

Frank Müller

Herausforderung Interkulturelle Kommunikation: Können digitale Hilfen gegenseitiges Verstehen verbessern?

Hintergrund

Der Patient lässt sich in den Stuhl sacken, den die Ärztin ihm freundlich anbietet. Er holt tief Luft und beginnt zu sprechen. Satz fügt sich an Satz, der Patient redet schnell. Er hat gewiss etwas auf dem Herzen, möchte sich mitteilen, erhofft neben der Behandlung auch Verständnis. Die Ärztin schaut den Patienten aufmerksam an und unterbricht ihn plötzlich: „Ich verstehe Sie nicht. I don't understand.“ Der Patient versucht weiterzureden, versucht noch einen Anlauf. Gestikuliert mit Händen, befasst Brust, Arme, Kopf. Eine Handbewegung der Ärztin lässt ihn unterbrechen. Er sinkt in sich zusammen. Die weitere Behandlung erfolgt wahlweise mit Händen und Füßen, rudimentärem Englisch, manchmal finden sich Mitpatienten im Warteraum, die dolmetschen. Ärzte und Patienten wissen bei vielen Kommunikationsversuchen nicht, wie viel tatsächlich vom Gesagten ankommt. Patient wie Ärztin beobachten wechselseitig ihre Gestik und Mimik: Wie viel hat der jeweils andere wohl verstanden? So oder so ähnlich laufen zurzeit viele Konsultationen in deutschen Arztpraxen ab. Medizinische Behandlungen werden bei unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Hintergründen von Behandlern und Behandelten zu einer Herausforderung.

In einem Forschungsvorhaben widmen wir uns den Fragen, wie derzeit medizinische Behandlung unter den Bedingungen des gegenseitigen Nicht- bzw. Nur-Eingeschränkt-Verstehens funktionieren, welche Auswirkungen dies für Patienten und klinisch Tätige mit sich bringt, und wie Kommunikation verbessert werden kann. Diese Fragen untersuchen wir in der Krankenstation im Grenzdurchgangslager im südniedersächsischen Friedland. Friedland ist für diese Fragestellung besonders geeignet, da Ärzte und Krankenpflegepersonal auf teilweise über 30-jährige Berufserfahrung in der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Menschen aus unterschiedlichsten Sprach- und Kulturkreisen zurückblicken können und sich daher dort eine spezifische Expertise über soziale Praktiken, Umgangsweisen, Strategien, Einsatz von Hilfsmitteln usf. entwickeln konnte.



Abbildung 1: Krankenstation im Grenzdurchgangslager in Friedland

Die Krankenstation besitzt eine allgemeinmedizinische Ambulanz, die werktäglich nachmittags von Hausärzten aus vier Praxen der umliegenden Gemeinden betreut wird. Die Anzahl der medizinisch zu betreuenden Patienten fluktuiert: Während im Herbst 2015 zwischenzeitlich über 2000 Menschen in Friedland untergebracht waren, sind es aktuell nur einige hundert.

Methoden

Das Forschungsprojekt hat das Ziel, das gegenseitige Nicht-Verstehen und seine Folgen qualitativ und quantitativ zu erfassen. In einem ersten Projektanlauf wurden qualitative Interviews mit den Akteuren durchgeführt, die auf Ressourcen und Restriktionen der Kommunikation fokussieren. Ferner wird statistisch erfasst, unter welchen Umständen Patienten sich in der Krankenstation vorstellen. Vermehrte und zeitnahe Wiedervorstellungen werden als Surrogatparameter für Kommunikationshindernisse und Missverständnisse erfasst. Neben der in der Pilotierung befindlichen Interventionsstudie, bei der mittels digitalen Übersetzungshilfen die Kommunikation verbessert werden soll, ist ebenfalls eine gesundheitsökonomische Betrachtung der Routinedaten geplant, sowie den Aufbau eines „Critical Incident Report System“ (CIRS), bei der die medizinisch Tätigen über konkrete Fälle des praktischen Fehlverstehens und ihre potentiellen oder faktischen klinischen Auswirkungen berichten. Im Projekt engagieren sich neben dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen auch die Landesaufnahmebehörde Nie-

dersachsen, die Malteser in der Diözese Hildesheim und das Entwickler-team „aidminutes“ von der Leuphana Universität Lüneburg.

