

Wenn die Tochter beim Arzt übersetzt

Die Charité-Professorin Ulrike Kluge über Migranten und das Gesundheitssystem: Es muss Lösungen für Verständigungsprobleme geben

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeutinnen können Dolmetscherleistungen in Anspruch nehmen, wenn sie Patienten versorgen, die nicht so gut Deutsch sprechen können. Das wissen viele nicht. Charité-Professorin Ulrike Kluge forscht zu Migration und Versorgung, sie findet: Dolmetscherleistungen müssten längst Teil der deutschen Regelversorgung sein. Sie erklärt im Gespräch, wieso es nicht so vernünftig ist, dass Arzthelferinnen oder Familienmitglieder das Übersetzen im Arztzimmer übernehmen und warum nicht alle Situationen für professionelle Sprach- und Kulturmittel geeignet sind.

Frau Kluge, das Gesundheitskollektiv Berlin erklärte in einem Gespräch, dass es viele Fälle gibt, wo Menschen mit ausländisch klingendem Namen oder solche, die nicht so gut Deutsch sprechen, bei Terminvereinbarungen zum Beispiel bei einem Facharzt schnell mal abgewimmelt werden. Ist die Gesundheitsversorgung in Berlin diskriminierend?

Ja und nein. Ich würde hier eher sagen, dass struktureller Rassismus eines der größeren Probleme ist, mit dem wir in Deutschland zu kämpfen haben. Das wissen wir aus der Rassismus-Forschung. In fast allen sozialstaatlichen Infrastrukturen wie Wohnen, Arbeit, Bildung können diskriminierende Praxen und Infrastrukturen und entsprechendes Verhalten beobachtet werden. Wieso sollte das im Gesundheitswesen anders sein? Dabei geht es eben nicht in erster Linie darum, dass Einzelpersonen Patienten aus bewusst rassistischen Motiven abwimmeln, sondern eher mit klassischen Argumenten kommen wie: Wenn jemand in Deutschland lebt, muss er erwartbar sein, dass die Person auch Deutsch spricht. Wenn das nicht der Fall ist, muss sie sich selbst bemühen, um für ihre eigene gesundheitliche Versorgung von jemandem begleitet zu werden, der die Sprache beherrscht. Und diese Haltung – und dass diese oft nicht infrage gestellt und nicht genug Offenheit an den Tag gelegt wird – ist sicher bei nicht wenigen Professionellen aus dem medizinischen oder pflgerischen Kontext zu finden.

Und was sind die Gründe für das „Nein“?

Es gibt hierzu keine empirischen Zahlen, die eine solche Aussage verifizieren oder falsifizierend ließen. Aber: In den vergangenen Jahren sind viele Anstrengungen unternommen worden, um antirassistische Strategien zu entwickeln oder Kompetenzen im Bereich von kultureller Diversität oder Migration zu stärken. Es liegt heute ein ganz anderes Augenmerk auf dieser Thematik. Wenn wir nach Behandlungsangeboten für Menschen aus unterschiedlichen migrantischen Communities in Berlin suchen, gibt es mehr Projekte, Angebote, Schulungen für entsprechende Gruppen, und dies ist mittlerweile auch stärker in der Regelversorgung der Fall.

Wie kam es zu dieser Entwicklung?

Lange Zeit hat man bezüglich der Barrieren und des Zugangs von Geflüchteten und Migrantinnen zur Gesundheitsversorgung eher dazu geforscht: Wie bewege ich sie, das deutsche Gesundheitssystem besser zu verstehen? Die implizite Annahme war, sie hätten ein anderes Verständnis zum Beispiel davon, was Psychotherapie ist. Von dieser Perspektive ist man zunehmend abgerückt und hat sich angeschaut, was eigentlich das System leisten muss, damit der Zugang erleichtert oder ermöglicht wird.

Dazu zählt sicherlich auch die eingeschränkte muttersprachliche Versorgung in Deutschland.

So ist es. Das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten stellt



Gerade bei Geflüchteten gibt es häufig sprachliche Barrieren im Dialog mit dem Arzt oder Psychologen.

IMAGO/IKON IMAGES

seit einiger Zeit einen Fond für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung, damit sie Dolmetscherleistungen bei der Behandlung von Asylsuchenden beantragen und abrechnen können. Das Problem ist, dass es in unserem auf Effizienz ausgerichteten Gesundheitssystem dennoch eine Vielzahl von Kollegen gibt, die sagen, dass sie gerne dazu bereit sind, Geflüchtete oder Menschen aus migrantischen Communities, die nicht hinreichend Deutsch beherrschen, zu versorgen. Sie sehen sich aber nicht in der Lage, den administrativen Aufwand, den es erfordert, Dolmetscherleistungen in Anspruch zu nehmen, zu bewältigen.

Was kann man da tun?

