

DIPLOMARBEIT

# **Sprachbarrieren im Gesundheitswesen**

Schwierigkeiten und Lösungsansätze am Beispiel der  
allgemeinmedizinischen Praxis

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Wien**

durchgeführt am

**Zentrum für Public Health**

**Abteilung Allgemein- und Familienmedizin**

**Unit Ethnomedizin und International Health**

unter der Anleitung von

**Priv.-Doz.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ruth Kutalek**

eingereicht von

**Eva Maria Reindl**

1042287

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

---

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Benutzung unerlaubter, nicht angeführter Hilfsmittel angefertigt habe. Alle aus fremden Quellen übernommenen Gedanken sind durch Zitate kenntlich gemacht und im Literaturverzeichnis oder als Quelle aus dem Internet angeführt.

Die vorliegende Arbeit wurde keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

## DANKSAGUNG

---

Ich möchte mich zuerst bei allen Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen bedanken, ohne ihr Mitwirken, ihre Offenheit und ihre mitgeteilten Erfahrungen wäre diese Diplomarbeit nicht zustande gekommen. Jedes einzelne Interview brachte neue Erkenntnisse und eröffnete wieder einen etwas anderen Blickwinkel auf die Thematik. Auch für mich persönlich und meine Zukunft als angehende Ärztin waren die Gespräche sehr bereichernd.

Ebenso möchte ich mich bei Frau Priv.-Doz.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ruth Kutalek sehr herzlich für ihre Betreuung, die Unterstützung und alle Ratschläge bedanken.

Meiner Mama Zázilia Reindl und Frau Margarete Ruf gilt mein großer Dank für die Zeit, die sie in die Korrektur der Diplomarbeit investiert haben.

Für das inspirierende Gespräch, noch vor Beginn der Diplomarbeit, sei der Einrichtungsleiterin von Amber-Med, Frau DSA Carina Spak, sehr herzlich gedankt. Dadurch kristallisierten sich einige mögliche Themenschwerpunkte im Migrationsbereich heraus und ich konnte mein Diplomarbeitsthema nach und nach eingrenzen.

Abschließend möchte ich noch meinem Freund Johannes, meiner Familie und meinen Freunden ganz herzlich danken. Ich wurde von ihnen immer unterstützt, in Zeiten der Verzweiflung wieder aufgebaut und in meiner Arbeit ermutigt.

# INHALTSVERZEICHNIS

---

Eidesstattliche Erklärung.....	2
Danksagung.....	3
Abstract .....	7
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung .....	9
2 Hintergrund .....	12
2.1 Einflussfaktoren auf die interkulturelle Arzt-Patienten-Interaktion.....	13
2.1.1 Sprache .....	13
2.1.1.1 Laiendolmetscher .....	16
2.1.2 Kultur .....	21
2.2 Rechtliche und ethische Rahmenbedingungen.....	25
2.2.1 Rechtliche Grundlagen .....	25
2.2.1.1 Behandlungsvertrag .....	25
2.2.1.2 Aufklärung und Einwilligung in die Heilbehandlung.....	25
2.2.1.3 Einsatz von Sprachmittlern .....	27
2.2.2 Ethische Aspekte .....	28
2.2.2.1 Medizinethische Prinzipien.....	29
2.3 Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation nicht deutschsprachiger Patienten.....	35
2.3.1 Professioneller Einsatz von Kommunaldolmetschern.....	35
2.3.2 Optimierung des Verhaltens im triadischen Gespräch.....	39
2.3.3 Patientenschulungen und Verbesserung der Health Literacy.....	41
3 Methodik .....	44
3.1 Qualitative Forschungsmethode .....	44
3.2 Teilnehmende Experten.....	44
3.3 Interviewleitfaden.....	46
3.4 Transkription und Analyse .....	47

4	Resultate .....	49
4.1	Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion .....	49
4.1.1	Herausfordernde Patientengruppen und Krankheitsentitäten.....	50
4.1.2	Anamnese .....	51
4.1.3	Einsatz von diagnostischen Mitteln.....	56
4.1.4	Behandlung.....	57
4.1.5	Aufklärung .....	60
4.1.6	Compliance.....	63
4.2	Strategien zur Überwindung der Sprachbarriere .....	65
4.2.1	Aspekte zum Einsatz von Laiendolmetschern.....	66
4.2.1.1	Anforderungen an die dolmetschende Person und deren Auswahl .....	67
4.2.1.2	Verhalten im triadischen Gespräch .....	68
4.2.1.3	Einsatz von dolmetschenden Angehörigen und Freunden.....	70
4.2.1.4	Einsatz von Kindern als Sprachmittler.....	73
4.2.1.5	Ordinationsmitarbeiter als Sprachmittler .....	76
4.2.1.6	Wartende Patienten als Sprachmittler .....	77
4.2.2	Ausweichen auf eine gemeinsame Sprache .....	77
4.2.3	Hilfskonstruktionen – Kommunikation mit Händen, Füßen, Zeichnungen, Wörterbüchern oder Ähnlichem.....	79
4.2.4	Patienten zum Dialog ermutigen .....	82
4.2.5	Weitere Optionen und Wünsche zur Überwindung der Sprachbarrieren.....	83
5	Diskussion .....	88
5.1	Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion .....	88
5.2	Strategien zur Überwindung der Sprachbarriere .....	91
6	Fazit.....	97
7	Anhang .....	99
7.1	Abkürzungsverzeichnis .....	99
7.2	Literaturverzeichnis.....	100

7.3	Quellen aus dem Internet.....	109
7.4	Abbildungsverzeichnis .....	110
7.5	Bestätigung der Ethikkommission .....	111

## ABSTRACT

---

### **Background**

40.7 % of Vienna's population have migration background. Due to this fact general practitioners often get consulted by patients with native languages other than German. In addition to sociocultural issues, financial aspects and the obstacle of being confronted with a foreign health care system, language is often described as a major barrier in health care systems. Although patients know German and use it in everyday life, they often face communication problems in health care situations, where specific vocabulary and a higher command of German are required.

### **Aim**

The aim of this study was to gather information about the communication between general practitioners and patients with non-German mother tongues. Difficulties in the doctor-patient-interaction and strategies to overcome the language barrier got explored. Focused topics were anamnesis, the use of diagnostics, treatment, clarification, compliance and the use of non-professional interpreters.

### **Methods**

In a qualitative study 13 semi-structured interviews with general practitioners were conducted. The experts shared their personal experiences and attitude towards this topic. Subsequently the material was transcribed and analysed.

### **Results**

The study shows that language barriers have an impact on all levels of the doctor-patient-interaction. Reduced communication especially affects and complicates the treatment of psychiatric and geriatric patients as well as those suffering from chronic illnesses. General practitioners use different options to overcome the language barrier. In many cases interpreters help to improve communication. Sometimes doctors and patients switch to a shared language or try to solve the problem through communication via body language, drafts or other visual aids. The GPs hope for improvement through professional translation services via telephone or video telephony, multilingual health care centres, the provision of education services in different languages and improved German skills among the patients.

### **Hintergrund**

40,7 % der Wiener Bevölkerung sind Migranten<sup>1</sup> der ersten oder zweiten Generation, daher werden Allgemeinmediziner in Wien häufig von Personen mit nicht deutscher Muttersprache konsultiert. Die Sprache wird neben soziokulturellen Unterschieden, dem fremden Gesundheitssystem und finanziellen Gründen häufig als Barriere im Gesundheitssektor beschrieben. Auch wenn Deutschkenntnisse erworben und im Alltag angewendet werden, stellt sich ein ärztliches Gespräch oft schwierig dar, da für diese Art der Kommunikation bessere Sprachkompetenzen als im täglichen Leben nötig sind.

### **Zielsetzung**

Das Ziel dieser Studie war es, mehr Informationen über die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Patienten mit nicht deutscher Muttersprache zu erhalten. Es wurden Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion, Strategien zur Überwindung der Sprachbarriere und mögliche weitere Verbesserungsoptionen exploriert. Die Schwerpunkte lagen vor allem auf Anamnese, Einsatz von Diagnostika, Behandlung, Aufklärung und Compliance, sowie dem Einsatz von Laiendolmetschern.

### **Methodik**

Es wurden, im Zuge einer qualitativen Studie, 13 teilstrukturierte Interviews mit Allgemeinmediziner in Wien durchgeführt. Dadurch konnten persönliche Erfahrungen der Experten gesammelt werden. Anschließend wurde das Rohmaterial transkribiert und analysiert.

### **Ergebnisse**

Es konnte festgestellt werden, dass die Sprachbarriere Einfluss auf alle Ebenen der Arzt-Patienten-Interaktion haben kann, vor allem Patientengruppen aus dem psychiatrischen und geriatrischen Bereich sind davon stärker betroffen. Ebenso werden chronisch erkrankte Patienten durch den Einfluss sprachlicher Barrieren unzureichend betreut. Es gibt verschiedene Wege, wie Allgemeinmediziner die Sprachbarriere überwinden. Der Einsatz von Laiendolmetschern ist sehr verbreitet, viele Mediziner weichen auf eine gemeinsame Sprache aus oder probieren durch Hilfskonstruktionen die Kommunikation zu verbessern. Es bestehen Wünsche nach guten Video- und Telefondolmetscherservices, mehrsprachigen Ordinationen, krankheitsbezogenen Themenabenden in verschiedenen Sprachen und verbesserten Deutschkenntnissen unter den Patienten.

