

Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment
– Diskussionsbeitrag Nr. 1/2015 –

05.03.2015

Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund

*von Dr. Wolfgang Hausotter, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Sozialmedizin – Rehabilitationswesen, Sonthofen*

I. Einleitung

In Deutschland leben mehr als sieben Millionen Ausländer¹, davon etwa vier Millionen Muslime². Insgesamt zwanzig Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund³.

Die Begutachtung von Migranten bringt besondere Herausforderungen mit sich. Durch Unterschiede in den Kulturen, den Religionen, der Sozialisation, den überlieferten Traditionen, den Wertvorstellungen, der Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und nicht zuletzt zu Leistung und beruflicher Motivation ergeben sich vielfältige Konflikte und Meinungsunterschiede, die Gutachter berücksichtigen müssen.

II. Thesen des Autors

- 1. Gutachter stehen für Objektivität und Neutralität.**
- 2. Die sozialmedizinische Begutachtung ist ohne Berücksichtigung und kritisch-abwägende Wertung transkultureller Hintergründe nicht ausreichend. Sie erfordert interkulturell kompetentes Handeln.**
- 3. Die Gleichbehandlung aller Versicherten muss gewährleistet sein, jedoch ist den Besonderheiten des Einzelnen Rechnung zu tragen.**
- 4. Nicht die Migration macht krank. Krankheitsursachen können aber mit Migration, (in-)adäquater Integration und dem sozioökonomischen Kontext zusammenhängen.**

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 081 vom 07.03.2014.

² Vgl. Studie „Muslimisches Leben in Deutschland“, S. 11, S. 340.

³ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“, S. 47.

III. Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund

Das Klischee „Migrant“ oder „Ausländer“ ist in der Begutachtungssituation fehl am Platze. Gutachter sehen Menschen aus ganz verschiedenen Ländern mit ganz unterschiedlicher Herkunft und Lebensschicksalen – von den Arbeitsmigranten aus südeuropäischen Ländern über deutschstämmige Umsiedler aus Russland, einer Vielzahl von Einwanderern aus dem ehemaligen Ostblock bis hin zu Flüchtlingen aus aller Welt. Es macht natürlich einen gewaltigen Unterschied, ob ein Arbeitsmigrant aus Griechenland freiwillig wegen besseren Arbeitsmöglichkeiten emigriert oder jemand aus Syrien oder Afghanistan wegen der Kriegssituation sein Land verlässt.

1. Vielfalt der Migranten

Nach Deutschland kommen Menschen mit ganz divergenter schulischer und beruflicher Ausbildung und auch aus ganz unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit. Ein Beispiel ist der Schulabschluss bei türkischen Migranten. Nach Hackhausen⁴ sind davon dreißig Prozent Analphabeten, sechzig Prozent besuchten die fünfklassige Volksschule in der Türkei und zehn Prozent eine höhere Schule. Anders stellt sich die Situation bei den Migranten aus Russland dar. Diese haben regelmäßig eine schulische und berufliche Ausbildung, nicht selten mit höherwertigem Abschluss, der wiederum in Deutschland je nach Beruf oft nicht anerkannt wird, was zu nachvollziehbaren Kränkungen und Enttäuschungen durch den sozialen Abstieg führt. So sind Lehrer oder Beamte dann als Fabrikarbeiter tätig, Lehrerinnen oder Sekretärinnen als Putzfrauen, was wiederum den

Nährboden für somatoforme Störungen oder Depressionen bildet⁵.

2. Aufgaben des Gutachters

Gutachter sind zur strikten Objektivität und Neutralität verpflichtet. Eine einseitige Position mit Nachgiebigkeit entweder für den Auftraggeber oder für den Antragsteller wäre mit unserem Auftrag nicht vereinbar. Weder eine unsensibel ablehnende Haltung mit emotionaler Kälte und Zynismus noch eine überschießende Empathie im Sinne der „MitWolleidsfalle“ ist angebracht. Die vornehmste Rolle der Gutachter liegt in Sachlichkeit, Vorurteilslosigkeit und unparteiischen Stellungnahmen.

Andererseits ist die sozialmedizinische Begutachtung jedoch ohne Berücksichtigung und kritisch abwägende Wertung transkultureller Hintergründe nicht ausreichend. Gutachter sind zur Gleichbehandlung aller Versicherten in jeder Hinsicht verpflichtet, müssen aber den Besonderheiten des Einzelnen Rechnung tragen. Diesen Spagat muss der Gutachter bewältigen.

