

# Die Sprache von Babel in der Medizin

---

## Das Problem mit der Muttersprachlichkeit

Vor einigen Jahren bestand offenbar die Hoffnung, dass mit einem Kliniksterben auch weniger Ärzte zur bundesweiten Versorgung ausreichen könnten.

Aktuell gewinnt offensichtlich die Erkenntnis, dass die Anzahl benötigter klinisch tätiger Ärzte nun doch deutlich oberhalb der verfügbaren liegt. Für diese Entwicklung gibt es viele Gründe, darunter das Arbeitszeitgesetz, die Life-work-balance Erwartungen, die Feminisierung der Medizin und eine Überalterung der

Bevölkerung, um nur einige zu nennen. Liegt nun die Lösung in einer neuen „Gastarbeiterwelle“? In altbewährter Manier strömen Headhunter in die Nachbarländer und werben Ärzte für Deutschland an. Nun gibt es auch kritische Stimmen zu dieser Entwicklung, wenn es von der Stiftung Patientenschutz heißt: „Rund 20 Prozent aller Behandlungsfehler beruhen auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient – aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte“ und „Wir schätzen, dass sich 20 Prozent aller ärztlichen Behandlungsfehler auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen Patienten und ausländischen Ärzten mit Deutschproblemen gründen“. Damit stellt sich die Frage bei

neun Prozent ausländischer Ärzte in Sachsen, „sind die Gefahrenangaben bedenklich?“ und „Wer verantwortet dabei was?“. Sprachkompetenz wird in Europa am europäischen Referenzrahmen (GER) fest gemacht. Zumeist kommen die Bewerber mit einer Kompetenz unterhalb der B2-Ebene nach Deutschland. Diese selbstständige Sprachanwendung verspricht ein Zurechtfinden im Alltag, ohne besondere Anforderungen an die Bewältigung komplexer Gesprächssituationen. Doch auch dies bestätigt sich in der Regel nur eingeschränkt, sodass man Robert A. Scherl, Geschäftsführer der Personallagentur Scherl & Partner, folgen möchte, der sagt: „Nach meiner Erfahrung sprechen 90 Prozent der

Ärzte trotz B2-Nachweis immer noch viel zu schlecht Deutsch, um in Deutschland mit Patienten professionell arbeiten zu können“ und: „Man kann gerade in Osteuropa nicht hundertprozentig kontrollieren, wie so ein Sprachnachweis zustande kommt. Die Lehrer an den Sprachschulen werden teilweise äußerst schlecht bezahlt, und lassen sich daher manchmal auch leicht schmie- ren.“ Sachsen will dem mit Sprachkompetenzkurse beispielsweise am Goethe-Institut entsprechen. Ob hier Sprachkurse am Goethe-Institut ausreichen, wird sich noch beweisen müssen. Welches Niveau reicht nun für die Arbeit an deutschen Kliniken aus? Hier gibt ein Urteil in einem Zivilprozess in Leipzig einen Hinweis. Es ging um das Prinzip der Garantepflicht im Rahmen einer Gefahrenaufklärung. Eine damals vorhandene Sprachkompetenz, die auf „B2“-Niveaus lag, wurde als nicht ausreichend befunden: „Schließlich war die Körperverletzung der Klägerin auch schuldhaft, weil die Beklagten jedenfalls aufgrund der dargestellten sprachlichen Defizite des Zeugen sich nicht darauf verlassen durften, dass dieser das Aufklärungsgespräch ordnungsgemäß durchführen würde.“ Diese Garantepflicht erstreckt sich jedoch weiter und umfasst von der verständigen Anamnese bis zur Erfassung verschlüsselt geäußelter Selbstmordgefährdung die gesamte Behandlung des Patienten. Damit ist ein Sprachkurs mit dem Erreichen zumindest eines C1-Levels sicher die Minimalforderung, jedoch reicht dies nicht unbedingt für alle Fächer aus. Gerade für Sprachfächer wie die Psychiatrie und Psychotherapie erscheint dies ungenügend, da hier über das somatische Erfassen hinaus auch die soziale Erfassung (kultur-, regional gebundene Aspekte, Metaphern, kulturbezogene Verhaltensweisen, Interaktion der Geschlechter usw.) des Patienten und der Umgang mit den Rechtsnormen verlangt wird. Die Stiftung Patientenschutz mutmaßt bei Behandlungsfehlern in 20 % der Fälle Sprachprobleme als Ursache. Es gilt jedoch jeden einzelnen Fall zu verhindern. Nimmt man dann einen schlecht hörenden oder Dialekt spre-