Ergebnisse

Obwohl das Forschungsprojekt noch nicht abgeschlossen ist, zeigen Zwischenauswertungen, dass die Grundproblematik des gegenseitigen sprachlichen Nicht-Verstehens deutlich komplexer ist, als man es zunächst annehmen würde. Im Folgenden sollen anhand einiger weniger ausgewählter Beispiele diese Komplexität illustriert werden.

Mit großem Einfallsreichtum wurde bisher von den unterschiedlichen Akteuren der Krankenstation Mittel ersonnen, die Barriere des gegenseitigen Nicht-Verstehens zu überwinden. So werden beispielsweise arabischsprachige Texttafeln eingesetzt, die sich jedoch in der alltäglichen Praxis kaum bewähren: Ein Teil der Patienten ist der Schriftsprache des „Modern Standard Arabic“ wenig mächtig, insbesondere, wenn Begriffe aus der Medizin verwendet werden. Erschwerend stellt sich für die Verwendung textlicher Hilfsmittel heraus, dass es für die gesprochenen arabischen Dialekte kaum feste schriftsprachliche Äquivalente gibt. Eine ähnliche Problematik erbrachte die Verwendung von Piktogrammen: Die Einnahme von Medikation nach Tageszeiten etwa mit aufgehender Sonne (Morgens), hochstehender Sonne (Mittags) und untergehender Sonne (abends) zu illustrieren, schien häufig missverstanden zu werden, etwa da abendliche und morgendliche Medikation vertauscht wurden. Auch sprachen die Akteure von der Schwierigkeit, sich mittels Gesten mitzuteilen; etwa bei dem Hinweis, dass ein Medikament mit ausreichend Wasser eingenommen werden soll: Die Hand, zu einem Becher geformt, in schneller Bewegung zum Mund geführt, erzeugt häufig Ablehnung, gelegentlich ungläubiges Staunen.

Die Arbeit mit professionellen Dolmetschern wurde häufig als wertvoll empfunden, diese waren jedoch nur bei einem geringen Anteil der Konsultationen anwesend (bei 5,4 Prozent der allgemeinärztlichen Konsultationen, $n=275$). Doch auch hier wurde deutlich, dass Dolmetscher kein „Allheilmittel“ für die Kommunikation darstellen: So sprachen Akteure etwa von ihrem Eindruck, dass manche Dolmetscher nicht wort-wörtlich übersetzen, oder für den gesprochenen Dialekt des Patienten keine ausreichende Kenntnis bestand. Gerade im komplizierten medizinischen Sprachkontext führt dies leicht zu Fehlern, etwa, wenn Organsysteme verwechselt werden und dies erst nach Wahrnehmung eines entsprechenden Facharzttermins auffällt. Im besonderen Maße treten in der Wahrnehmung der klinisch Tätigen Missverständnisse auf, wenn auf Laiendolmetscher, also dolmetschende Verwandte oder Mitpatienten zurückgegriffen wird. Auch die rechtliche Situation (Aufklärung über korrekte Medikamentenapplikation, Schweigepflicht in der Sprechstundenatmosphäre) wird häufig als bedenklich eingeschätzt. Ferner werden

in manchen Situationen Dolmetscher als „störende Dritte“ in der Sprechstunde empfunden, dies betrifft insbesondere Laiendolmetscher und ebenfalls im besonderen Maße bei schamhaft belegten Themen, bzw. wenn Dolmetscher und Patient unterschiedlichen Geschlechts waren.



