

## **7 Psychiatrische Notfallversorgung von Migranten – wie man mit Sprachbarrieren umgehen kann**

Meryam Schouler-Ocak

Die Migration ist ein Teil der Geschichte der Menschheit, in der Begegnungen verschiedener Kulturen im Zusammenhang mit Migration und Mobilität ein relevantes Phänomen unserer globalisierten und vernetzten Welt darstellen. Dabei kann die Migration erfolgreich verlaufen, aber auch durch vielfältige Belastungs- und Risikofaktoren sowie zahlreiche andere Einflussfaktoren zu einer Beeinträchtigung bis hin zu einer Störung der psychischen Gesundheit führen. Die im Fokus stehende Zielgruppe, Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund, bildet eine sehr heterogene Gruppe und kann je nach sozialen Lebenswelten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung höheren Risiken ausgesetzt und dadurch in ihrer psychischen Gesundheit gestört sein und psychiatrisch-psychotherapeutische Beratung, Diagnostik und Behandlung benötigen. In diesen Prozessen existieren zahlreiche Barrieren (Schouler-Ocak et al. 2015). In diesem Beitrag wird auf den Umgang mit Sprachbarrieren in Notfallsituationen fokussiert. Nach einer genauen Beschreibung der Zielgruppe und ihrer psychischen Gesundheit werden Zugangsbarrieren detaillierter und interkulturelle Kompetenz beschrieben und anschließend Möglichkeiten der Überwindung von sprach- und kulturgebundenen Barrieren aufgezeigt.

### **7.1 Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund**

Zunächst soll hier die Zielgruppe Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund näher definiert werden, die inzwischen mehr 25,5 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachen (Destatis 2019). Ihre genaue Zahl lag nach Mikrozensus Ende 2018 bei 20,8 Mio. Die größten Gruppen der in den letzten fünf Jahren zugewanderten geflüchteten Personen stammen aus Syrien, Irak, Iran, Afghanistan, Türkei, Eritrea und Somalia (BAMF 2019).

In Deutschland hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Darin sind die seit 2014 nach Deutschland zugewanderten Geflüchteten mit etwa 1,825 Mio. (BAMF 2019) enthalten.

Die Gruppe der Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund erweist sich bei genauer Betrachtung als eine sehr heterogene Gruppe bezüglich ihrer Motivation, freiwillig und nichtfreiwillig, allein, mit Familie, mit Partner oder mit Freunden nach Deutschland zu reisen oder in Deutschland geboren zu sein (Schouler-Ocak et al. 2016). Selbst die Migration (= Wanderung) bildet keinen einheitlichen Prozess. Sie geht oftmals mit unterschiedlichen Stressfaktoren, Belastungs- und Risikofaktoren wie z.B. schlechte medizinische Versorgung, Trennung von Familie und Kindern sowie anderen Angehörigen einher. Auch Obdachlosigkeit, Mangel an Nahrung und Wasser, fremdenfeindliche Übergriffe, schlechte Bildung, wahrgenommene und erlebte Diskriminierung können dazu zählen (Jesuthasan et al. 2018). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Betroffenen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten stammen, in denen Kultur nicht nur das tradierte Wissen und Verhalten eines sozialen Kollektivs ist, das sie während ihrer Sozialisation erwerben, sondern die Summe aller verinnerlichten Denk-, Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster, die kulturellen Codices. Gerade diese stiften Sinn und Bedeutung für das Leben und bestimmen ihre kulturelle Identität. Erst in der Begegnung mit dem Fremden und Nichtbekanntem werden diese sichtbar. Hier spielen neben den Faktoren der Herkunftskultur die aktuelle Lebenssituation und die individuellen bisherigen Lebenserfahrungen eine Rolle. In diesem Prozess ist zu berücksichtigen, dass Migration ein kritisches Lebensereignis darstellt und mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen einhergeht. Offenbar können in diesen sehr komplexen Prozessen psychische Erkrankungen induziert und verstärkt werden. Diese Erkrankungen können durch subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie Behandlungserwartungen und Umgang mit psychischen Erkrankungen je nach kulturellem Hintergrund, tradierten Werten, persönlichen Erfahrungen und sozialen Lebenswelten sehr unterschiedlich geprägt sein.