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. In der vorliegenden Arbeit ist bei der allgemeinen Verwendung der männlichen Form auch die weibliche Form gemeint.



# 1 EINLEITUNG

---

Das heutige Westeuropa ist zweifellos multikulturell – viele Menschen verlassen ihre Heimat aufgrund unterschiedlicher Umstände. Soziale Schwierigkeiten, Bedingungen, die eine Flucht erzwingen oder einfach die Hoffnung, in einem fremden, reicheren Land bessere Lebensumstände zu finden, bewegen Menschen zur Migration (Wedam, 2009).

Unter dem Begriff „Migranten“ werden Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebensschicksalen, mit äußerst heterogenen Ausgangssituationen, Motivationen und Erfahrungen zusammengefasst. Die einzig wirkliche Gemeinsamkeit, die diese Gruppe verbindet, ist nicht der Mehrheitsgesellschaft anzugehören, sondern aus einer anderen Region, einem anderen Land oder einem anderen kulturellen Umfeld zu kommen (Assion, 2005). Migration und Situationen mit Menschen mit Migrationshintergründen sind mittlerweile alltäglich, ebenso auch die Diversität der Sprachen. Diese Sprachenvielfalt bedarf Bemühungen aller Beteiligten, um gelingende Kommunikation zu ermöglichen. „It’s a challenge to do it the right way“ ist der aussagekräftige Titel einer Publikation aus Schweden, die die Herausforderung des täglichen Klinikalltags in einer multikulturellen Welt beschreibt (Nkulu Kalengayi et al., 2012). Als Hindernisse, die Personen mit Migrationshintergrund den Zugang zu einer ausreichenden Behandlung erschweren, wurden soziokulturelle und sprachliche Unterschiede, sowie die Schwierigkeit, sich in einem fremden Gesundheitssystem zurecht zu finden, beschrieben.

Dieselben Faktoren wurden auch in der Amsterdamer Erklärung (2005), welche im Zuge des europäischen Projekts „Migrant-friendly hospitals“ verfasst wurde, erwähnt. Es wurde aber auch betont, dass die finanziellen Ressourcen des Krankenhausträgers, die sozio-ökonomische Situation der Patienten und der teilweise verwehrt Anspruch auf medizinische Leistungen den Kontakt zwischen medizinischem Personal und Menschen mit Migrationshintergründen beeinflussen. All diese Gründe ziehen viele Folgen nach sich; zum einen werden Gesundheitseinrichtungen zu wenig, oder erst sehr spät aufgesucht, zum anderen werden Präventivprogramme (wie zum Beispiel Impfungen) nicht ausreichend in Anspruch genommen und aktive Gesundheitsprophylaxe zu wenig praktiziert (Pelikan et al., 2005).

Findet eine Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund statt, so ist diese häufiger von Versorgungsmängeln geprägt. Es werden vermehrt Fehldiagnosen gestellt und Fehlbehandlungen eingeleitet (Wedam, 2009). Des Weiteren werden mehr diagnostische Maßnahmen angeordnet, die Therapietreue sinkt aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten, die Kosten steigen und die Patientenzufriedenheit nimmt ab (Binder-Fritz, 2011). Dieses Vorgehen ist weder

für die Patienten, noch für das behandelnde Personal zufriedenstellend. Ärztliche Mitarbeiter fühlen sich mit dem Problem der Sprachbarriere ohne adäquate systematisierte Hilfestellungen alleingelassen. Diese Situation erzeugt Unbehagen, Missstimmung und Frustration (Haderer, 2011).

Von den oben genannten Faktoren spielt die Sprache, auch mit ihren kulturellen Einflüssen, eine sehr zentrale Rolle, da sie eine essentielle Komponente für gelingende Kommunikation und die adäquate Behandlung darstellt. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit auf den Einflüssen der sprachlichen und kulturellen Diversitäten auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Laut Menz (2013) spiegelt sich die Mehrsprachigkeit, die in den großen Städten schon zum Alltag geworden ist, sowohl in der Forschung der medizinischen Kommunikation, als auch im täglichen Umgang in der ärztlichen Praxis noch unzureichend wider. Da schon Studien zur Thematik der Sprachbarrieren im Krankenhausbereich vorhanden sind, wurde der Schwerpunkt dieser Arbeit auf den Umgang mit fremdsprachigen Patienten in der hausärztlichen Praxis gelegt.

Die Forschungsfrage konzentriert sich auf die Schwierigkeiten, die in der Arzt-Patienten-Interaktion mit nicht-deutschsprachigen Patienten im niedergelassenen Bereich erlebt werden und den Strategien zur Überwindung der Sprachbarriere, sowie den weiteren Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit Migrationshintergrund.

Im ersten, theoretischen Teil wird ein Einblick in die derzeitige Behandlungssituation von Patienten mit nicht deutscher Muttersprache in Österreich gegeben. Danach werden die sprachlichen und kulturellen Einflussfaktoren, welche in der Arzt-Patienten-Beziehung eine Rolle spielen, behandelt. Das rechtliche und ethische Spannungsfeld, in welches die Interaktion zwischen Allgemeinmediziner und Patient eingebettet ist, wird in einem weiteren Kapitel erläutert. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils widmet sich Modellen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Interaktion.

Im zweiten Teil werden die methodische Vorgehensweise und ihre einzelnen Schritte erklärt. Es wird auf das teilstrukturierte Interview, die Expertensuche, den Interviewleitfaden und die Auswertung der Daten näher eingegangen.

Danach erfolgt im dritten Teil die Analyse der Interviews, welche sich in zwei Kapitel teilt. Schwierigkeiten, welche in der Arzt-Patienten-Interaktion mit nicht deutschsprachigen Patienten erlebt werden, werden zu Beginn betrachtet. Anschließend werden Strategien, welche zurzeit angewendet werden und mögliche weitere Lösungen zur Überwindung der Sprachbarriere angeführt.

Abschließend werden im vierten Teil die Ergebnisse der Studie diskutiert, mit der existierenden Literatur verglichen und Schlussfolgerungen gezogen.

## 2 HINTERGRUND

---

*„Die Grundannahme, dass die Menschen, die Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, heutzutage zu einem beträchtlichen Teil anderen Kulturen entstammen, steht weitgehend außer Zweifel. Was in den sechziger Jahren noch ein Ausnahmefall gewesen sein mag, gehört heute zum Arbeitsalltag in den Gesundheitseinrichtungen, vor allem in Wien, wo der Anteil der ausländischen Bevölkerung weit über dem Bundesdurchschnitt liegt.“ (Pöchhacker, 2010, 207)*

Laut eines Berichtes der Statistik Austria lebten 2014 1,7 Millionen Personen mit Migrationshintergrund in Österreich, demzufolge hatten also 20,4 % der Bevölkerung nicht österreichische Wurzeln (Statistik Austria, 2015). Die Bevölkerungsgruppe der Migranten schätzt ihren Gesundheitszustand schlechter ein, als die Vergleichsgruppe der Österreicher. 2010 bis 2012 stufen im Durchschnitt 15 % der türkischen und 11 % der ex-jugoslawischen (außerhalb der EU) Migranten ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein, jedoch nur 8 % der österreichischen Staatsangehörigen. Ebenso werden auch Vorsorgeuntersuchungen von Österreichern deutlich häufiger in Anspruch genommen. So ließen 70 % der über 40-jährigen Österreicherinnen eine Mammographie durchführen, aber nur 52 % der Patientinnen aus der Türkei und Ex-Jugoslawien (außerhalb der EU). Dieselben Tendenzen können auch bei Untersuchungen, wie PAP-Abstrich (56 % der Österreicherinnen vs. 30 % der Türcinnen/Ex-Jugoslawinnen – im Alter von 15-60 Jahren) und PSA-Test (51 % der Österreicher vs. 18 % der Türken/Ex-Jugoslawen – ab 40 Jahren) beobachtet werden. Ebenso ist die Durchimpfungsrate bei Hepatitis A und B, FSME und Grippe bei Patienten mit Migrationshintergrund deutlich niedriger (Baldaszi et al., 2014).

