenen, wertneutralen Rahmen, in dem von den Betroffenen alltägliche Belastungen, Bewältigungsversuche und vor allem auch belastende Gefühle im Zusammenhang mit der Erkrankung angesprochen werden können. Hierfür unumgänglich ist eine gemeinsame Sprachbasis sowie eine Atmosphäre, in der - dem monokulturell sozialisierten Deutschen auch fremd erscheinende - Interaktionsmuster, Sichtweisen und Lösungen mit Respekt ressourcenorientiert betrachtet und wertgeschätzt werden (siehe hierzu auch v. Schlippe, Theiling 1994).

*Der fünfjährige Murat leidet an einer akuten lymphatischen Leukämie. Im Krankenhaus wird er von seiner Mutter und seiner Großmutter betreut. In Gesprächen tritt der Großvater in den Vordergrund, der Vater ist kaum präsent. Wir wurden hinzugezogen, weil M. seine Medikamente nicht einnimmt, nicht mit dem Personal spricht, die Eltern als hilflos eingeschätzt werden. Ein Gespräch mit der Mutter, als wichtigster Bezugsperson, ist wegen deren mangelnder Deutschkenntnisse nicht möglich. In der Fallbesprechung wurde außerdem beschrieben, die Großmutter „mische sich ein“, versuche, ihrer Schwiegertochter die Verantwortung aus der Hand zu nehmen, aufgrund der schlechten Deutschkenntnisse gäbe es Sprachschwierigkeiten betr. Aufklärung und Behandlungskonzept. Selda, Murats zweijährige Schwester, verhalte sich auffällig unruhig auf der Station, sei von der Mutter nicht „zu bändig“, Murat verhalte sich abweisend gegenüber den „Fremden“.*

*In einem ersten Gespräch werden mit den Eltern (in Gegenwart von Selda, die sich nach einer Anwärmphase (Joining) in ihrer Muttersprache adäquat verhält - die Kontextfragen geklärt: Die Familie B. stammt aus einem Dorf in Mittelanatolien. Der Vater von Herrn B. ist bereits 1969 in die Bundesrepublik migriert und hat seine Frau und seine Kinder 1981 nachgeholt. Frau B. lebt erst seit ihrer Eheschließung vor 6 Jahren in Essen. Sie wohnt mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern im gleichen Haus wie ihre Schwiegereltern, Murat hatte vor seiner Erkrankung ein sehr enges Verhältnis zu seinen Großeltern, Frau B. beschreibt das Verhältnis zu ihren Schwiegereltern positiv. Sie bedauert, ihre Schule in der Türkei abgebrochen zu haben, als sie heiratete. Hier hat sie nicht nur die Rolle einer Ehefrau und Mutter zu erfüllen, sie ist auch „gelin“ (Schwiegertochter) mit festgelegten Aufgaben gegenüber ihrer Schwiegermutter. Herr B. arbeitet als angelernter Arbeiter, Nachtschicht. Beide Eltern verfügen über ein nur basales Wissen über Körperfunktionen. Die Erkrankung ihres Sohnes sei wie ein Schock über die leidlich funktionierende Familie hereingebrochen.*

*An einem zweiten Gespräch nehmen zusätzlich die Großeltern, die behandelnde Ärztin und ein Sozialarbeiter teil. Hier übernimmt der Vater von Herrn B. die Gesprächsführung; nachdem er als Familienoberhaupt in seiner Verantwortlichkeit gewürdigt worden ist, können sich auch Frau B. und z.T. ihre Schwiegermutter beteiligen. Bei den Großeltern wird ein traditionelles Krankheitsverständnis deutlich. Die Krankheit wird als Bestrafung gesehen, nach möglichem Fehlverhalten wird gesucht. Von unserer Seite kann in diesem Gespräch eine teilweise Entlastung erreicht werden, da es der Familie nun möglich ist, Fragen zu stellen und Angst zu äußern (z.B. betreffend Nebenwirkungen der Behandlung von Murat). Gemeinsam mit Familie und Personal kann*