chenden Patienten, so entsteht rasch aus der Arzt-Patient-Beziehung beidseitige Hilflosigkeit. Bedenkt man dann noch Anforderungen wie partizipative Entscheidungsfindung, zirkuläre Fragetechniken, Wahrnehmungen von kommunikativen Interpositionen, die Einschätzung von Neologismen oder Wortkontaminationen („Quetschmangelkörper“ oder „Darmeinschlag“) usw. so dürfte hier sogar ein C1-Sprachniveau fragwürdig werden. Vieles davon entzieht sich auch dem besten Dictionary. So kommt es rasch zu Fehlinterpretationen, bei denen beispielsweise abnorme Leibgefühle (z. B. Zönästhesien), nicht erfasst werden können. Die Chefärzte, aber auch die Klinikträger, müssen sich hier im Klaren sein, dass bei allen Leistungsbedarf- und Wirtschaftlichkeitserwägungen kein naiver Zweckoptimismus darüber hinwegtäuschen kann, dass im Falle der Beschäftigung nicht muttersprachlicher Kollegen besondere Anforderungen an die Supervisionspflichten und Ad-Hoc-Unterstützung gestellt werden. Dies erzwingt, dass die Klinik alles Mögliche tun muss, um Schaden vom Patienten abzuwenden. Ökonomische oder akquisitorische Gründe relativieren diese Verpflichtung keineswegs. Jedoch ist gerade in den psychosozialen Fächern keine durchgehende Gesprächsteilnahme ausreichend. Auch das Zuordnen von deutsch-muttersprachlichen Psychologen ist keine Lösung, da gerade Aufklärungsleistungen häufig höchstpersönlich zu leisten sind. Eine „Unterschrift“ alleine ist hier kein Argument, da Diensttätigkeit, Therapieplanung und -vermittlung, Aufklärung, die Absicherung von Therapie und Ergebnis und die Dokumentation nach dem SGB V Leistungen sind, die dem Arzt vorbehalten sind. Damit soll lediglich begründet werden, dass alleine durch ein Sprachniveau, selbst oberhalb der C1- Ebene, eine erhöhte chefärztliche Aufsichtspflicht besteht. Wird dies unterlassen, sind erhöhte Gefahren rechtlicher Belangbarkeit im straf- und haftungsrechtlichen Bereich zu erwarten. Die Medizin schuldet dem Patienten die garantierten Leistungen und vor allem die Unversehrtheit.

Wenngleich „zivilrechtliche“ Ansprüche derzeit überwiegen, müssen gerade in Fällen von Suizid, Gefahrenaufklärung, wie die Aufklärung zur fehlenden Fahrtüchtigkeit, auch strafrechtliche Gefahren, einbezogen werden. Bislang tragen bisher vor allem die Chefärzte die Verantwortung und die Konsequenzen, wenn der Patient den Schaden davonträgt (zumindest strafrechtlich). Da jedoch Chefärzte zunehmend nur noch die Geschäftsführung beraten und die Einstellungen dort erfolgen, wird die Rechtsprechung problematisch. Die jeweiligen Gefahren für den Patienten entstehen aus dem Verhältnis der Sprachkompetenz zu den Anforderungen durch die jeweilige Tätigkeit, sodass es nicht alleine durch die Anhebung des allgemeinen Sprachniveaus getan sein wird. Insbesondere erhöht sich die Gefahr, wenn immer weniger Muttersprachler die migrierten Kollegen unterstützen können. Der erhöhte Aufwand für die supervidierenden und unterstützenden Kollegen bedeutet, dass ein äquivalenter Ersatz von Muttersprachlern durch Kollegen mit eingeschränkter Sprachkompetenz nicht ausreichen kann. Gerade für die Chef- und Oberärzte entsteht ein spürbar erhöhter Bedarf an Supervisionspräsenz. Dies ändern auch öffentlichkeitswirksame Sprachkurse nicht. Hinzu kommt die grundsätzlich zu fordernde Gerichstfestigkeit (zum Beispiel besondere staatsbürgerliche Pflicht bei Fachgutachten), bei der auch der weiterzubildende Arzt vor rhetorisch hoch kompetenten Juristen bestehen muss. Dies kann selbst einen sonst völlig akzentfreien Arzt (C2-Niveau) an die Grenzen seiner Fähigkeiten bringen. Damit sind gleichzeitig zu einem enthusiastischen Anwerben seitens der Politik Normative zu schaffen. Eine Verschiebung der Verantwortung auf vorgesetzte Ärzte ist hier keine Lösung. Anderenfalls muss die Lösung der eines niedergelassenen Arztes folgen, der sagt: „na dann lern ich dem Patienten mal schnell Russisch, bevor ich ihn einweise.“

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Peter Grampp, Fachkrankenhaus  
Hubertusburg gGmbH, 04779 Wermisdorf