Die Multikulturalität spiegelt sich in Österreich vor allem in Wien wider, 40,7 % der Wiener Bevölkerung sind Migranten der ersten oder zweiten Generation (Statistik Austria, 2015). Dass in dieser Region Österreichs das Gesundheitspersonal vermehrt mit Patienten mit Migrationshintergrund zu tun hat, ist ein Faktum. Derzeit gibt es jedoch noch keine einheitliche Vorgehensweise im Umgang mit Patienten mit nicht deutscher Muttersprache. Sehr oft werden diese Schwierigkeiten durch den Einsatz von Laiendolmetschern (Sprachmittler, ohne akademische Dolmetscher-Ausbildung, welche zu Kommunikationszwecken eingesetzt werden (Menz, 2011)), seien es Begleitpersonen der Patienten oder mehrsprachige Mitarbeiter, überwunden. Eher selten wird auf einfaches Deutsch oder eine gemeinsame andere Sprache ausgewichen (Pöchhacker, 2000a). Alle Varianten werden als „Notlösungen“ verwendet, warum diese oft nicht optimal sind, wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

## 2.1 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE INTERKULTURELLE ARZT-PATIENTEN-INTERAKTION

Die in der Einleitung beschriebenen Hindernisse, die Patienten mit Migrationshintergrund überwinden müssen, um medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können, sind kultureller, sprachlicher, finanzieller, sozio-ökonomischer und versicherungstechnischer Natur. Es ist wichtig, die Kultur einerseits als Einflussfaktor zu sehen und wahrzunehmen, man muss sie andererseits jedoch auch relativieren und in manchen Zusammenhängen kritisch hinterfragen, ob nicht andere Aspekte stärkeren Einfluss haben. Der Kulturbegriff wird häufig dafür missbraucht, soziale Benachteiligungen zu verdecken, um die eigentlichen ökonomischen, finanziellen, strukturellen und sozialen Ursachen und Ungleichheiten nicht wahrnehmen zu müssen (Kutalek, 2011). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf den direkten Einflüssen der Interaktion zwischen Medizinern und nicht deutschsprachigen Patienten, und nicht auf den Barrieren, die vor diesem Zusammentreffen überwunden werden müssen. Daher werden nur Sprache und Kultur näher erläutert.

### 2.1.1 Sprache

*„Sich verständigen, sich verständlich machen, mit anderen Menschen kommunizieren, seine Fragen, Anliegen und Forderungen formulieren, seine Wünsche, Ängste, seine Wut und seine Freude zum Ausdruck bringen – all dies gehört zu den unmittelbaren Bedürfnissen von Menschen. Wer sich nicht verständigen kann, wird sprachlos und wird damit auch hilflos.“ (Glanzer, 2003, 13)*

Sich verständigen und mit dem Arzt beziehungsweise mit dem Patienten kommunizieren zu können spielt in der biopsychosozial-orientierten Medizin eine große Rolle. Die Anamnese ist für den Arzt, noch bevor diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden, Erkenntnisquelle, auf die die Diagnosestellung aufbaut. Die Therapieerhaltung und der Behandlungsverlauf sind von der Compliance des Patienten abhängig. Diese wiederum kann über die Kommunikation beeinflusst werden (Schröder, 2010). Haderer (2011) beschreibt den Einfluss der Sprachbarriere auf drei Qualitäts-Dimensionen: zum einen wird durch die fehlende Strukturqualität die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinträchtigt, dies beeinflusst die Qualität der Prozesse Anamnese, Diagnostik, Aufklärung und Therapieplanung. Dadurch wird die dritte Dimension, die Ergebnisqualität gesenkt und die Behandlungsergebnisse, so wie die Lebensqualität des Patienten treffen nicht die gewünschten Erwartungen (Haderer, 2011). Jedoch hat das Gespräch zwischen Arzt und Patienten neben dem wissenschaftlich geprägten Kommunikationsaspekt mit Fokus auf Anamnese, Diagnose und Therapie auch heilende Funktionen (Rásky

et al., 2003). Tendenzen, dass durch ein warmherziges, freundliches Gespräch, emotionale und kognitive Fürsorge auch die Krankheitsdauer, unabhängig von der restlichen Behandlung, verkürzt werden kann, wurden in einem Review von Di Blasi et al. (2001) berichtet. Geisler (1992) beschreibt den Arztberuf als einen primär Sprechenden. Die Sprache als heilendes Instrument ärztlichen Handelns kann aber nur durch eine empathische, professionelle Anwendung Wirksamkeit zeigen. Wird dieses Tool unreflektiert und unprofessionell angewendet, kann es zur verletzenden Gefahr für den Patienten werden, welche Wunden und in weiterer Folge Narben hinterlässt (Geisler, 1997).

*„Sprache dient der symbolischen Verarbeitung äußerer und innerer Wahrnehmungen der Wirklichkeit und ist somit sowohl ein wichtiger Faktor der eigenen Identität als auch ein wesentlicher Ausdruck der eigenen Kultur.“ (Machleidt und Calliess, 2004, 1170)*

Bei allen Menschen bleiben Gefühle und Erinnerungen stark an die Muttersprache gebunden (Machleidt und Calliess, 2004), daher ist es für Patienten mit Migrationshintergrund besonders schwer Gefühle oder Schmerzen in einer anderen Sprache als der Muttersprache auszudrücken (Egger und Wedam, 2003). Probieren sie sich in der Zweitsprache, welche oft erst im Erwachsenenalter erworben wurde, auszudrücken, wirken die Beschreibungen häufig emotionslos, da in diesem Sprachmodus der Affekt vom Sprachinhalt getrennt ist (Kogoj, 2011). Daher stellen authentische Beschreibungen der Emotionen oder haargenaue Übersetzungen dieser häufig eine große, unterschätzte Schwierigkeit dar. Gibt es keinen äquivalenten Ausdruck für die Emotion, muss diese umschrieben werden und verliert an Aussagekraft. Ähnlich ist es auch bei der Verwendung von metaphorischen, symbolischen Ausdrücken, deren Bedeutungen nur unter Einbettung in das kulturelle Umfeld erfasst werden können (Egger und Wedam, 2003). Somit leidet einerseits der Informationsfluss vom Patienten zum Arzt unter der Sprachbarriere, andererseits ist aber auch das Verständnis für ärztliche Anweisungen reduziert, wenn die deutsche Sprache zwar beherrscht und angewendet wird, aber nicht die Muttersprache ist. Giese et al. (2013) führten eine Studie durch, in der sie türkische Migranten (sowohl in Deutschland, als auch in der Türkei Geborene) und Deutsche ohne Migrationshintergrund zum Verständnis in der Arzt-Patienten-Kommunikation während ihres Krankenhausaufenthalts befragten. Ebenso wurde erhoben, wie sie ihre Deutschkenntnisse beurteilen und wo sie Deutsch sprechen. 74,4 % der Migranten schätzten ihre Deutschkenntnisse als durchschnittlich oder besser ein und 76,04 % der türkischen Patienten gaben an, in der Arbeit vor allem Deutsch zu sprechen. 8,26 % der Befragten führten an, zu Hause Deutsch zu sprechen und 14,88 % sprechen sowohl Deutsch als auch Türkisch in den eigenen vier Wänden. Obwohl drei Viertel der türkischen Migranten ihre

Deutschkenntnisse als durchschnittlich oder besser einschätzten, und auch entweder zu Hause oder in der Arbeit Deutsch sprachen, verstanden 46,30 % nur mittelmäßig oder schlecht, was ihnen im ärztlichen Gespräch mitgeteilt wurde. Im Gegensatz dazu gaben nur 12,61 % der befragten Deutschen an, den Arzt nur mittelmäßig verstanden zu haben und nur eine Person aus dieser Gruppe verstand schlecht, was ihr mitgeteilt wurde. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass für ein ärztliches Gespräch mit Personen mit Migrationshintergrund Deutsch oft nicht die optimale Sprache ist, da in diesem Setting häufig bessere Sprachkompetenzen benötigt werden, als im alltäglichen Leben (Giese et al., 2013).

Das Arzt-Patienten-Gespräch mit all seinen Facetten, vom Kommunikationstool bis zu den heilenden Aspekten ist eine Interaktion an die beide Gesprächsteilnehmer Erwartungen haben. In einer Studie, in der 188 Patienten Wertefragebögen ausfüllten, wurden die Prioritäten der Patienten, die sie in einem Arzt-Patienten-Gespräch als wichtig erachten, erfasst. Die Fragebögen wurden ausschließlich in deutscher Sprache ausgefüllt, es gibt keine Angaben zu etwaigen Migrationshintergründen. Dieser Studie zufolge ist es den Patienten wichtig, dass der Arzt nach den Beschwerden fragt, und dass sie gut verstehen, was ihnen der Arzt erklärt. Fragen zur Wichtigkeit aufmerksamen Zuhörens, vom Arzt ernst genommen zu werden, von ihm verstanden zu werden und von ihm über weiteres Vorgehen bei Problemen aufgeklärt zu werden, wurden von allen Teilnehmern mit mindestens „wichtig“ beantwortet. Bei allen beschriebenen Aspekten antwortete die Mehrheit (59 % - 77 %) sogar „sehr wichtig“, was den Wunsch nach einem gut geführten und gut verstandenen Gespräch unterstreicht (Singer, 2013).

In einer Untersuchung der Erwartungshaltungen und der Zufriedenheit mit der stationären Versorgungssituation türkischer (n=262) und deutscher (n=320) Patientinnen in einer Berliner Frauenklinik wurde festgestellt, dass es bei den Erwartungen an das medizinische Personal kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab. Jedoch fiel die Beurteilung der Versorgung bei den türkischstämmigen Patientinnen deutlich weniger befriedigend aus, als in der Vergleichsgruppe. Die Zufriedenheit der türkischen Patientinnen stieg zwar mit besseren Sprachkenntnissen, jedoch waren die türkischen Patientinnen mit guten Deutschkenntnissen immer noch fünfmal unzufriedener mit der Betreuung, als das Gesamtkollektiv der deutschen Patientinnen (Borde et al., 2002). Dass gute Sprachkenntnisse nicht alleine der ausschlaggebende Faktor für die Erfüllung der Erwartungen und eine ausreichende Versorgung von Migranten ist, konnte in dieser Studie gezeigt werden und wird auch von der oben beschriebenen Studie von Giese et al. (2013) bestätigt.