*erarbeitet werden, daß das Verhalten der Großeltern im Rahmen der großfamiliären Ausrichtung der Familie eine positive Ressource ist.*

*Im Folgezeitraum bessert sich der körperliche wie auch der emotionale Zustand des Jungen, Mutter und Großmutter teilen sich die Betreuung der Kinder, wobei die Mutter eher für Murat, die Großmutter eher für Selda zuständig ist. Weitere Gespräche finden - auch auf ausdrücklichen Wunsch von Frau B. - gemeinsam mit der türkischsprachigen Ausländerpädagogin statt.*

Im Regelfall bestehen auf Seiten der Beschäftigten in deutschen Kinderkliniken wenig Kenntnisse über die soziokulturellen Hintergründe der Patientenfamilien, kaum oder keine Sprachkenntnisse. In seltenen Fällen sind MuttersprachlerInnen als Fachkräfte beschäftigt. In Ermangelung anderer kurzfristig praktikabler Lösungen werden immer wieder Familienangehörige, zufällig anwesende Eltern anderer Kinder mit Sprachkompetenz, Reinigungs- und Küchenpersonal türkischer Herkunft zum Dolmetschen eingesetzt, obwohl es in den meisten Fällen den ärztlichen und psychosozialen MitarbeiterInnen bewußt ist, daß dies eine unbefriedigende Notlösung ist. Bei einem solchen Vorgehen können oftmals nicht alle Kommunikationsbarrieren und Mißverständnisse ausgeräumt werden, z. T. entstehen neue Beispiele:

- Einer Putzhilfe kann es ebenso schwer fallen wie dem männlichen Familienoberhaupt, gegenüber MedizinerInnen und der Familie zuzugeben, daß die medizinische Fachsprache nicht vollständig verstanden wird. Es wird übersetzt, was er oder sie meint verstanden zu haben.
- Mit Putzhilfen oder Kindern als ÜbersetzerInnen werden Eltern oftmals aus Scham nicht offen sprechen
- Kinder für ihre Eltern übersetzen zu lassen, stellt die Familienhierarchie auf den Kopf und ist kontraindiziert, wenn in einem Gespräch psychosoziale oder Familienprobleme behandelt werden.

#### **Was ist bei Beratungsarbeit mit Migrantenfamilien aus der Türkei zu beachten?**

Psychosoziale Beratung von Migrantenfamilien kann in Einzelfällen kaum von der Arbeit mit einheimischen Familien abweichen. In anderen Fällen kann sie mehr Geduld und Zeit - z.B. für den Aufbau einer Vertrauensbasis - in Anspruch nehmen. In jedem Fall ist es sinnvoll, sich für jede einzelne Familie, für jedes Familienmitglied, das in die Betreuung des chronisch kranken Kindes eingebunden ist, Zeit für ein ausführliches *Joining* zu nehmen, d.h. mit jedem Familienmitglied einen Kontakt herzustellen, der zunächst nicht problembezogen ist (siehe hierzu auch v. Schlippe, Theiling 1994). Dazu gehört es, den familiären Kontext zu klären, u.a. wo die Eltern aufgewachsen sind (so kann es beispielsweise notwendig sein, mit Frauen, die in einem kurdischen Dorf aufgewachsen sind, kurdisch zu sprechen), wie die Familie z. Z. lebt (z. B. eher in ihrer heimatlichen Lebenswelt verwurzelt

oder nicht), wer in der Familie lebt und wer für die Versorgung der Kinder und gesundheitliche Fragen zuständig ist. In einem weiteren Schritt wäre das Krankheitsvorstellungen zu erfragen, das biologisch-medizinische Wissen einzelner Familienmitglieder, inwieweit auf traditionelle Krankheitskonzepte und Heilmethoden zurückgegriffen wird und inwieweit die bisherigen (auch kulturtypischen) Bewältigungsformen situationsadäquat sind, welche Werte, Muster, Pläne etc. für die Familie zu einer Erweiterung der Spielräume im Umgang mit der chronischen Krankheit führen und welche eher einengend sind.