## 7.2 Psychiatrische Notfälle

Ein psychiatrischer Notfall ist nach S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ (Pajonk et al. 2019) ein Zustand, der einen unmittelbaren Handlungsdruck zur Abwendung von Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen mit sich bringt. Er erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und

evtl. anderer Personen abzuwenden und entsteht meist auf der Grundlage einer psychiatrischen Erkrankung. Dabei bilden erfolgter Suizidversuch, konkrete Suizidpläne oder Suizidvorbereitungen, hochgradiger Erregungszustand, Aggressivität bzw. Gewalttätigkeit, konkrete Fremdgefährdungssabsichten, schwere Intoxikation oder Delir absolute Notfallindikationen. Bei einem psychiatrischen Notfall muss abgeschätzt werden, ob der Patient eine akute Gefahr für Untersucher, Personal oder sich selbst darstellt. Eine unmittelbare vitale Bedrohung muss ausgeschlossen werden. Zu einer vorläufigen diagnostischen Einschätzung des Notfallsyndroms und der zugrundeliegenden psychiatrischen Störung muss eine Fremdanamnese erhoben und das Verhalten beobachtet werden. Danach sollte die Behandlungsstrategie und -modalität (freiwillig – unfreiwillig, sofort – nach stationärer Aufnahme) festgelegt werden.

Bei Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund können sprach- und kulturgebundene Barrieren die interkulturelle Kommunikation und damit die kulturspezifische diagnostische Einschätzung deutlich erschweren. Dies kann zu schwerwiegenden Folgen führen.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen helfen, bei der Diagnostik und Behandlung dieser sehr heterogenen Gruppe von psychisch kranken Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund kultursensibel und nach den ethischen Prinzipien in der Medizin vorzugehen bzw. zu handeln. Dabei bildet die interkulturelle Kompetenz eine praktische, konkrete Demonstration der ethischen Prinzipien (Hoop et al. 2008). Oftmals bleibt in einer Notfallsituation keine Zeit, sich darüber zu informieren.

### 7.3 Psychische Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund

In unterschiedlichen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass abhängig von Alter und Herkunftsland für bestimmte Diagnosen erhöhte Prävalenzen gefunden wurden. Diese betreffen insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Suizidalität, Angststörungen und Depression. Für das erhöhte Erkrankungsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund wird eine Trias sozialer Faktoren als ursächlich diskutiert. Diese sind wahrgenommene und erlebte Diskriminierung, eingeschränkte Lebensgestaltung und Social Defeat (quasi soziale Exklusion und Mangel an Anerkennung). Hierbei wird der Gen-Umwelt-Interaktion eine zentrale Bedeutung bemessen, da angenommen wird, dass sowohl soziale Umgebungsfaktoren als auch genetisch-biologische Faktoren im Sinne einer psycho- und soziobiologischen Komponente eine bedeutende Rolle spielen.

Beispielhaft soll im Folgenden auf Psychosen und Suizidalität eingegangen werden.

## Psychosen

In einer bereits 2011 veröffentlichten Metaanalyse über psychotische Störungen bei Migranten wurde festgestellt, dass durchschnittliche Inzidenzraten (Häufigkeitsraten) für die 1. Generation bei 2,3 und für die 2. Generation bei 2,1 liegen. Eine signifikante Differenz zwischen den Generationen wurde nicht beschrieben, jedoch fanden die Autoren signifikante Unterschiede zwischen den Ethnien und den Aufnahmeländern (Bourque et al. 2011). Die Autoren teilten mit, dass das erhöhte Inzidenzrisiko für eine Schizophrenie und eine ähnliche Störung unter Migranten offenbar auch in der 2. Generation nachweisbar ist. Zudem wurde in einer dänischen populationsbezogenen Kohorte (1971–2000, ab 10. LJ) offenbart, dass das gesamte Spektrum von psychiatrischen Störungen, bezogen auf alle Kategorien mit Migrationshintergrund, mit erhöhtem Risiko für mindestens eine psychiatrische Erkrankung assoziiert war (Cantor-Graae u. Pedersen 2013). Für Migranten der 1. und 2. Generation wurde im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt ein doppelt erhöhtes Risiko für psychotische Störungen diskutiert, wobei das höchste Risiko offenbar bei Migranten, die als Kind (0–4 Jahre) migriert waren, besteht.