Um trotz vorhandener Sprachbarriere, Sprache als medizinisches Tool nutzen zu können und den Erwartungen der Patienten annähernd gerecht zu werden, werden vom medizinischen Personal verschiedene Lösungsstrategien verfolgt.

In einer Beschreibung der Versorgungssituation von Migranten in Wiener Krankenhäusern gaben knapp 70 % der befragten Teilnehmer aus dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich (n= 508) an, „manchmal“ und circa ein Viertel „fast immer“ Dritte zum Gespräch hinzuzuziehen. Nur wenige versuchen die Kommunikation alleine, in einfachem Deutsch oder einer gemeinsamen Drittsprache zu führen. Die Verständigung in einfacher Sprache ist häufig problembehaftet und es ist nicht immer klar, ob die Kommunikationspartner verstehen, worum es dem anderen geht. Die Angaben zur Zufriedenheit bezüglich der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten variieren sehr stark, eine Hälfte ist nicht zufrieden, die andere ist zufrieden und ein paar wenige sind sehr zufrieden (Pöchhacker, 2000b). Die Einschätzung der Konsequenzen, die sich durch die Sprachbarriere ergeben, ist wieder eindeutiger. Fast alle beschreiben die Möglichkeit, Informationen vom Patienten zu bekommen als beschränkt, darüber hinaus wurde von 88 % ein vermehrter Zeitaufwand beschrieben. Weitere Konsequenzen die von über 60 % beobachtet wurden, sind eine Verminderung der Compliance, Missverständnisse beim Ausfüllen von Formularen und Vereinbarungen von Terminen. Dass sich Patienten mit geringen Deutschkenntnissen weniger genau auf Tests und Eingriffe vorbereiten, bestätigen 58 %, und dass mehr Untersuchungen zur Diagnosefindung erforderlich sind, findet circa die Hälfte der befragten Personen (Pöchhacker, 2000a).

#### *2.1.1.1 Laiendolmetscher*

Laiendolmetscher, oder Ad-Hoc-Dolmetscher werden häufig eingesetzt, jedoch gibt es keine Garantie für qualitativ ausreichende und richtige Übersetzungen<sup>2</sup> (Drenthen, 2000), da die Beherrschung von zwei Sprachen allein keine Garantie für zufriedenstellendes Dolmetschen ist (Menz, 2011). Ebenso ist die Objektivität und Neutralität der unprofessionellen Sprachmittler oft nicht gegeben (Wimmer, 2011). Des Weiteren ist die Geheimhaltung des Gesprächsinhalts nicht garantiert (Drenthen, 2000) und es darf nicht automatisch von Bilingualismus auf Bikulturalität geschlossen werden, da man sich trotz der Verbindung zur Sprache nicht zwingend der Kultur zugehörig fühlen muss (Balić, 2009). Flubacher (2013) führt an, dass die dolmetschende Person oft unbewusst ihre Meinung als die des Arztes oder des Patienten weitergibt.

---

<sup>2</sup> Ursprünglich wurde der Begriff „Dolmetschen“ nur für den mündlichen und „Übersetzen“ nur für den schriftlichen Bereich verwendet. Diese Unterscheidung ist heute jedoch nicht mehr so strikt und so werden beide Wörter im offiziellen Sprachgebrauch und auch in dieser Arbeit synonym verwendet (Flubacher, 2013).



Werden Angehörige des Gesundheitspersonals als Sprachmittler eingesetzt, sind außerdem noch dienstrechtliche Aspekte unzureichend geklärt. Zeitausfall, Entlohnung, Rollenkonflikte und Kompetenzmangel seien hier nur beispielhaft erwähnt (Pöchhacker, 2010).

Betrachtet man die Laiendolmetschergruppe genauer, stellt sich heraus, dass vorrangig Kinder als Sprachmittler eingesetzt werden, gefolgt von Ehepartnern und Verwandten. Freunde und andere Patienten werden am seltensten zur Hilfe genommen. Begleitpersonen werden zwar sehr häufig für Übersetzungszwecke eingesetzt, jedoch lässt die Zufriedenheit mit dieser Lösung sehr zu wünschen übrig. Medizinische Fachausdrücke werden oft nicht beherrscht, Sachkenntnisse im medizinischen Bereich sind nicht vorhanden und häufig sind Rückfragen notwendig. Oft werden zu kurze Übersetzungen längerer Aussagen bemängelt. Die Sprachkompetenzen der Begleitpersonen wurden vom befragten medizinischen Personal unterschiedlich eingeschätzt (Pöchhacker, 2000b). Obwohl medizinischen und therapeutischen Fachkräften die Probleme in dieser Betreuungskonstellation bewusst sind, stellen diese kein Hindernis dar, Laiendolmetscher aus dem Umfeld des Patienten zur Sprachmittlung einzusetzen (Uluköylü, 2005).

All die genannten Aspekte gepaart mit Unwissenheit über die Sprachkompetenzen des Gelegenheitsdolmetschers führen zu einem generellen Abraten von der Hinzuziehung unprofessioneller Sprachmittler (Drenthen, 2000). Jedoch sprechen Vertrauen zur Familie, Schamgefühl Fremden gegenüber, finanzielle Aspekte und die Überzeugung, dass der Angehörige als Sprachmittler genauso gut wie ein Experte wäre, aus der Sicht der Patienten für den Einsatz von **Laiendolmetscher aus dem Familiensystem**. Dies sind Gründe warum nach wie vor nicht professionelle Übersetzer präferiert werden (Balić, 2009).

*„Im Prinzip ist es aber so, dass die Leute immer zuerst in der eigenen Familie nach Leuten suchen, die der Sprache mächtiger sind als sie selber, weil sie eben viel leichter mit der Situation umgehen, einem Familienangehörigen irgendwas anzuvertrauen, als irgendeinem wildfremden Dolmetscher, für den sie nur der Auftraggeber sind.“ (Balić, 2009, 51)*

Teilweise werden die angehörigen Laiendolmetscher nur zur Absicherung einem Gespräch beigezogen, obwohl der Hilfesuchende Deutschkenntnisse hat. In anderen Situationen übernehmen die Sprachmittler die Rolle des Hauptgesprächspartners. Kommt es zu solchen Konstellationen, reden Laiendolmetscher häufig mit den Ärzten in der dritten Person über den Patienten um den es eigentlich geht. Die Fachperson wendet sich oft vor allem dem Dolmetscher zu und stellt schon die Fragen in der dritten Person und somit erfolgt die Antwort auch in dieser Art und

Weise. Bei dieser defizitären Konstellation sitzt die betroffene Person passiv neben dem Gespräch zwischen Interaktionspartner und Dolmetscher. Ist der Laiendolmetscher über die Person, deren Problem und Hintergrund ausreichend informiert, gaben im Zuge einer Studie befragte Laiendolmetscher an, dass der Angehörige nicht gebraucht wird (Balić, 2009). Eine befragte Sprachmittlerin meint: „(...) *das Gespräch wird mit mir geführt, über diese andere Person, wobei die andere Person quasi nur als Betrachter neben den Diskutierenden steht und nicht als Hauptbezugsperson.* (Balić, 2009, 57)“ Als ein positiver Aspekt des Einsatzes von Laiendolmetschern ist der Zugewinn an Informationen, zum Beispiel über familiäre Hintergründe, zu nennen (Balić, 2009).

Wenn Angehörige oder Freunde dolmetschen, sind diese oft emotional sehr belastet und können durch ihr Naheverhältnis zum Patienten keine neutrale Rolle einnehmen (Wimmer, 2011). Parteinahme kann zu Störungen der Kommunikation führen, der Sprachmittler kann durch seine Tätigkeit eine „Machtposition“ erhalten (Drenthen, 2000). Ein Beispiel für die drastischen Auswirkungen der Beziehung parteiischer Dolmetscher wurde von Flubacher (2013) beschrieben. Eine schwangere Türkin, welche gerne ihr Kind behalten wollte, ging gemeinsam mit dem Ehemann, welcher eine Abtreibung forderte, zur gynäkologischen Untersuchung. Beide sprachen kaum Deutsch und so fungierte ein Freund des Ehemanns als Dolmetscher. Durch die ungünstige Situation war die Frau eingeschüchtert und gab an, eine Abtreibung zu wollen, welche auch durchgeführt wurde. Danach litt die Patientin unter Angst- und Erregungszuständen und benötigte psychologische Betreuung. Die beteiligten Ärztinnen gaben im Nachhinein an, dem Dolmetscher vertraut zu haben und nicht geahnt zu haben, was sich hinter der Kulisse abgespielt hatte (Flubacher, 2013). Zusätzlich zu den schon genannten Schwierigkeiten in der triadischen Situation mit Ad-Hoc-Dolmetschern sind falsches Übersetzen, Schwierigkeiten bei der Wiedergabe, falsches Verstehen von Zusammenhängen, Informationsverlust, Über- oder Untertreibungen von Äußerungen, Scheu des Patienten neben einem Angehörigen mit dem Arzt zu sprechen und Verletzung der Intimsphäre des Patienten zu erwähnen (Uluköylü, 2005). Die sprachliche Eignung zum Einsatz als Sprachmittler ist häufig in Frage zu stellen, alle sechs von Balić (2009) interviewten Personen sprechen besser Deutsch als ihre Muttersprache Bosnisch, da sie seit der Kindheit Deutsch mehr nutzen, und in dieser Sprache mehr Fremdwörter und Ausdrücke kennen. Des Weiteren wird die Muttersprache nur im Zusammenhang mit den Eltern verwendet, Deutsch aber in allen Lebensbereichen, jedoch fühlen sich alle in beiden Sprachen zu Hause. Laiendolmetscher übersetzen meist frei aus dem Kontext heraus, lassen teilweise Wörter weg, die ihnen nicht einfallen, oder umschreiben diese und hoffen dass der Patient das Wort errät. Auch Dinge, die der Sprachmittler nicht als wichtig erachtet, als lächerlich oder peinlich