3. Sprachprobleme

Vor allem bei erst kurz in Deutschland lebenden Migranten sind die Sprachprobleme zu berücksichtigen. Entsprechende Schwierigkeiten sich beim Arzt auszudrücken, bestehen im kurativen und im gutachtlichen Bereich. Wenn schon Menschen mit deutscher Muttersprache Schwierigkeiten haben, verschiedene körperliche Missempfindungen adäquat auszudrücken – wie z. B. „taub, pelzig, kribbelig, eingeschlafen“ oder „Schwank-, Dreh-, Liftschwindel, Raumunsicherheit, Taumeligkeit“ – wie viel größere Schwierigkeiten sind dann bei den Migranten mit anderer Muttersprache zu erwarten?

⁴ Hackhausen, W. (2003): Sozialmedizin und ärztliche Begutachtung. Ecomed: Landsberg.

⁵ Vgl. Hausotter, W., Schouler-Ocak, M. (2013): Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. 2. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer: München.

4. Dolmetscher

Natürlich stellt sich bei Sprachproblemen die Frage nach einem Dolmetscher, der bei nicht deutsch sprechenden Probanden obligat ist. Andererseits können professionelle Dolmetscher dazu neigen, das Gespräch an sich zu ziehen und Fragen zusammenfassend zu beantworten, weshalb Gutachter unbedingt auf eine Wort-für-Wort-Übersetzung bestehen müssen. Im kleinstädtischen und ländlichen Bereich stehen nur wenige ausgebildete Dolmetscher zur Verfügung, insbesondere nur wenige weibliche Dolmetscher. Den im Rahmen der Untersuchung halb entkleideten türkischen Frauen ist ein Mann als Dolmetscher nicht zumutbar. Abgesehen davon ist auch die Kostenübernahme nicht immer gesichert, nicht einmal bei Gerichtsgutachten. Wünschenswert wäre ein Dolmetscher, der zugleich als Kulturvermittler dient, aber dies ist eher selten.

Als Ausweg dienen oft die Kinder. In der ärztlichen Praxis ist dies üblich. Schulkinder sind in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit allerdings begrenzt und erwachsene Kinder lassen oft eine eindeutige Parteinahme für die Eltern erkennen. Beides ist für die Begutachtung wenig hilfreich. Übersetzungen durch Angehörige und Bekannte sind bei psychiatrischen Gutachten durchaus problematisch. Außerdem ist die Anwesenheit einer dritten Person gerade bei psychiatrischen Gutachten kontraproduktiv. Bei Probanden mit geringen Deutschkenntnissen empfiehlt sich als pragmatische Lösung zunächst eine Exploration und Untersuchung mit dem Patienten alleine und erst bei noch unklaren Fragen die Beiziehung von Familienangehörigen. Idealforderungen an einen Dolmetscher wären gleichgeschlechtlich wie der Proband, aus der gleichen Region, eine Vor- und Nachbesprechung sowie eine Wort-für-Wort-Übersetzung mit Erläuterung einzelner kulturspezifischer Aspekte.

5. Integration

Um sich ein Gesamtbild der Probanden in der Begutachtungssituation zu machen, stellt sich stets die Frage nach ihrer Integration. Die komplexen Anpassungsvorgänge an neue kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen erfordern zweifellos erhebliche Anstrengungen, die mit weiteren Aspekten korrespondieren, wobei schulische und berufliche Vorbildung, Flexibilität und Anpassungsbereitschaft entscheidend sind. Eine nicht geglückte oder nicht stattgefundene Integration verfestigt eine Außenseiterposition und kann damit gegebenenfalls den Nährboden für dysthyme⁶ Befindlichkeitsstörungen bis hin zu somatoformen Störungen darstellen.

Somatisierung

Soziale und psychische Konflikte werden dabei in körperliche Symptome umgesetzt, wobei der behandelnde Arzt zunächst oft überproportionale diagnostische Maßnahmen veranlasst, die auf die Betroffenen ungeheuer faszinierend wirken, später aber mit der Enttäuschung „man findet nichts und ich habe doch meine Beschwerden“ enden. Das bloße ärztliche Gespräch wird weder verstanden noch gewürdigt. Die so wichtige kulturell geprägte nonverbale Kommunikation ist meist nicht möglich und führt zu neuen Missverständnissen.