## Suizidalität

Bezüglich Suizidalität und Migration untersuchten die meisten Studien suizidales Verhalten von außereuropäischen Migrantengruppen, die bereits seit mehreren Generationen zu den wichtigen Migrantenpopulationen in Europa zählen. Diese waren z.B. Migranten aus Südostasien, Pakistan und Indien in Großbritannien, Migranten aus Marokko, Surinam und der Türkei in den Niederlanden und Migranten aus der Türkei in Deutschland sowie der Schweiz (Aichberger et al. 2015). Die Auswertungen der Daten der WHO/EURO-Multicenter-Studie zu suizidalem Verhalten zeigten, dass bei weiblichen Migrantengruppen im Vergleich zu der Gruppe der Frauen ohne Migrationshintergrund deutlich höhere Suizidversuchsraten vorlagen (Löhr et al. 2006). Laut einer Untersuchung in Berlin hatten Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Alter von 18 bis 24 Jahren im Vergleich zu älteren Frauen eine mehr als doppelt so hohe Suizidversuchsrate. Dieser Unterschied war besonders in der zweiten Migrantengeneration ausgeprägt (Aichberger et al. 2015). Die Auswertung der Todesursachenstatistik von 1980 bis 1997 ergab, dass türkischstämmige Mädchen und junge Frauen im Alter von 10 bis 17 Jahren doppelt so häufig Suizide begingen wie gleichaltrige Mädchen ohne Migrationshintergrund (Razum u. Zeeb 2004).

## 7.4 Psychische Gesundheit von Personen mit Fluchthintergrund

Personen mit Fluchthintergrund, Geflüchtete und Asylbewerber zählen besonders zu der Gruppe mit dem höchsten Risiko für psychische Störungen.

Epidemiologische Studien konnten belegen, dass die Exposition gegenüber extremen Stressoren wie Folter, Krieg und Terror bei Personen mit Fluchthintergrund vor und während der Migration extrem hoch ist (Bogic et al. 2012). Insbesondere wahrgenommene Stigmata und Diskriminierung sowie Umsiedlungsstress nach der Migration beeinflussen ihre psychische Gesundheit sehr. So berichten einige Autoren, dass die PTBS bei Personen mit Fluchthintergrund zehnmal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung zu finden ist (Fazel et al. 2005). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass das Risiko von PTBS in Gruppen von Asylbewerbern mit der Zeit zunimmt, in der sich die betroffenen Personen im Asylverfahren in einer Warteposition befinden. Lindert et al. (2009) berichteten, dass die Rate der häufigen psychischen Störungen unter Geflüchteten doppelt so hoch ist wie in der Gruppe der Wirtschaftsmigranten (40 Prozent vs. 21 Prozent). Winkler et al. (2019) stellten zudem fest, dass Betroffene mit höherer Symptombelastung weniger Unterstützung einforderten. Zudem zeigten sie auf, dass mangelnde Vertrautheit mit Rechten, Ansprüchen, Mängel in der Gesundheitskompetenz, soziale Ausgrenzung und direkte sowie indirekte Diskriminierung Risikofaktoren für die schlechte psychische Gesundheit von Geflüchteten darstellen. Ihre Situation wird durch zahlreiche Zugangsbarrieren verschärft.

## 7.5 Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem lassen sich auf individueller, struktureller und systemischer Ebene finden. Insbesondere sind sie dann zu erwarten, wenn Behandler und Patienten nicht aus den gleichen kulturellen Kontexten stammen, z.B. wenn ein deutscher Psychiater einen Patienten mit Migrations- oder Fluchthintergrund behandelt. Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund verfügen oftmals über unzureichendes Wissen, wie das Gesundheitssystem funktioniert, welche Hilfe sie erhalten können oder wie sie ihre Leiden und ihre Notlage in verständlicher Weise kommunizieren können. Daher empfahlen Schouler-Ocak et al. (2015), dass es notwendig ist, dass alle Behandler im Gesundheitssystem für kulturelle und kontextuelle Aspekte der Kommunikation sensibilisiert werden.

Obwohl nachweislich der Zugang zum Gesundheitssystem durch **sprachliche und kulturelle Kommunikationsprobleme** erheblich erschwert wird, stehen qualifizierte Sprach- und Kulturvermittler bzw. Dolmetscher noch immer nicht flächendeckend zur Verfügung. Die Nichtgewährleistung der interkulturellen Kommunikation kann zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und falschen Behandlungen einschließlich unnötiger medikamentöser Maßnahmen führen, die schwerwiegende Folgen für Betroffene und ihre Angehörigen nach sich ziehen können. Für Menschen, die nicht die Sprache des Aufnahmelandes sprechen, bildet die Sprachbarriere eines der Haupthindernisse für den Zugang zum Gesundheitssystem. Gerade in der Psychiatrie und Psycho-

therapie bildet die Sprache das Hauptarbeitsinstrument, sodass sie der Schlüssel für eine erfolgreiche interkulturelle Kommunikation darstellt. Ohne sie kann das Verstehen und Verstandenwerden nicht gelingen (Schouler-Ocak et al. 2015). Die Indikation für eine muttersprachliche Behandlung entsteht in der Regel für Personen, mit denen eine Verständigung in der einheimischen Sprache (noch) nicht möglich ist. Ein weiter Aspekt, der hier bedacht werden sollte, ist das Sprachverständnis: Ist tatsächlich das gemeint, was gesagt wurde oder ist Direktheit in der betreffenden Kultur nicht üblich?