Zu beachten ist, in wieweit in einer Familie eine traditionell dörfliche Familienkultur mit autoritär/hierarchischen Strukturen und einem großen Maß an Nähe und Kollektivismus vorherrscht. Ein stereotypes Bild von „der türkischen Familie“ wie etwa die Auffassung, alle Familien teilten vor und auch in der Migration das gleiche Werte- und Normensystem, ist nicht nur unzutreffend, sondern auch schädlich im Beraterischen Umgang. Eine solche Betrachtungsweise versperrt die Sicht auf die individuellen Besonderheiten des jeweiligen Gegenübers und auch die Suche nach situationsadäquaten Problemlösestrategien.

Treffe ich jedoch auf eine Familie mit einem dörflichen-hierarchischen Werte- und Normensystem, ist es sinnvoll, zunächst die hierarchische Struktur zu achten, d.h. zuerst des Familienoberhaupt anzusprechen und ihm zu erklären, warum ich die mit der Erziehungsaufgaben beschäftigten Frauen befrage, wenn ich Informationen über die Kinder benötige.

Es sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt, daß sinnvolle Beratungstätigkeit - auch mit Migrantenfamilien - nur geleistet werden kann, wenn die Familie ihre Betroffenheit von der Krankheit und ihre damit im Zusammenhang stehenden Gefühle mitteilen kann (Könning 1994). Dies muß alle am Kommunikationsprozeß Beteiligten einschließen. Hierzu ist eine gemeinsame Sprachbasis notwendig. Sollten Gespräche in Deutsch geführt werden und einzelne Familienmitglieder über geringe Deutschkenntnisse verfügen, reicht es oft aus, langsam und deutlich (in grammatikalisch richtigem Deutsch, bitte nicht im Sinne von: „*Ich Dr. Müller, du Mutter von Ertan ...*“<sup>3)</sup>!) zu sprechen und anschauliche Bilder und Beispiele zu benutzen. Falls dies nicht ausreicht, bezahlen die Krankenkassen DolmetscherInnen. Diese sollten nach Möglichkeit speziell geschult sein<sup>4)</sup>. Übersetzen können auch zweisprachige PraktikantInnen.

Die gemeinsame Sprachbasis kann jedoch auch die Muttersprache der Migrantenfamilien sein. Es gibt inzwischen an einigen Orten<sup>5)</sup> Türkischkurse, die sich speziell an MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen richten. Umfassend kann situationsadäquate Beratungsarbeit durch muttersprachliche und interkulturell kompetente Fachkräfte geleistet werden.

3) im Türkischen heißt diese Sprache „Tarzanca“

4) Entsprechende Fachkräfte werden z. B. im Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover und in Hamburg weitergebildet.

5) z. B. in Essen von der Volkshochschule und dem IMAZ der Gesamthochschule ausgerichtet

### Schluß

Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch kranker Kinder ist zu einer wichtigen Versorgungsaufgabe in Kinderkliniken geworden. Dies gilt für einheimische ebenso wie für Migrantenkinder. Voraussetzungen für eine familienorientierte psychosoziale Betreuung der Familien sind:

- eine offene wertschätzende Atmosphäre auch für kulturtypische Krankheitsvorstellungen und Bewältigungsversuche der Familien
- Vermittlung von migrationspezifischen und Sprachkenntnissen als Bestandteil der Berufsausbildung deutscher Professioneller im Gesundheitswesen sowie Weiterbildungsmaßnahmen zu diesen Themen in den Kliniken
- die Beschäftigung von muttersprachlichem Fachpersonal, entsprechend dem Anteil an der Wohnbevölkerung.