empfindet, werden dem Patienten verschwiegen. „(...)Aber ich schäme mich eben dafür und es ist mir unangenehm und deswegen will ich's einfach nicht sagen, ich will einfach derartige Ausdrücke nicht aussprechen.“, meint eine Studienteilnehmerin (Balić, 2009, 66). Nur eine der sechs befragten Laiendolmetscher gab an, bei Unklarheiten zu sagen, dass sie das nicht in ihre Muttersprache übersetzen kann.

Auch wenn die dolmetschenden Angehörigen sich bemühen ihre Aufgabe gut zu meistern, ist das Resultat manchmal für keinen der Beteiligten zufriedenstellend. Die Aufgabe des Dolmetschens wird als Akt der Hilfsbereitschaft gesehen, erfüllt manchmal mit Stolz, kann aber enerzierend, belastend, verpflichtend, Angst einflößend und überfordernd sein. Trotz vieler negativen Aspekte muss betont werden, dass Ad-hoc Dolmetschen nicht per se als schlecht zu werten ist und auch sehr professionelle Laiendolmetscher eingesetzt werden (Balić, 2009).

Nehmen **Kinder** die Rolle des Sprachmittlers ein, ist das im medizinischen Bereich sehr kritisch zu sehen (Pöchlhammer, 2000a). Generell ist von dieser Art der Überwindung der Sprachbarriere abzusehen, jedoch wird sie nach wie vor häufig, meist aufgrund mangelnder Alternativen und der Notwendigkeit der raschen Übersetzung, praktiziert (Kuljuh, 2003). Kinder, die oft als Sprachmittler für ihre Eltern fungieren, werden unter Umständen frühzeitig aus ihrer Kindheit herausgerissen und müssen beschützende und helfende Rollenanteile ihrer Eltern übernehmen (Pöllabauer, 2003). Unter dem Rollenkonflikt kann die Eltern-Kind-Beziehung leiden, das Kind kann sich mächtig, überfordert oder gebraucht fühlen. Die Eltern wiederum können ein Gefühl der Abhängigkeit und Scham verspüren, wenn sie ihr Kind zu Übersetzerzwecken gebrauchen. Andererseits können sie aber auch Stolz für ihr Kind empfinden (Kuljuh, 2003). Dass es eine Gefahr ist, Kindern diese Rollen zuzuteilen, und welche fatalen Auswirkungen diese mit sich bringen können, wird im folgenden Beispiel verdeutlicht. Jacobs et al. (1995) beschreiben einen Fall, in dem ein 10-jähriges Mädchen in der Betreuung ihres kleinen Bruders zur Sprachmittlung eingesetzt wurde, da die Eltern sehr schlechte Deutschkenntnisse hatten. Ihr Bruder verstarb im Alter von 13 Monaten an Nierenversagen, das dolmetschende Mädchen entwickelte drei Monate vor dessen Tod Kopfschmerzen, Anorexie und verlor Gewicht. In weiterer Folge wurde das Mädchen lethargisch und musste mit einem Gewicht von 25,5 Kilo bei einer Größe von 152 cm ins Krankenhaus eingeliefert werden. In diesem Fall wird vermutet, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Krankheit und ihrer emotional belastenden Rolle als Sprachmittlerin bestand. Dieser Fall zeigt, dass in der Einbeziehung von Kindern in die medizinische Behandlung anderer Familienmitglieder, Gefahren für die jungen Laiendolmetscher liegen, vor allem wenn die Schwere der Krankheit zur Überforderung führt und ihren persönlichen Entwicklungsrahmen übersteigt (Jacobs et al., 1995). Ist die

Krankheit eines Elternteils Gegenstand der ärztlichen Konsultation kann diese in dem Kind massive Verlustängste auslösen. Die Eltern und das medizinische Personal gehen meist zu wenig auf die emotionale Belastung des Kindes ein, und es kann in weiterer Folge zu psychosomatischen Störungen, Ängsten, Schlafstörungen, Übelkeit, Kopfschmerzen und aggressiven, regressiven oder depressiven Reaktionen kommen. Abgesehen von den emotionalen Aspekten sind Kinder als Sprachmittler ungeeignet, da ihnen das Verständnis für medizinische Ausdrücke und das nötige Vokabular in beiden Sprachen fehlt (Kuljuh, 2003). So können einfache Missverständnisse, wie das Verwechseln der Begriffe „Schwangerschaft“ und „Geburt“, schon zu massiver Verwirrung und reduzierter Informationsgewinnung führen (Pöchlhammer, 2010). Eine Laiendolmetscherin, welche im Zuge einer Studie befragt wurde, erinnert sich an eine Situation in ihrer Kindheit, in der eine negative Konsequenz auf ihre unzureichende Dolmetschleistung folgte:

*„(...) ich kann mich an vieles nicht erinnern, aber ein Beispiel wäre, wo ich mit meiner Mutter beim Zahnarzt war und wo sie vier Zähne oder, ungefähr vier, hätte machen sollen, weil die kaputt waren und ich habe dann gesagt: ‚Ja, sie will eine Prothese.‘, und anscheinend wollte sie aber halt nur eine Brücke oder was anderes und ich kannte es einfach nicht. Und dann hat sie eine Vollprothese bekommen und ihr wurden quasi alle Zähne gezogen.“ (Balić, 2009, 61)*

Dieser Fall zeigt sehr drastisch welche Folgen das mangelnde Wissen über medizinische Behandlungsmöglichkeiten und die fehlende Kenntnis der Fachausdrücke nach sich ziehen können und wie wichtig beide Aspekte für eine gute Übersetzung sind. Der befragten Person war es damals als Kind peinlich, den Unterschied zwischen Prothese und Brücke zu erfragen, sie fühlte sich überfordert und verloren. Für Erwachsene scheinbar banale Dinge sind für Kinder schwierig zu übermitteln. Wie kann ein Kind wissen, was die Schilddrüse, Hypertonie oder Antibiotika sind? Wie sollen Fachbegriffe wie Metastasen, EKG oder Anämie von jemanden übersetzt werden, der diese Termini noch nie gehört hat (Balić, 2009)?

Wie sich Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren in der Rolle des Übersetzers fühlen und wie sie dieses, von den Experten als problembehaftet beschriebene Vorgehen sehen, wurde in einer Studie von Green et al. (2005) in Großbritannien exploriert. Großteils wurde das Übersetzen als unproblematische, alltägliche und selbstverständliche Tätigkeit beschrieben, welche auch sehr vielen das Gefühl von Zufriedenheit und gebraucht zu werden vermittelt. Das medizinische Setting als Ort der Translation wurde als eher einfaches Umfeld gesehen, im Gegensatz zu behördlichen Umgebungen, bei denen es zum Beispiel um rechtliche oder finanzielle Belange ging. Obwohl die Sprachmittlung an sich als nicht so schwierig eingeschätzt wurde,

wurden auch Schwierigkeiten, wie Mangel an Vokabular in Englisch oder der Muttersprache angesprochen. Die Muttersprache war meist die Sprache der Kindheit und wurde daher nicht in medizinischen, biologischen Gesprächen angewandt. Ein zusätzliches Problemfeld zu den zuvor beschriebenen Rollenkonflikten, Schamgrenzen und mangelnden Sprachkenntnissen stellt der Zeitaufwand für die Translationstätigkeit dar. Diskussionen mit Lehrern, welche das Fernbleiben vom Unterricht nicht akzeptierten, müssen sprachmittelnde Jugendliche austragen.

Obwohl von den Studienteilnehmern Schwierigkeiten geschildert wurden, standen vor allem die positiven Aspekte, wie Praktizieren der Sprachen, Stolz und gesteigertes Selbstwertgefühl für sie im Vordergrund. Sie beschrieben sich nicht als ungeeignet oder zum Dolmetschen missbraucht. Die Autoren unterstreichen die Arbeit der Kinder und Jugendlichen als unbezahlbaren Beitrag für ihre Familien und deren Umfeld, da diese so Zugang zum Gesundheitssystem erhalten (Green et al., 2005).