Abbildung 2: Kommunikationsversuche in Modern Standard Arabic (MSA)

Der überwiegende Teil des tätigen Personals stellt fest, dass eine grundsätzliche Kommunikation über einfache Beschwerden via Gestik und Mimik, etwa das Deuten auf den Bauch bei Bauchschmerzen, in aller Regel gelingt. Problemfelder der Kommunikation lägen in genauere Anamnese, etwa über die Dauer und die Intensität der Beschwerden, bereits unternommenen Behandlungsversuchen oder bestehende Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten. Weitere Problemfelder ergeben sich bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Ein weiteres großes Problem wird in der Kommunikation über Verordnung und Einnahme von Medikamenten beschrieben, hier insbesondere, wenn die Medikamenteneinnahme nicht trivial, sondern an Bedingungen oder zeitliche Abhängigkeiten gekoppelt ist. Dies betrifft etwa die Empfehlung, Paracetamol nur bei bestehenden Fieber einzusetzen oder Antibiotika einzunehmen, „bis die Packung aufgebraucht“ ist. Grundsätzlich komplizierte Applikationsformen scheinen Waschlotionen, Cremes und Säfte zu sein. Als besondere Herausforderung sind ferner Präparat-Umstellungen oder Dosierungsumstellungen zu sein, etwa wenn statt eines Kombinationspräparats aus unterschiedlichen Wirkstoffen mehrere einzelne Präparate mit entsprechenden Wirkstoffen eingesetzt werden sollen.

Darauf, dass gegenseitiges Verstehen bzw. Verständlich-Machens eine Herausforderung ist, deutet auch die Häufigkeit der zeitnahen Wiedervorstellungen hin: Etwas mehr als ein Drittel der Patienten konsultiert Ärzte mehr als einmal binnen 14 Tagen. Zählt man die Beratungskontakte des Krankenpflegepersonals dazu, sind es fast die Hälfte aller Kontakte. Zwar wurde in keinem der Interviews davon gesprochen, dass Missverständnisse zu nachhaltigen körperlichen Schäden oder Verletzungen geführt hätten, jedoch wurden vermeidbare und von den Betroffenen als ärgerlich beschriebene Krankheitsverläufe bzw. Komplikationen beschrieben. Ein großes und belastendes Thema nahm die Frustration in der alltäglichen Kommunikation ein, die von den Akteuren auf beiden Seiten – bei Behandlern und Behandelten – verortet wird.

Intervention

Ausgehend von diesen Erfahrungen soll in einem Interventionsprojekt herausgefunden werden, ob durch den Einsatz einer spezifisch für die Situation in Friedland angepassten Übersetzungssoftware die Kommunikation zwischen Ärzten und Geflüchteten verbessert werden kann. Bei der plattformunabhängig einsetzbaren Software handelt es sich um einen Prototypen, der von einem interdisziplinärem Team aus Medizinern, Kulturwissenschaftlern, Soziologen, Programmierern und Designern ausgehend von einem Förderprogramm der Leuphana Universität Lüneburg angefertigt wurde, jedoch bisher (abgesehen von Einzelfällen zur Testung der Handhabbarkeit) noch nicht zum Einsatz gekommen ist.