Letztlich erhöht die optimale Versorgung auch der zugewanderten Familien die Arbeitszufriedenheit des einheimischen Personals. Die Erfahrungen in unserem Projekt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Essen zeigen, daß durch positiv verlaufende interkulturelle Kontakte auf Seiten der Einheimischen *und* der Migrantenfamilien Stereotype und Fremdheitsgefühle auf beiden Seiten abgebaut werden, was als positiver Beitrag zum Umgang mit der Multikulturalität unserer Gesellschaft gewertet wird.

### Literatur

- Beutel, M. 1988: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin.
- Bode, U. 1990: Psychosoziale Versorgung chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, F. et al. (Hrsg.), S. 13-16.
- Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Koporal, J. (Hrsg.) 1985: Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: ebv - Rissen.
- Eberding, A. 1994: Kommunikationsbarrieren in der Erziehungsberatung von Migrantenfamilien aus der Türkei. Frankfurt: IKO.
- Gruber, E., Gruber, G. 1980: Zum Problem der Kinder ausländischer Arbeitnehmer aus der Sicht eines Weddinger Kinderarztes. In: Hellbrügge, T. (Hrsg.), S. 84-99.
- Hellbrügge, T. (Hrsg.) 1980: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. München: Urban und Schwarzenberg.
- Koen-Emge, E. 1988: Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Heidelberg: Unveröffentlichte Dissertation.
- Könning, J., Szczepansky, R., v. Schlippe, A. 1994: Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke.
- Könning, J. 1994: Ein multidimensionales Konzept der Bewältigung chronischer Krankheit. In: Könning, J. et al. S. 45-60.

Angela Eberding

- Kroeger, A., Koen, E., Weber, W., Streuch, K. 1986: Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeiterfamilien. Heidelberg: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 1995: Ausländische Arbeitnehmer in Nordrhein-Westfalen - Zahlenspiegel 1994. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen.
- Neumann, R., Yetimoglu, M. 1986: Türkisch am Krankenbett. Berlin: Express.
- Olbing, H., Gockeln, R., Kerstan, J., Koslowski, B. 1980: Kinder ausländischer Arbeitnehmer im stationären Patientengut einer pädiatrischen Schwerpunktambulanz.  
In: Hellbrügge, T. (Hrsg.), S. 54-60.
- Petermann, F. 1990: Psychosoziale Folgen chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter.  
In: Petermann, F. et al. 1990, S. 17-22
- Petermann, F., Bode, U., Schlack, H. G. (Hrsg.) 1990: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Petermann, F., Noecker, M., Bode, U. 1978: Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- v. Schlippe, A., Fortmann, J., Theiling, S. 1994: Die Bewältigung chronischer Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: Könnig, J. et al, S. 45-60.
- v. Schlippe, A., Theiling, S. 1994: Familienorientierte Arbeit im Kontext chronischer Krankheit.  
In: Könnig, J. et al, S. 125-137.
- Schirmacher, G. 1985: Das soziale Netz und die Gesundheitsversorgung der Türkei - eine historische Skizze. In: Collatz, J. et al. (Hrsg.), S. 40-66.
- Werhahn, P. 1978: Probleme der Ausländerkinder aus der Sicht des Kinderarztes.  
In: Der Kinderarzt, Heft 4, S. 493-496; Heft 5, S. 643-646; Heft 6, S. 789-851.
- Werhahn, P. 1985: Türkisch - türkische Verständigungsprobleme.  
In: Der Kinderarzt, Heft 12, S. 1693-1700.
- Zimmermann, E. 1985: Ausländische Kinder im Krankenhaus - Das Freiburger Modell der medizinischen Versorgung und psychosozialen Betreuung ausländischer Kinder und ihrer Eltern in der Universitätsklinik. In: Collatz, J. et al. (Hrsg.), S. 400-423.
- Zimmermann, E., Petykowski, W. 1983: Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Probleme in der Pädiatrie. In: Der Kinderarzt, Heft 9, S. 1113-1122.

Dr. Angela Eberding  
Rheinische Landes- und Hochschulklinik  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Postfach 103043  
45030 Essen