**Interkulturelle Missverständnisse** erschweren häufig die Arzt-Patienten-Interaktion. Hierzu zählen z.B. Werte, an denen sich orientiert wird. Beispielsweise begreifen Einwohner der Philippinen Pünktlichkeit als ein Zeichen von Unhöflichkeit, während in Deutschland Pünktlichkeit als ein Zeichen von Respekt verstanden wird. Zudem kann in vielen Fällen nicht sicher beurteilt werden, was mit bestimmten sprachlichen Äußerungen wie „Ich habe mir den Kopf erkältet“ (Ich drehe durch/ich werde verrückt) oder „Mein Fleisch löst sich von den Knochen ab“ oder „Meine inneren Organe brennen“ (melancholischer Wahn oder Sprachwendung im Sinne von „mir geht es schlecht“) gemeint sein könnte. Diese Missverständnisse entstehen, wenn Aussagen 1:1 übersetzt werden. Ein anderes Beispiel zeigt, dass Unkenntnisse von kulturellen Symptombeschreibungen und -präsentationen zu Missverständnissen und zu wertenden Diagnosen wie Mediterranes Syndrom führen können. Wenn zudem ein Patient mit afrikanischem Hintergrund angibt, die Stimmen seiner Ahnen aus dem Radio zu hören, wird ein einheimischer Behandler an ein krankheitswertiges Symptom aus dem psychotischen Spektrum denken. Im kulturellen Kontext des Patienten kann es dagegen kulturimmanent und damit nicht krankheitswertig sein. Denn in seinem kulturellen Kontext kann es völlig normal sein, die Stimmen der Verstorbenen zu hören.

Darüber hinaus ist in vielen kulturellen Kontexten die Arzt-Patient-Beziehung sehr hierarchisch gestaltet, sodass Patienten aus diesen Kontexten mit der Arzt-Patient-Beziehung hier, die fast partnerschaftlich, auf Augenhöhe verstanden wird, nicht zurechtkommen. Der Arzt ist in einigen Kulturen eine Autoritätsperson, die weiß, was ihren Patienten fehlt und wie die Behandlung aussieht. Dies weist darauf hin, dass Arzt und Patient sehr unterschiedliche Verständnisse und Haltungen in ihren Kulturen haben können.

Darüber hinaus ist das Schamgefühl ein kulturübergreifendes menschliches Gefühl, jedoch von unterschiedlicher Intensität und Ausprägung. In Kulturkreisen, in denen der körperliche Kontakt zwischen nicht verwandten Personen unterschiedlichen Geschlechts als Verletzung der Intimität verstanden wird, existiert eine größere Hemmschwelle bei der Behandlung durch das andere Geschlecht. Aufgrund dieses Intimitätsverständnisses entsteht der Wunsch, von gleichgeschlechtlichem Personal untersucht und behandelt zu werden. Die Praxisrealität im medizinischen Alltag und in der Notfallsituation lässt jedoch wenig Raum für die Berücksichtigung solcher Wünsche.

Diese Erklärungsansätze können zwischen unterschiedlichen kulturellen Kontexten differieren und schicht-, alters- oder geschlechtsspezifisch sein. Sie können sich in einem dynamischen Prozess befinden und gegenseitig beeinflussen, sodass sich Erfahrungen und Haltungen im Migrationsprozess auch verändern können.

Diese Ausführungen unterstreichen, wie komplex die Zugangsbarrieren sind, die nicht allein durch die Gewährleistung der interkulturellen Kommunikation überwunden werden können. Daher kommt der interkulturellen Kompetenz eine entscheidende Rolle zu.

## 7.6 Interkulturelle Kompetenz

Was genau unter **interkultureller Kompetenz** zu verstehen ist, wird kontrovers diskutiert. Die medizinisch-psychotherapeutische Migrationsforschung bezieht sich auf die Einteilung von interkultureller Kompetenz nach Sue et al. (1982), die sich aus *Knowledge* (= Wissen), *Skills* (= Fähigkeiten) und *Attitude* (= Haltung) zusammensetzt.