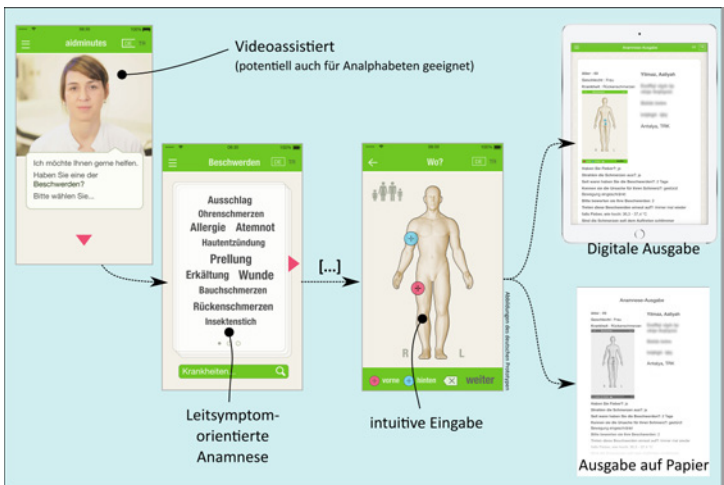


Abbildung 3: Softwarestruktur

Die Software soll bei nicht-deutschsprachigen Patienten eine strukturierte Anamnese ausgehend von den häufigsten in der allgemeinmedizinischen Praxis auftretenden Symptomen ermöglichen, und zwar *bevor* der Patient in die ärztliche Behandlungssituation kommt (etwa im Wartezimmer). Dabei reagiert die Software adaptiv auf die Angaben des Patienten. Ein besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, dass Patienten die subjektiven Einschätzungen und die Bewertungen der Symptome darlegen können. Ein wichtiges Augenmerk wird auf die Usability und die Orientierung an die praktischen Erfordernisse gelegt: So soll die Software auf Tablets eingesetzt werden, die einfach per Fingereingabe zu bedienen sind. Ferner sollen nur Fakten und Symptome abgefragt werden, die für die Diagnostik und Therapie eminent sind, und sich nicht durch eine einfache klinische Untersuchung herausfinden lassen.

Frage und Antwortmöglichkeiten werden den Patienten dabei videoassistent dargeboten, sodass einerseits schriftunkundige Patienten eingeschlossen werden, und andererseits Dialektformen abgebildet werden, für die es kein schriftsprachliches Äquivalent gibt. Grundsätzlich besteht die Hoffnung, dass auch funktionelle Analphabeten die Software verwenden können. Die Software soll den arabischen Sprachraum (Modern Standard Arabic und sechs wesentliche Dialekte), Farsi, Paschtu und drei kurdische Sprachformen (Kurmandschi, Sorani, Zaza) abdecken. Die Informationen werden übersetzt und können vom Arzt als schriftlich zusammengefasste Information vor oder während der Konsultation eingesehen werden. Wichtige Informationen, insbesondere diejenigen, die einen abwendbar gefährlichen Verlauf kennzeichnen (sog. ‚red-flags‘) aber auch für die therapeutischen Entscheidungen wichtige Informationen (etwa über Medikamentenunverträglichkeiten) werden so erfahrbare. Ein zusätzlicher unschätzbare Vorteil ergibt sich darin, dass über die Eingabe eine dokumentierte archivierbare Patientenaussage vorliegt,

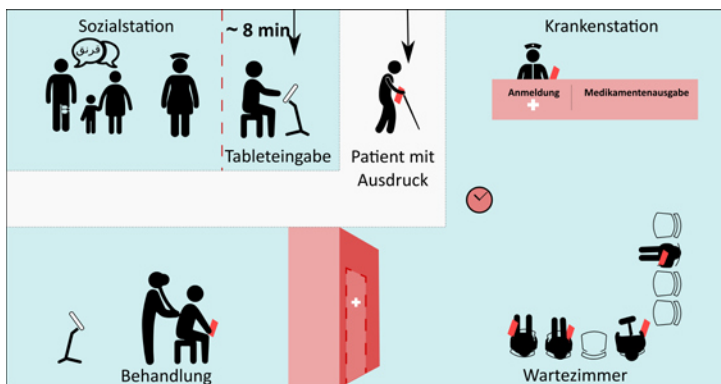


Abbildung 4: Sozialräumliche Implementation

die eine bessere juristische Absicherung des therapeutischen Handelns für Ärzte und Pflegepersonal bietet.

Ein zweites Einsatzfeld ergibt sich in der Interaktion bezüglich der Therapie: Ein besonderes Modul soll in der direkten Arzt-Patienten-Interaktion die Einnahme von Medikamenten erläutern.

Ausblick

Im Rahmen eines zweijährigen Interventionsprojekts soll herausgefunden werden, ob die digitalen Anamnesehilfen tatsächlich zu einer verbesserten Kommunikation führen. Bisher gibt es keine Erfahrungen darüber, ob ein solches System von Patienten angenommen und sinnvoll angewendet werden kann, und inwiefern ein solches System eine sinnvolle Ergänzung im Sprechstundenablauf darstellen kann. Ob durch den Einsatz der Software Informationsverlust vorgebeugt werden kann, der durch sprachliche oder kulturelle Unterschiede entsteht, bleibt zu untersuchen. Sollten die erhofften Effekte eintreten, kann der Einsatz auch in anderen medizinischen Bereichen, etwa in Notaufnahmen, Arztpraxen, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Apotheken erwogen werden.