Balić (2009) merkt an, dass die Eltern der sprachmittelnden Kinder nicht verurteilt oder als verantwortungslos abgestempelt werden dürfen. Vielmehr sollten entsprechende Strukturen geschaffen werden, um die vielen dolmetschenden Kinder und Jugendlichen, in deren Familien ein Bedarf an Dolmetschern vorliegt, zu entlasten und so ihren Einsatz überflüssig machen (Kuljuh, 2003).

### **2.1.2 Kultur**

Eine Kultur ist nicht homogen und klar von anderen abgrenzbar, vielmehr ist eine Kultur mit anderen Kulturen interagierend, heterogen und sich stets wandelnd. Religion, Tradition, Sprache und Sitten gelten als die kulturelle Praxis prägende Phänomene, welche identitätsstiftend und beeinflussend auf die Werthaltungen der Menschen wirken (Ilkic, 2010). Jedoch ist Kultur auch immer verknüpft mit sozialen, ökonomischen, historischen und politischen Dimensionen und darf nicht losgelöst von diesen betrachtet werden (Kutalek, 2011).

Die Kultur beeinflusst den Menschen in seinem Denken und Handeln, Kultur wird aber auch durch Individuen immer wieder neu hervorgebracht, indem sie sich ihrer annehmen, sie praktizieren und weiterentwickeln. Kein Mensch ist Produkt einer Kultur, sondern eignet sich Teile daraus an, lebt individuell verschiedene Aspekte aus und tradiert sie (Schaupp, 2011). Des Weiteren erscheint Kultur von der Außenperspektive als etwas Einheitliches, kann aber von innen, wenn man Teil ihrer ist, meist kaum definiert oder benannt werden (Khan-Svik, 2008).

Wenn es unmöglich ist, eine Kultur zu definieren, so ist es noch viel schwieriger von „den Migranten“ zu sprechen, da unter diesem Begriff viele Personen unterschiedlichster Herkunft,

Kultur und sozialen Status zusammengefasst werden. Auch die Beweggründe, warum Menschen ihr Geburtsland verlassen, können sehr unterschiedlich sein und von persönlicher, finanzieller, existenzieller oder anderer Motivation geprägt sein. Migranten der zweiten Generation wiederum leben schon seit der Geburt in Österreich. Durch die Heterogenität der individuellen Lebensgeschichten und Hintergründe kann somit nicht von vielen Gemeinsamkeiten gesprochen werden. In der Einleitung wurde schon erwähnt, dass die Tatsache, nicht der Mehrheitsgesellschaft anzugehören, sondern aus einer anderen Region, einem anderen Land oder einem anderen kulturellen Umfeld zu kommen, das einzig Verbindende ist (Assion, 2005).

Von einem interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis kann gesprochen werden, wenn sich Patient und Behandler unterschiedlichen Kulturen zugehörig fühlen. Man darf aber nicht davon ausgehen, dass zwingend alle Patienten mit Migrationshintergrund sich einer anderen Kultur zugehörig fühlen. Ebenso wenig ist es richtig, ein interkulturelles Arzt-Patienten-Verhältnis allein durch den Zustand der Interkulturalität als konfliktbehaftet zu sehen. Kommen Patient und Mediziner auf einen Konsens über ihre Vorstellungen, die Behandlung, deren Ziele und Hürden, so kann ein konfliktfreies interkulturelles Zusammenarbeiten erwartet werden. Jedoch können die Interpretationen der einzelnen Aspekte möglicherweise aufgrund der asymmetrischen Wissens- und Denksysteme, wie bei jeder Arzt-Patienten-Interaktion, divergieren (Ilkilic, 2010). Durch Respekt und Interesse an der Individualität des Patienten und die Fähigkeit sich und seine Werte reflektieren zu können, können kulturelle Unterschiede in einer guten Art und Weise wahrgenommen werden. Sind beide Seiten gleichwertig an der Kultur des anderen interessiert und können sie auch Differenzen als solche stehen lassen, muss sich keine Sichtweise als die Bessere auf Kosten der anderen durchsetzen (Schaupp, 2011). Das Wesen der Arzt-Patienten-Beziehung wird durch die Interkulturalität nicht unbedingt grundsätzlich verändert, aber die Intensität der personenbezogenen Asymmetrie oder der Diskrepanz der Vorstellungen zum Krankheitsgeschehen kann verändert sein (Ilkilic, 2010). Um kulturell kompetent handeln zu können, Kultur nicht als etwas Fremdes, sondern als Teil eines jeden Menschen zu sehen, ist es wichtig, allen Angehörigen des medizinischen Personals, insbesondere Studierenden, Zugang zu cross-cultural-education zu gewähren (Betancourt, 2003).

Als Beispiele für interkulturelle kommunikative Problemfelder können unterschiedliche Ausdrucksweisen für gewisse Leiden angeführt werden. So ist zum Beispiel die Verbalisierung einer Depression kulturspezifisch geprägt und bedarf auch einer dementsprechenden Interpretation um die richtigen Behandlungsschritte einleiten zu können. Aber nicht nur der Ausdruck des Leidens ist anders, sondern auch das Verständnis und die Wahrnehmung von Körper und Krankheit (Kogoj, 2011). Es wird, je nach kultureller Herkunft, unterschiedlichen Organen

mehr Aufmerksamkeit zuteil, so werden in Frankreich viele Beschwerden der Leber zugeordnet, in Deutschland eher dem Herzen und in England dem Verdauungstrakt (Payer, 1993). Ist ein kulturell geprägtes Symptom einem Mediziner nicht bekannt, kann dies zu unnötigen Untersuchungen und Verwirrungen führen, so wurde zum Beispiel eine türkische Patientin, die ein Brennen in der Herzgegend beschrieb, zu kardiologischen Untersuchungen zugewiesen, was diese nicht verstand, da sie eigentlich „nur“ ihre Emotionen über ein gebrochenes Herz ausgedrückt hatte (Kutalek, 2011). Eine schwedische Studie fand heraus, dass türkische Patienten bewusst Symptome mit Beschreibungen des Herzens vermeiden, um nicht missverstanden zu werden, da schwedische Ärzte sehr auf die körperlichen Symptome fokussiert sind und nicht mit somatisierten, emotionalen Ausdrücken vertraut sind (Bäärnhielm und Ekblad, 2000). Eine andere umgekehrte, problembehaftete Situation kann auftreten, wenn Mediziner körperliche Symptome (z.B. Schmerzen) mit einer psychischen Ursache verknüpfen, dies aber von den Patienten nicht angenommen und verstanden werden kann. Das kann zum Beispiel durch eine andere Sicht auf ein bestimmtes Krankheitsgebiet passieren, so wird der Begriff Depression von manchen türkischen Personen mit Verrücktheit oder Dummheit verbunden, eine angeordnete Psychotherapie kann Gedankengänge, wie zum Beispiel: „Bin ich dumm? Ich bin doch nicht dumm. Ich bin nicht durchgedreht.“, nach sich ziehen (Uluköylü, 2005).

Kulturell geprägte Ausdrucksweisen sind aber auch mit Vorsicht zu betrachten. So passiert es auch, dass Patienten aufgrund ihrer kulturellen Zugehörigkeit unterstellt wird, Dinge anders auszudrücken. So schreibt Ernst (2000) über den „Mythos Mittelmeersyndrom“, welcher Migranten aus dem Mittelmeerraum als schmerzempfindlicher beschreibt und kommt zum Ergebnis, dass dieser nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte. Es gibt Hinweise, dass akute Schmerzen von Migranten ähnlich empfunden werden, aber Angehörige niederer sozialer Schichten, diese anders verbalisieren. Zur Entstehung dieser Annahme führten eventuell verzerrte Wahrnehmungen. So werden etwa Patienten mit Kopftüchern, anderer Hautfarbe, exotischer Sprache und einer expressiven Schmerzäußerung intensiver wahrgenommen als laute, „einheimische“ Patienten oder leise Patienten mit Migrationshintergrund (Ernst, 2000).

*„Das ist ein Individuum mit seinem ganz persönlichen Krankheitsverständnis, und das Persönliche, das Individuelle ist wahrscheinlich weit bedeutungsvoller (...) als das Kulturelle, das gemeinsam Kulturelle.“ (Westermilies, 2004, 95)*

Das Wissen über kulturell geprägte Ausdrucks- und Leidensformen birgt die Gefahr der Stereotypisierung. Der Untersucher kann dazu verleitet werden von Stereotypen im Kopf gelenkt und beeinflusst zu werden, der Patient wird dann nicht mehr individuell in seinem spezifischen

Erleben einbezogen und die Kultur rückt in den Vordergrund (Kogoj, 2011). Dieser Stereotypisierung kann durch eine individualisierte Sicht auf den Patienten entgegengewirkt werden. Es ist zwar wichtig, von kulturbezogenen Einflüssen zu wissen, jedoch muss trotzdem das Individuum im Vordergrund der ärztlichen Betreuung stehen. Da jede Kultur heterogen ist, stellt sich eher die Frage, wie sich der Patient selbst in seinen kulturellen Verhältnissen sieht und orientiert (Westermilies, 2004). Erkennt man die Dynamik der Einflüsse, die Komplexität und Individualität jedes Einzelnen, fällt es leichter, den Patienten nicht als „typischen Vertreter“ seiner Kultur, sondern als Person mit eigenen Wertvorstellungen und Hintergründen zu sehen (Peters et al., 2014).