Demnach sind kulturelles Wissen, Skills und eine angemessene Haltung die Voraussetzungen für die interkulturelle Kompetenz. Interkulturelles Wissen umfasst z.B. das Wissen um unterschiedliche kulturelle Werte, Krankheitsmodelle oder Behandlungsansätze, Migrationsstatus und Einfluss psychosozialer Faktoren sowie Psychopathologie. Interkulturelle Skills sind Techniken, die für die Umsetzung der interkulturellen Kompetenz benötigt werden wie z.B. die Fertigkeit in der interkulturellen Kommunikation in Form von z.B. Arbeiten mit professionell qualifizierten Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturvermittlern. Demnach ist die interkulturelle Kompetenz erlernbar. Interkulturell trainierte Behandler erlernen auch, die eigene Perspektive auf die „Realität“ zu hinterfragen, sich seiner eigenen Identität, Vorurteile und Bias bewusst zu werden und einen Perspektivwechsel einzunehmen (Haltung).

Dadurch wird eine empathische Zuwendung zum Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund ermöglicht. Zugleich beinhaltet die interkulturelle Kompetenz die Fähigkeit, nicht nur mit Sprach- und Kulturvermittlern bzw. Dolmetschern zu arbeiten, sondern *Idioms of Distress* (kulturspezifische Ausdrucksweise von Leiden z.B. *sıkıntı* aus dem türkischen Kontext; bedeutet Unwohlsein, in Bedrängnis sein, Langeweile, deprimiert sein etc.) zu erkennen und Krankheitsverständnisse und Behandlungserwartungen der Patienten sowie das Ausarbeiten kulturell passender Erklärungen und Behandlungsangebote beachten zu können. Zudem stellt die interkulturelle Kompetenz eine praktische, konkrete Demonstration der ethischen Prinzipien dar.

Der Erwerb der interkulturellen Kompetenz ist ein dauerhafter, aktiver und nicht linearer Entwicklungsprozess, für den Qualitätsstandards und Orien-

tierungshilfen verfügbar sind („EPA Guidance on cultural competence training“ von Schouler-Ocak et al. 2015).

Des Weiteren kann die Nutzung des Cultural Formulation Interviews (CFI) aus dem DSM 5 dabei helfen, Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund besser zu verstehen und zu behandeln. Denn das CFI stellt ein Instrument dar, das insbesondere bei Schwierigkeiten in der diagnostischen Einschätzung bei Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund aufgrund von Unterschieden im kulturellen, religiösen oder sozioökonomischen Bereich zu einer besseren kulturgebundenen Verständigung beitragen kann. Daher sollte sie bei jedem psychisch Kranken mit Migrations- und Fluchthintergrund auch in einer Notfallsituation in die Anamnese integriert werden.

Auch Wissen über pharmakokinetische und pharmakodynamische Unterschiede zählt zur interkulturellen Kompetenz. Differenzen zwischen Ethnien können beispielsweise zu unterschiedlichen Wirkspiegeln und Verträglichkeit von Medikamenten führen (Brandl u. Eckermann, 2018).

## 7.7 Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturvermittlern)

In einem gedolmetschten Gespräch muss der Dolmetscher sich an den ethischen Grundsätzen des Dolmetschens orientieren und sie einhalten (Kliche et al. 2018):

- nichts weglassen
- nichts hinzufügen
- nichts deuten oder
- nichts interpretieren

Zudem sind **Vertraulichkeit, Respekt, Subjektivitätsvermeidung und Kenntnis der eigenen Grenzen** weitere wichtige Faktoren der Ethik des Dolmetschers.

Storck et al. (2016) benennen als wichtigstes Behandlungsproblem für den Dolmetscher in der dolmetschergestützten Therapie, sich der Gefahr der Rollenkonfusion bewusst zu sein. Angesichts einer dreifachen Aufgabe der dolmetschenden Person, zu übersetzen, kulturvermittelnd tätig zu sein und eine therapieunterstützende Funktion auszuüben, muss der Dolmetscher auch eine bestimmte professionelle Haltung einnehmen, die über die rein sprachliche Übersetzung weit hinausreicht. Zudem wird eine zweite Schwierigkeit an diesem Setting gesehen: Es sind drei statt zwei Personen ganz konkret am Geschehen beteiligt und die Verständigung erfolgt über zwei Sprachen statt in einer (Storck et al. 2016). Somit ist in diesem Setting der Dolmetscher nicht nur als mechanischer Sprach- und Kulturvermittler anzusehen, da auch er in der Therapie zu dritt in die Übertragungsreaktionen und Gegenübertragungsphänomene eingebunden wird. Zudem kann ein solches Setting das komplexe Gefüge aus emotionalen, kognitiven und Interaktionsebenen schwer über-