Wir haben deshalb nach einer mehrjährigen Forschung zur Interkulturellen Öffnung der psychosozialen Versorgung in Berlin eine Projektidee entwickelt und das psychosoziale Ressourcenetzwerk zur interkulturellen Öffnung TransVer gegründet. Die niedergelassenen Kolleginnen, die Interesse an der Arbeit mit Dolmetschern haben, können sich an uns wenden, und wir beraten und unterstützen sie bei der Bewältigung des administrativen Verfahrens. Das ist ein Lösungsansatz, der zwar wichtig ist, aber nicht den Kern des Problems trifft. Dolmetscherleistungen müssten längst Teil der Regelversorgung sein – abrechenbar entweder als Krankenkassenleistungen oder als Leistungen des Sozialgesetzbuches.

Und wieso ist es bei Dolmetscherleistungen noch nicht der Fall?

Die Argumentation lautet, dass es perspektivisch zu kostenintensiv wäre, weil es zu viele Personen gäbe, die nicht hinreichend Deutsch sprechen. Aus der Praxis wissen wir aber, dass wir genauer hinschauen müssen, wer Dolmetscherleistungen in Anspruch nimmt. Zum Beispiel Patientinnen, die geflüchtet und aufgrund ihrer psychischen Verfassung nicht in der Lage sind, Deutsch zu lernen. Oder Personen, die eingewandert sind,

viele Jahre in sozial schwächeren migrantischen Kontexten gelebt haben und für die es deshalb schwierig war, den Zugang zur Sprache zu finden. Bei Menschen, die in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland leben, ist der Spracherwerb gar kein Thema mehr. Das Verhältnis zwischen denen, die die Unterstützung bräuchten und denen, die sie nicht brauchen, muss bei der Finanzierungsdebatte eine Rolle spielen. Zugleich lassen die

Behandlung oder bei einer schwierigen psychiatrischen Behandlung übersetzen soll. Das kann zu belastenden Loyalitätskonflikten innerhalb der Familien führen und sich auch ganz banal aufgrund sprachlicher Fehler direkt auf die Versorgung des Patienten auswirken.

Aber der Praxisalltag sieht so aus. Und auch die Tatsache, dass Arzthelferinnen oder Pflegekräfte mal schnell in die Sprechstunde gehen

bundesweites, standardisiertes Berufsbild für Sprachmittler für den sozialen und den Gesundheitsbereich zu entwickeln und die entsprechenden Qualifizierungen anzubieten. Die Sprint Genossenschaft zum Beispiel bildet Migrantinnen und Geflüchtete auf dem zweiten Bildungsweg zu Sprach- und Kulturmittlerinnen aus.

Wie sehen die Dolmetscherleistungen praktisch gesprochen aus?

Der Gemeindedolmetschendienst in Berlin und die Sprint-Kollegen bieten Dolmetscherleistungen von Angesicht zu Angesicht an, oder per Video- oder Telefonschleife. Je nach Einsatz sind die Kosten unterschiedlich – was wiederum damit zu tun hat, dass es kein einheitliches Berufsbild gibt, es keine Kassenleistung ist und damit kein fester Abrechnungssatz gilt.

Sie sagten, dass es keine gute Idee ist, dass Laien das Dolmetschen übernehmen. Können Sie das genauer erklären?

Laiendolmetscherinnen, die keine Ausbildung haben, geraten häufiger in die Situation, dem gesagten Sinn geben zu wollen, helfen zu wollen, dass die Verständigung gelingt, und bleiben damit oft nicht in der Rolle des Dolmetschers. Das zeigt sich dann entweder darin, dass sie der Sprechenden Person ins Wort fallen oder sehr emotional reagieren, beispielsweise bei einer schwierigen Diagnose. Aber auch das Fachvokabular fehlt ihnen häufiger oder eine realistische Einschätzung ihrer eigenen Sprachkompetenz.

Manche Vereine, die sich für eine interkulturelle Versorgung starkmachen, sehen die Lösung in Stadtteilgesundheitszentren, wo schwerpunktmäßig Mediziner mit verschiedenen Sprachkenntnissen arbeiten.

Unter denen, die so bemüht sind, was zu ändern, haben sich ein Stück weit zwei Lager gebildet: Die einen, die sagen, dass mehr Dolmetscher gebraucht werden. Und die anderen, die davon überzeugt sind, dass sobald hinreichend muttersprachliche ärztliche und therapeutische

Angebote vorhanden sind, auf Dolmetscher verzichtet werden kann. Man muss aufpassen, dass man nicht das eine gegen das andere ausspielt. Nur ein Beispiel: In unserem Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité haben wir Patientinnen aus 90 verschiedenen Herkunftsländern behandelt. Auch bei TransVer werden Menschen aus mehr als 100 verschiedenen Ländern beraten. Teils werden bestimmte Sprachen nur von ein bis zwei Personen gesprochen. Dafür dann jeweils eine Beraterin einzustellen wäre unrealistisch. Es muss also ein Zusammenspiel geben von Dolmetscherinnen und Muttersprachlerinnen. Viele niedergelassene Kollegen wissen gar nicht, dass es überhaupt diese Dolmetscherleistungen gibt.

Können sich also auch Patienten an TransVer wenden?