Interkulturelle Kompetenz bezeichnet nicht Faktenwissen über verschiedene kulturelle Phänomene, sie bezeichnet viel mehr personale, kommunikative und handlungsbezogene Kompetenzen (Grützmann et al., 2012). Die Fähigkeiten einer Person sich auf den Kommunikations- und Verstehensprozess mit durch fremde Kulturen geprägten Individuen einzulassen, und der Austausch über ethische Vorstellungen ist zentraler Teil interkultureller Kompetenz und kann Stereotypisierungen vorbeugen. Es bedarf auch einer kritischen Selbstreflexion der eigenen kulturellen und ethischen Prägungen (Peters et al., 2014). Ilklic (2010) betont, dass kultursensible Kommunikationsfähigkeiten, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion und kritische Toleranz gemeinsam mit Kulturwissen bei der Überwindung kultureller Barrieren helfen können. Sie sind wichtige Fertigkeiten für ethische Analysen zur Lösungsfindung bei Konflikten. Diese Fertigkeiten dürfen nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern sollten während der Ausbildung vermittelt und im Berufsleben über Fortbildungsmaßnahmen gefördert werden (Ilklic, 2008). Da Kultur jeden Menschen beeinflusst, sollten Studenten und das medizinische Personal sich selbst und die Patienten in einem kulturellen Kontext wahrnehmen. Diese Haltung stellt einen Gewinn für alle betreuten Patienten dar (Betancourt, 2003). Die interkulturelle Kompetenz der Mediziner in Kombination mit der der Dolmetscher stellt eine gute Basis für den Dialog zu dritt, den Trialog, dar (Bischoff und Kurth, 2010).

Abschließend ist anzumerken, dass die Arzt-Patienten-Interaktion mit Migranten, abgesehen von einem möglichen Dolmetschereinsatz, prinzipiell keine neuen Aufgabenfelder für das medizinische Personal mit sich bringt (Peters et al., 2014). Eher kann man sagen, dass eine kultursensible Haltung für alle Arzt-Patienten-Beziehungen, egal ob intra- oder interkulturelle, von Vorteil sein kann, da sie auf das Individuum, seine persönlichen Wertvorstellungen und Hintergründe ausgerichtet ist (Grützmann et al., 2012).



## 2.2 RECHTLICHE UND ETHISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient ist in allen Phasen in rechtliche Rahmenbedingungen und ethische Aspekte eingebettet, beide bilden Grundlagen, auf deren Basis Entscheidungen und Handlungen aufbauen. In den folgenden Abschnitten werden diese Grundlagen besonders mit Fokus auf die Betreuung von krankenversicherten, nicht-deutschsprachigen Patienten im niedergelassenen, kassenärztlichen Bereich behandelt.

### 2.2.1 Rechtliche Grundlagen

#### 2.2.1.1 *Behandlungsvertrag*

Als Grundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses gilt der Behandlungsvertrag. Wird dieser abgeschlossen, so gehen Patient und Mediziner Pflichten ein. Der Patient verpflichtet sich zum Beispiel zur Bezahlung, beziehungsweise zur Übergabe eines Krankenscheins, zur Mitwirkung und zur Informationspreisgabe, den Arzt trifft unter anderen die Pflicht zur Behandlung *lege artis*, Schweigepflicht und Dokumentationspflicht (Kletečka-Pulker, 2014). Ist die Behandlung durch eine Sprachbarriere nicht *lege artis* durchführbar, ist der Patient für eine Lösung zuständig (Kletečka-Pulker, 2013). Der Arzt hingegen ist gemäß § 49 ÄrzteG Abs 1 dazu verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Des Weiteren ist das Wohl der Kranken und der Schutz der Gesunden nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards zu wahren<sup>3</sup>. Wird vor Abschluss des Behandlungsvertrags schon eine Sprachbarriere wahrgenommen, so hat der Arzt generell keine Verpflichtung zur Behandlung (Kletečka-Pulker, 2014). Anders ist es, wenn der Patient krankenversichert und behandlungsbedürftig ist und zu einem Kassenarzt kommt. In diesem Fall hat der Patient durch die erweiterte Behandlungspflicht der Kassenvertragsärzte gemäß § 120 ASVG ein Recht auf eine Behandlung. Kassenärzte dürfen nur in begründeten Fällen Patienten ablehnen, diese Gründe müssen auf Anfrage dem Versicherungsträger mitgeteilt werden (Kletečka-Pulker, 2013).

#### 2.2.1.2 *Aufklärung und Einwilligung in die Heilbehandlung*

Da laut § 110 StGB (eigenmächtige Heilbehandlung) eine medizinische Behandlung ohne eine Einwilligung durch den Patienten strafbar ist, bedarf es in jedem Betreuungsfall einer Zustimmung des Patienten zur Therapie<sup>4</sup>. Als einzige Ausnahmen gelten Situationen, bei denen Gefahr

---

<sup>3</sup> Quelle: [http://www.jusline.at/49\\_AerzteG.html](http://www.jusline.at/49_AerzteG.html) [28.4.2015]

<sup>4</sup> Quelle: <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=110> [28.4.2015]

in Verzug droht, und die Durchführung einer gesetzlichen Zwangsbehandlung (§ 69 StVG)<sup>5</sup>. Eine wirksame Einwilligung zu einer medizinischen Tätigkeit kann jedoch nur durch einen aufgeklärten, einsichts- und urteilsfähigen Patienten erfolgen. Daher ist es die Pflicht des Arztes den Betreuten hinreichend aufzuklären, so dass dieser wirksam einwilligen kann, eine Einwilligung ohne vorangegangene Aufklärung ist wertlos (Kletečka, 2014a). Jedoch besteht die Möglichkeit für den Patienten auf die Aufklärung ganz oder teilweise zu verzichten, dies ist zu dokumentieren und wenn möglich auch vom Patienten zu unterschreiben. Eine Annahme über einen schlüssigen Verzicht, da der Patient keine Fragen stellt, ist nicht zulässig, da die Ursache des Schweigens viele Gründe haben kann und genauer abgeklärt werden muss (Memmer, 2014). In § 4 Abs 2 Z 5 ÄrzteG ist festgelegt, dass zur selbständigen Berufsausübung die Kenntnis der deutschen Sprache Voraussetzung ist, somit kann jeder Patient eine Aufklärung in deutscher Sprache erhalten. Wird eine andere Sprache als Kommunikationsweg gewählt, müssen beide Beteiligten ausreichende Kenntnisse in dieser haben (Kletečka-Pulker, 2013). Bei der Aufklärung geht es darum, dem Patienten das Wissen zu vermitteln, welches er braucht um abschätzen zu können, worin er einwilligt oder welche Konsequenzen eine Ablehnung hat. Somit muss die Aufklärung Informationen über Diagnose, Therapieverlauf, alternative Methoden und Risiken der Behandlung enthalten (Memmer, 2014). In Art 16, Abs 1 der Patientencharta ist außerdem noch die Aufklärung über die erforderlichen Mitarbeit und besonders gesundheitsfördernde Lebensführung festgeschrieben<sup>6</sup>. Ein Recht auf muttersprachliche Aufklärung findet sich in unseren gesetzlichen Bestimmungen laut Kletečka-Pulker (2013) nicht, aber in Art 16, Abs 2 der Patientencharta wird auf die notwendige Anpassung der Aufklärung an die Persönlichkeitsstruktur und den Bildungsstand der Patienten hingewiesen<sup>7</sup>. Ob der Patient die Aufklärung verstanden hat, muss der Arzt individuell prüfen und beurteilen. Die Beweislast, ob die Aufklärung verstanden wurde, liegt hier beim Arzt (Kletečka, 2014b). Eine mündliche Aufklärung kann nicht durch fremdsprachige Informationsblätter oder Aufklärungsbögen ersetzt werden. Diese können nur unterstützend zusätzlich zum Gespräch eingesetzt werden, eine Unterschrift auf einem solchen Bogen ist jedoch ohne vorangegangene Aufklärung wirkungslos (Memmer, 2014).

---

<sup>5</sup> Quelle: <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=197&paid=69>  
[28.4.2015]

<sup>6</sup> Quelle: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_42/BGBLA\\_2006\\_I\\_42.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.html)  
[28.4.2015]

<sup>7</sup> Quelle: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_42/BGBLA\\_2006\\_I\\_42.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.html)  
[28.4.2015]

### *2.2.1.3 Einsatz von Sprachmittlern*

Wenn der Patient der Erklärung des Arztes nicht folgen oder auf die Fragen des Arztes nicht eingehen kann, ist entweder die Behandlung abzulehnen, auf eine andere Sprache auszuweichen oder eine Sprachmittler beizuziehen (Kletečka-Pulker, 2013). Alle Formen der Sprachmittlung bedürfen der Zustimmung des Patienten und somit der Entbindung der Verschwiegenheitspflicht.