schaubar machen, Empathie und Verständnis gegenüber den Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund erschweren, evtl. auch unmöglich machen und sogar die therapeutische Beziehung erschüttern. In der Folge kann es zu einem unreflektierten Abbruch der Therapie kommen. In der Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturvermittlern) ist daher die Supervision ein sehr wertvolles Instrument, das vom Behandler und vom Dolmetscher bzw. professionellen Sprach- und Kulturvermittlern regelmäßig genutzt werden sollte. Gerade in Notfallsituationen sind klare Rollen und Settings wichtig, um Konfusionen zu vermeiden.

### **Grundregeln beim Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturvermittlern**

Für die Arbeit mit Dolmetschern werden folgende **Grundregeln** empfohlen, die im Notfall eingeschränkt werden können:

- Es sollten familienunabhängige und ausgebildete Dolmetscher zu Diagnostik und Therapie genutzt werden.
- Die Einsätze werden von den anfordernden Mitarbeitern mit dem Dolmetscher vor- und nachbesprochen.
- Private Gespräche zwischen Dolmetscher und Patient sollen vermieden werden, nicht nur vor und nach der Sitzung.
- Die Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturvermittlern) besteht aus einem Vorgespräch, dem gedolmetschten Gespräch und einem Nachgespräch.
- Im Notfall kann das Vorgespräch kurz ausfallen.

### **Inhalte des Vorgesprächs**

- Therapeut und Dolmetscher lernen sich kennen (falls sie noch nicht persönlich bekannt sind).
- Der Dolmetscher wird kurz über Inhalt, Ziel und Kontext des Gespräches informiert.
- Die Sitzordnung und die Dauer des Gespräches werden festgelegt.
- Die Form des Dolmetschens in der „Ich-Form“ (z.B. „ich wurde operiert ...“) wird besprochen.

### **Gespräch mit dem Patienten**

- Dolmetscher und Patient sollen einander mit Namen vorgestellt werden.
- Der Therapeut erklärt dann die Arbeitsweise, d.h. er weist darauf hin, dass der Dolmetschende alles, was gesprochen wird, übersetzen wird, nichts hinzufügen, weglassen, interpretieren oder verändern wird.
- Alle verstehen alles.
- Der Dolmetschende, ebenso wie der Therapeut, stehen unter Schweigepflicht.
- Der Dolmetscher übersetzt diese Einführung.
- Der Therapeut hält Augenkontakt zum Patient.

- Der Therapeut spricht den Patienten immer direkt an, nicht in der 3. Person.
- Die Fragen sollen klar und deutlich, in vollständigen und möglichst kurzen Sätzen ohne unnötige Fachwörter formuliert werden.
- Da sich, trotz aller Bemühungen, Fehler oder Missverständnisse nicht immer vermeiden lassen, ist der Hinweis wichtig, dass Fragen des Patienten jederzeit erwünscht sind.
- In der Regel sollte der Dolmetscher den Patienten am Ende des Gesprächs fragen, ob dieser alles inhaltlich wie sprachlich verstanden hat oder ob noch offene Fragen bestehen.

### **Inhalte des Nachgesprächs**

- Austausch zwischen Behandler und Dolmetscher (Was ist unverständlich geblieben?)
- Möglichkeit des Dolmetschenden, Eindrücke des Gesprächs mitzuteilen, bspw. auf kulturelle Gesprächsinhalte hinzuweisen (Dolmetscher als Sprach- und Kulturvermittler)
- Möglichkeit für Dolmetschende, belastende Aspekte anzusprechen

Um sprach- und kulturgebundene Verständigungsprobleme zu überwinden, ist der Einsatz eines Dolmetschers bzw. Sprach- und Kulturvermittlers in der medizinischen Versorgung unerlässlich. Dieser wird in einigen europäischen Ländern zum Teil durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. In Deutschland jedoch ist die gesetzliche Lage dazu noch unzureichend. Wenn sich ein Behandler mit seinem Patienten nicht verständigen kann, kann er die Behandlung verweigern, verschieben oder einen geeigneten Dolmetscher hinzuziehen. Ein professionell qualifizierter Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturvermittler müsste dann durch den Patienten selbst finanziert werden, dem dazu die Mittel oftmals jedoch fehlen.