Der Hausarzt neigt meist neben einer umfangreichen Diagnostik, um nichts zu übersehen, auch zu einer eher großzügigen Attestierung von Arbeitsunfähigkeit, was wiederum bei den Betroffenen den Eindruck erweckt, schwer krank zu sein, zumal auch sonst „nichts hilft“. Am Ende stehen dann oft Resignation und der Wunsch nach Rente.

Besonders „Schmerz“ wird häufig benutzt, um allgemeine Missempfindungen und psychisches Leid in körperlichen Chiffren auszudrücken. Dass dann ein Schmerzmittel

⁶ Dysthymie: chronische Form einer depressiven Verstimmung. Sie erfüllt nicht alle diagnostischen Kriterien für das Vollbild einer Depression.

nicht zum Erfolg führt, liegt auf der Hand. Wenn eben „nichts hilft“, kommt es oft zur Flucht in die Paramedizin, im Übrigen auch bei unseren deutschen Landsleuten. Auch dies müssen wir uns bei der Beurteilung von Migranten vor Augen halten.

Positive Aspekte der Migration

Andererseits muss Migration keinesfalls per se zu Krankheit und Leiden führen und es ist sicher ein Fehler, Migration generell zu pathologisieren. Die vielen Migranten, die ihre gesteckten Ziele mit positiven Lebensaspekten für sich selbst und für ihre Kinder verwirklichen konnten, sehen wir als Gutachter meist nicht, sehr viel mehr diejenigen, die an der Migration gescheitert sind und dann ihre ganze Enttäuschung und Kränkung einer negativen Lebensbilanz durch körperliche Symptome ausdrücken. Es wäre ein Fehler, bei der Begutachtung diese Aspekte nicht adäquat zu berücksichtigen.

6. Pflichten des Gutachters

Gutachter sollen den kulturellen Hintergrund berücksichtigen, Sensibilität und Empathiefähigkeit aufweisen und sie müssen bei Personen mit Migrationshintergrund wahrscheinlich eine längere Begutachtungsdauer einkalkulieren. Wünschenswert ist eine interkulturelle Kompetenz mit Akzeptanz anderer Kulturen, geprägt von Offenheit, Neugier und Respekt und dem Bemühen, die naheliegenden diagnostischen, therapeutischen und letztlich in der eigenen Hilflosigkeit liegenden Probleme zu bewältigen.⁷

Es bedarf stets einer ganz individuellen Betrachtung des einzelnen Probanden mit Berücksichtigung der speziellen Biographie und

seiner Lebenseinstellung. Undifferenzierte Urteile wie „Bosporus-Syndrom“ sind unprofessionell. Auch die früheren schematischen Zuordnungen wie „Heimwehreaktion“ oder „Entwurzelungsdepression“ sind nicht angebracht. Es ist stets auf den Einzelfall abzustellen.

Eine pauschalierende Einschätzung von Leistungsminderung allein auf Grund der Herkunft aus einem Krisengebiet und der bloßen Vermutung traumatisierender Erlebnisse ist ebenfalls unangebracht.

Fehldiagnosen sind nicht selten, wenn körperliche Erkrankungen als Aggravation⁸ oder Simulation verkannt werden oder bei einseitiger Beachtung der körperlichen Beschwerden die seelische Störung ausgeblendet wird.

In der Begutachtungssituation ist stets eine sorgfältige Abklärung erforderlich, wann die Migration erfolgte, wie sie verlief, ob es zu einer adäquaten Integration, zu einer Verbesserung oder Verschlechterung des sozialen Status, auch für die Angehörigen, kam. Ebenso sind Fragen zur weiteren Lebensperspektive, zu Bewältigungsstrategien und zu einer erfolgten sozialen Unterstützung zu klären.

IV. Fazit

Es bedarf also im Einzelnen einer sehr detaillierten Anamnese, um sich ein Bild von den zu begutachtenden Personen zu machen und letztlich zu einer sachlichen und ausgewogenen Beurteilung zu kommen.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁷ Vgl. Erim, Y., Morawa, E., Gün, A.K. (2014): Interkulturelle Öffnung am Beispiel des LVR-Verbundprojekts Migration. *Ärztliche Psychotherapie* 9;61–67; vgl. Knischewitzki, V., Machleidt, W., Graef-Calliess, I. T. (2014): Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. *Nervenheilkunde* 33; 434–438.

⁸ Krankheitsverschlimmerung.