Ja! Wir hören uns dann genau an, worum es geht, was die Vorgeschichte des Patienten ist, welchen Migrationshintergrund er hat, wo er wohnt, welche Sprache er spricht. Wenn er sagt, er möchte zu einer türkischsprachigen Ärztin, dann versuchen wir zu klären, ob er das nur sagt, weil er nicht hinreichend Deutsch sprechen kann und Diskriminierung befürchtet.

Bei den Dolmetscherleistungen: Werden die Patienten mitbefragt, wer für sie übersetzen soll?

Ja, da muss man auch wachsam sein. Ein Beispiel: Häufig möchten Patientinnen aus Afghanistan nicht, dass jemand aus der afghanischen Community für sie übersetzt – aufgrund der politischen Hintergründe – und favorisieren es, dass jemand aus dem Iran das Dolmetschen übernimmt.

Ich kann mir gut vorstellen, dass Dolmetscherleistungen bei manchen Patienten auf Vorbehalte stoßen könnten.

Da muss man natürlich auch abwägen. Eine Person aus der kurdischen Community würde – wieder aus politischen Gründen – vielleicht keinen türkischstämmigen aus einer nicht-kurdischen Community als Übersetzer wollen. Oder wenn die Patientin mit einer Psychologin über intime schuldbesetzte Themen sprechen will, fühlt sie sich vielleicht sicherer, eine muttersprachliche Therapeutin aufzusuchen. Unabhängig davon ist mir als Psychologin oft aufgefallen, wie hilfreich es sein kann, dass eine dritte Person mit in der Sitzung ist.

Inwiefern?

Wenn ich eine chinesische Patientin behandle, die Opfer von Menschenhandel ist, aber nicht die leiseste Idee von der affektiven Anmutung der Sprache habe, dann kann mir eine Dolmetscherin oder Sprach- und Kulturmittlerin sehr helfen, damit wiederum ich gut mit der Patientin in dieser Triade arbeiten kann. Dolmetscherinnen mitteilen nämlich nicht nur Sprache. Wenn sie mir in der Nachbesprechung sagt: „Frau Kluge, wenn ich repetitiv dasselbe sage, dann ist es genau so, wie die Patientin spricht. Die Sätze machen nicht immer Sinn und ich habe das Gefühl, dass die Frau aus einfachen Verhältnissen kommt und möglicherweise nicht die Schule besucht hat.“ Das ist eine Einschätzung, die ich nur hätte machen können, wenn ich selbst Chinesisch sprechen würde. Wir haben auch viele Patientinnen, die lange Zeit in einer Notunterkunft gelebt haben, wo sich niemand die Zeit nehmen konnte, ihnen zuzuhören. Wenn für ihre Behandlung dann eine Dolmetscherin hinzugezogen wird, die alles wiederholt, was die Frau zu sagen hat, dann ist es eine Form Anerkennung, die viel Vertrauen schaffen kann.

Das Gespräch führte Miray Caliskan.

ZUR PERSON



Ulrike Kluge ist Professorin für Psychologische und medizinische Integrations- und Migrationsforschung an der Berliner Charité. Dort leitet sie das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIIPP) sowie die Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie.

Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen Migrations- und Versorgungsforschung, Auswirkungen von Migration und Flucht auf die psychische Gesundheit sowie Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmittlern.

vielfachen Fehldiagnosen, die aufgrund der schlechten Verständigung zwischen Arzt und Patient entstehen, Gesundheitskosten in die Höhe steigen. Es kann also keine volkswirtschaftliche Entscheidung sein, dass Dolmetscherleistungen nicht zur Regelversorgung gehören. Es muss andere Gründe geben – und vielleicht lässt sich dieser Befund am ehesten mit struktureller Diskriminierung verstehen.

Werden Dolmetscherleistungen denn beispielsweise nicht schon von Familienmitgliedern geleistet, die ihren Vater zu Arztterminen begleiten, weil dieser nicht so gut Deutsch sprechen kann?

Nein. Ich würde mich sehr dagegen verwehren, dass irgendjemand, der keine Ausbildung als Dolmetscherin oder Sprach- und Kulturmittlerin hat, diese Aufgabe übernimmt. Es ist auch nicht zumutbar, dass beispielsweise die Tochter bei einer onkologischen

und die Beschwerden der Patientin auf Deutsch übersetzen, gehört dazu.

Aus meiner Sicht sollten sie nicht dolmetschen, allein deshalb, weil sie dafür nicht vergütet werden. Dolmetschen ist ein hochkomplexer Prozess, bei dem medizinisches Fachvokabular und eine hohe Auffassungsgabe für Inhalt und Kontext erforderlich sind. So ist es eine andere Situation für eine Dolmetscherin, die zurückhaltende im Konjunktiv formulierte Intervention zu übersetzen oder die schnelle Anordnung des Rettungsmittlers. Das sind Kompetenzen, die kann man nicht einfach können, nur, weil man zwei Sprachen beherrscht.

Das glauben trotzdem viele. Wieso ist das so?

Weil es bislang keine Anerkennung für diese Arbeit und die nötigen Kompetenzen gibt und keine hinreichende Wertschätzung. Es gibt seit vielen Jahren Bestrebungen von Akteuren und Initiativen ein