### **Laiendolmetscher**

Der Einsatz von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten als Laiendolmetscher schließt von vornherein die notwendige Neutralität aus. Zudem ist hier nicht gewährleistet, dass die Schweigepflicht eingehalten wird. Des Weiteren haben sie das Dolmetschen nicht gelernt und es ist oftmals nicht klar, ob sie das, was gedolmetscht werden muss, verstehen und auch entsprechend übersetzen können. Zudem ist hier nicht klar, welche emotionalen Verwicklungen oder Machtgefüge im Hintergrund bestehen. Insbesondere die Hinzuziehung von Kindern ist nicht erlaubt, da diese beim Übersetzen von persönlichen und emotionalen Inhalten schwer belastet werden können. In Ermangelung eines professionellen Dolmetschers kann im Notfall auch auf einen Angehörigen als Laiendolmetscher zurückgegriffen werden. Dies sollte jedoch eine Seltenheit und nicht die Regel darstellen.

### **Mitarbeiter als Dolmetscher**

Mitarbeiter, die eine andere Sprache fließend beherrschen, sind nicht automatisch dafür geeignet, zu dolmetschen. Sie sollten zuvor auf die verantwortungsvolle Tätigkeit des Dolmetschens vorbereitet werden und die wichtigen Grundregeln des Dolmetschens mit Fallbeispielen und Rollenspielübungen lernen. Zudem sollten sie für kritische Situationen geschärft und die Funktion als Dolmetscher trainiert werden. Erst nach entsprechenden Schulungen sollten sie in die offizielle Liste der hausinternen Dolmetscher aufgenommen werden. Durch diese Schulungen können hohe Qualitätsstandard der hausinternen Übersetzungsleistungen gewährleistet werden.

### **Video-Dolmetschen**

Insbesondere bei dringlichen Situationen wie z.B. in Notfallsituationen, in Zeiten außerhalb der üblichen Arbeitszeit oder wenn ein anderer Zugang zu Dolmetscherdiensten nicht möglich ist, kann auf Video-Dolmetschen zurückgegriffen werden. Verschiedene Anbieter, die einen großen Sprachpool von professionellen Dolmetschern haben, können per Video innerhalb von wenigen Minuten zugeschaltet werden. Die Wartezeit bei seltenen Sprachen kann allerdings länger dauern. In psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings sollten allerdings Face-to-Face-Dolmetscher Bevorzugung finden.

### **Apps**

Behelfsweise kann die Kommunikation auch durch Apps erfolgen. Diese wurden z.B. spezifisch für Patienten mit Fluchthintergrund entwickelt. So zum Beispiel kann hier die App „Dictum“ aufgeführt werden, die im Bereich der Allgemeinmedizin eine innovative Möglichkeit der sprachfreien Exploration somatischer Beschwerden darstellt.

### **Online-Übersetzungsprogramme**

Des Weiteren kann in Notfallsituationen auch auf verschiedene Online-Übersetzungsprogramme zurückgegriffen werden. Diese setzen voraus, dass Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund alphabetisiert und in der Notfallsituation dazu in der Lage sind, die Programme korrekt zu nutzen.

## **7.8 Abschließende Überlegungen**

Die Ausführungen zeigen, dass insbesondere die kultursensible Anamnese und kulturkompetente Diagnostik und Therapie bei Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund u.a. aufgrund von sprach- und kulturgebundenen Zugangsbarrieren erschwert sind. Daher ist ihre Überwindung durch die Hinzuziehung von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturvermittlern ein unver-

zichtbarer Teil der Versorgung. Leider existiert bislang noch keine gesetzliche Regelung für die Finanzierung des damit verbundenen zeitlichen und finanziellen Mehraufwandes. Offenbar wird die Hinzuziehung eines Dolmetschers zur Gewährleistung einer kulturkompetenten Versorgung von Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund nicht als Teil der Behandlung betrachtet. Dies trifft insbesondere auch auf Notfallsituationen zu; ein unhaltbarer Zustand, nicht nur aus ethischen Gründen.



### **Take home messages**

- *Es wird erwartet, dass die Zahl von Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund in der globalisierten Welt zunimmt, sodass ihre Notfallversorgung weiter aktuell bleiben wird. Daher ist es sinnvoll, in den Gesundheitssystemen auf diese sehr heterogene Bevölkerungsgruppe vorbereitet zu sein (interkulturelle Öffnung).*
- *Das Cultural Formulation Interview (CFI) bietet Hilfestellung bei der Erfassung von kulturspezifischen Faktoren. Denn eine kultursensible Anamnese ist eine wichtige Voraussetzung für eine kulturkompetente Diagnostik und Therapie.*
- *Bei der Verordnung von Medikamenten sollten kulturelle und biologisch-genetische Unterschiede in der Wirkungsweise und Akzeptanz beachtet werden.*
- *Schulungen der Fachkräfte in der interkulturellen Kompetenz sollten regelhaft in die Aus-, Fort- und Weiterbildungen integriert werden. Interkulturelle Kompetenz ist eine praktische, konkrete Demonstration der ethischen Prinzipien in der Medizin.*
- *Beim Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturvermittlern sollten die Grundregeln des Dolmetschens berücksichtigt werden. Eine ganzheitliche Betrachtung unter Bezugnahme des kulturellen Hintergrundes der Patienten durch professionelle Kultur und Sprachmittler ist für die Diagnostik und Therapie unabdingbar. Eine gesetzliche Regelung der Finanzierung für Dolmetscherkosten erscheint unter diesen Voraussetzungen unentbehrlich – gerade in und für Notfallsituationen.*

### **Literatur**

- Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Broman Z, Yesil R, Temur-Erman S, Rapp MA, Heinz A, Schouler-Ocak M (2015) Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry* 30, 480–485
- BAMF (2019) Asylzahlen. URL: <https://www.bamf.de/DE/Themen/Statistik/Asylzahlen/asylzahlen-node.html> (abgerufen am 12.06.2020)
- Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Schützwohl M, Wang D, Priebe S (2012) Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 200(3), 216–23

- Bourque F, van der Ven E, Malla A (2011) A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med* 41(5), 897–910
- Brandl E, Eckermann G (2008) Ethnische Aspekte in der Psychopharmakologie. In: Graef-Calliees IT, Schouler-Ocak M (Hrsg.) *Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Schattauer GmbH, Stuttgart, 345–358
- Cantor-Graae E, Pedersen CB (2013) Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 70(4), 427–35
- Destatis (2019) Migration und Integration. URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html) (abgerufen am 12.06.2020)
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7,000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365(9467), 1309–1314
- Hoop JG, DiPasquale T, Hernandez JM, Weiss Roberts L (2008) Ethics and Culture in Mental Health Care. *ETHICS & BEHAVIOR* 18(4), 353–372
- Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I, Kurmeyer C, Gutermann J, Kimbel R, Krüger A, Niklewski G, Richter K, Stangier U, Wollny A, Zier U, Oertelt-Prigione S, Schouler-Ocak M (2018) Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Med* 16(1), 15
- Kliche O, Agbii S, Altanis-Protzer U, Eulerich S, Klingler C, Neitzke G, Peters T, Coors M (2018) Ethische Aspekte des Dolmetschens im mehrsprachig-interkulturellen Arzt-Patienten Verhältnis. *Ethik in der Medizin* 30(3), 205–220
- Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009) Depression and anxiety in labour migrants and refugees. *Soc Sci Med* 69, 246–257
- Löhr C, Schmidtke A, Wohner J, Sell R (2006) Epidemiologie suizidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe* 4, 171–176
- Pajonk F-G, Messer T et al. (2019) S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-023l\\_S2k\\_Notfallpsychiatrie\\_2019-05\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf) (abgerufen am 10.07.2020)
- Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türiinnen und Türiken in Deutschland. *Nervenarzt* 75, 1092–1098
- Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villaseñor Bayardo S, Zhao X-D, Kastrup C (2016) Background Paper on the Needs of Migrant, Refugee and Asylum Seeker Patients Around the Globe. *International Journal of Culture and Mental Health* 9(3), 216–232
- Schouler-Ocak M, Graef-Calliees IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup M, Bhugra D (2015) EPA Guidance on Cultural Competence Training. *Eur Psychiatry* 30(3), 431–40
- Storck T, M. Schouler-Ocak, E-L Brakemeier (2016) „Words don’t come easy“. Einige Herausforderungen in der dolmetschergestützten Psychotherapie mit Geflüchteten. *Psychotherapeut* 61 (6), 524–529
- Sue DW, Bernier JE, Durrán A, Feinberg L, Pedersen P, Smith EJ, Vasquez-Nuttall E (1982) Cross cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist* 10(2), 45–52
- Tseng WS, Streltznier J (2004) *Cultural Competence in clinical psychiatry*: American Psychiatric Publishing Inc
- Winkler J, Brandl EJ, Bretz J, Heinz A, Schouler-Ocak M (2019) Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatr Prax* 46(4), 191–199



**Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak**

Meryam Schouler-Ocak ist Professorin für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapeutin, traumazentrierte Psychotherapeutin und zertifizierte EMDR-Therapeutin. Sie ist leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus und Leiterin des Forschungsbereichs Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.