Wird ein Laiendolmetscher zum ärztlichen Gespräch zugezogen, muss er vom Patienten eine Zustimmung einholen, ob er am Gespräch teilnehmen darf, da es möglich ist, dass lieber auf eine Aufklärung verzichtet wird als einen dritten in die Krankheitsgeschichte einzuweihen (Memmer, 2014). Nimmt ein Patient eine Vertrauensperson zum Übersetzen mit, kann dies eventuell als eine konkludente Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gesehen werden, sollte aber bei sensiblen Bereichen mit Vorsicht betrachtet werden, da der Patient im Vorhinein nicht wissen kann, welche Informationen er und die übersetzende Person erhalten werden (Kletečka-Pulker, 2013).

Beim Einsatz von Mitarbeitern als Sprachmittler ist folgendes zu beachten, sie müssen Angehörige eines Gesundheitsberufes sein, dürfen nicht eigenständig das Gespräch führen, sondern nur das Gespräch mit dem Arzt dolmetschen, müssen in beiden Sprachen ausreichend Kenntnisse besitzen und der Aufgabe des Übersetzens zustimmen (Kletečka-Pulker, 2013). Ist der übersetzende Mitarbeiter nicht fähig das Gespräch zu dolmetschen und probiert dies trotzdem, kann ihm eine Übernahmefahrlässigkeit vorgeworfen werden, da er für diese Tätigkeit nicht ausreichend ausgebildet ist (Tipold, 2014).

Im triadischen Gespräch muss der Arzt dem Sprachmittler genug Zeit für die Übermittlung geben und darf auf die Vollständigkeit der Übersetzung vertrauen, soweit die Reaktion der betreuten Person nicht das Gegenteil vermittelt (Memmer, 2014).

Wer den Einsatz von professionellen Dolmetschern organisieren und finanzieren müsste, ist in Österreich für den medizinischen Bereich nicht geregelt. Es stellt sich die Frage, ob diese für die Behandlung notwendige Voraussetzung einen Teil der ärztlichen Hilfe, oder die Bringschuld des Patienten darstellt. Geht man davon aus, dass die Sprachmittlung eine Leistung ist, die die ärztliche Hilfe erst ermöglicht, wie zum Beispiel ein Krankentransport, bräuchte es gesetzliche Regelungen um diese Kosten von der Krankenkasse finanzierbar zu machen (Kletečka-Pulker, 2013). Kletečka-Pulker (2013) diskutiert mögliche Regelungen zum Thema Finanzierung der Kosten für Übersetzungen im medizinischen Bereich. Es sei von einer erwerb-

stätigen Person, die somit pflichtversichert ist, welche zum Beispiel erst seit kurzem in Österreich ist, nicht zu erwarten, dass sie die deutsche Sprache schon gut genug für ein ärztliches Gespräch beherrsche. Da die Verständigung für eine Behandlung lege artis notwendig ist und enger, als zum Beispiel ein Krankentransport (welcher selbst zu finanzieren ist), mit der medizinischen Behandlung verknüpft ist, sollte etwaige Dolmetscherkosten der Versicherungsträger übernehmen. Des Weiteren merkt sie an, dass eine Kostentragungspflicht an eine bestimmte Aufenthaltsdauer, in der es dem Patienten zumutbar ist Deutsch zu lernen, geknüpft werden könnte. Wäre der Patient nach dieser Zeit noch nicht in der Lage Deutsch zu sprechen, würde er die anfallenden Kosten als Teil der Mitwirkungspflicht zahlen müssen (Kletečka-Pulker, 2013).

Generell wird die Pflichterfüllung beider Vertragsparteien erst durch eine dolmetschende Person möglich, wenn Arzt und Patient sich in keiner gemeinsamen Sprache unterhalten können. Der Patient kann ansonsten keine Angaben zu seiner Situation machen und der Arzt kann seine Aufklärungspflicht nicht wahrnehmen. Dies würde eher für eine Aufteilung der Kosten zwischen beiden Parteien sprechen. Derzeit steht es dem Arzt frei eine Kostenvereinbarung über die Übersetzungskosten mit dem Patienten zu treffen. Sofern der Behandler keine Behandlungspflicht hat, kann er auch die Behandlung von der Kostenübernahme durch den Patienten abhängig machen. Art 16 Abs 5 der Patientencharta<sup>8</sup> sieht aber vor, dass der Patient vor der Zuziehung des Dolmetschers über die Kosten informiert werden muss (Leischner, 2011).

### **2.2.2 Ethische Aspekte**

Im Art 25 Abs 1 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte<sup>9</sup> ist das Recht auf Gesundheit und ärztliche Versorgung verankert. Gesundheitsversorgung stellt ein existentielles Gut dar, welches für das Wohl jedes einzelnen Menschen wichtig ist und im Krankheitsfall die Voraussetzung für die Entfaltung seiner Fähigkeiten darstellt. Damit dieses Gut, beziehungsweise dieses Recht, in Anspruch genommen werden kann, ist das Individuum auf die Gewährleistung durch die Gesellschaft angewiesen, trägt aber auch Verantwortung für sich und seine Gesundheit. Solidarität und Selbstsorge werden von Kostka (2010) unter individualethischen und sozialetischen Perspektiven betrachtet.

---

<sup>8</sup> Quelle: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_42/BGBLA\\_2006\\_I\\_42.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.html) [28.4.2015]

<sup>9</sup> Quelle: <http://de.humanrights.com/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-21-30.html> [14.5.2015]

Die Selbstsorge oder Verantwortung kann nicht an medizinisches Personal oder die Gesellschaft übertragen werden, jeder Mensch hat Einfluss auf seine Gesundheit, kann durch den Lebensstil und die (Nicht-)Sorge für sich, diese positiv oder negativ beeinflussen (Kostka, 2010). Körtner (2013) meint aber auch, dass die Forderung nach Eigenverantwortung im Bereich der Prävention, Therapie und Finanzierung abstrakt und unsozial bleibe, wenn nicht auch gleichzeitig eine Befähigungsgerechtigkeit gefordert werden würde. So muss die Selbstsorge erlernt und ein Mensch muss ihrer befähigt werden. In der Familie, in Bildungs- und Freizeitstätten oder durch verschiedene Medien können Personen Fähigkeiten zur Selbstsorge erlangen. Diese Angebote sollen daher so angelegt sein, dass sie Menschen jeder Kultur und sozialen Schicht zugänglich sind, da mit ihnen ein entscheidender Grundstein zur Wahrung der eigenen Gesundheit gelegt wird (Kostka, 2010).

In einem Gesundheitssystem, welches durch gesetzliche Krankenversicherungsbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert wird, spielt die Solidarität eine große Rolle. Jeder soll neben der Verantwortung für sich selbst auch Verantwortung für andere über die solidarische Finanzierung medizinischer Leistungen übernehmen. Sind Menschen arbeitslos, können sie diesen Beitrag nicht leisten. Da Personen mit Migrationshintergrund häufiger geringere schulische Ausbildungen erfahren, steht für Kostka (2010) die Erreichung der Bildungsgerechtigkeit in einem engen Zusammenhang mit der Befähigung zur Leistungserbringung des Solidaritätsbeitrages, und somit auch zur Optimierung der Gesundheitssituation aller Bürger. Da Menschen mit Migrationshintergrund die gleiche Solidaritätspflicht wie Menschen ohne Migrationshintergrund trifft, muss ihnen auch der gleiche Zugang zur Versorgung gewährt werden (Kostka, 2010). Eigene Versorgungsstrukturen für Patienten mit Migrationshintergrund sind nicht zielführend, da sie Parallelwelten und Ghettoisierung fördern (Korzilius, 2010). Diese sozialetischen Aspekte werden auch von rechtlicher Seite unterstrichen, so meint Kletečka-Pulker (2013), dass es systemwidrig wäre, wenn fremdsprachige sozialversicherte Patienten, welche erst seit kurzem in Österreich sind, extra Kosten aufwenden müssten, um über Sprachmittler medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

### *2.2.2.1 Medizinethische Prinzipien*

Von Beauchamp und Childress (2013) wurden die vier medizinethischen Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit formuliert. Diese vier Prinzipien stellen einen konzeptionellen Rahmen für die Analyse medizinethischer Probleme dar. Sie sind jedoch an sich abstrakt und unspezifisch und müssen je nach Situation spezifiziert werden. Sie stellen somit den Ausgangspunkt für eine Analyse und kritische Reflexion dar und werden an die Si-

tuation angepasst. Da die vier Prinzipien unweigerlich untereinander im Konflikt stehen, müssen sie gegeneinander abgewogen werden, um zu einer ethisch reflektierten Entscheidung zu gelangen (Rauprich, 2005). Auch wenn diese Prinzipien als universelle Orientierungshilfen für ethische Konflikte, und als scheinbar kulturell neutral gelten, kann es, durch unterschiedliche Zugänge und religiöse beziehungsweise kulturelle Prägungen der beteiligten Personen, zu Konflikten kommen. Daher müssen diese Hintergründe wahrgenommen, berücksichtigt und in die kritische Analyse einbezogen werden (Westra et al., 2009).

Die medizinethischen Prinzipien sind prinzipiell als gleichwertig zu betrachten (Rauprich, 2005), jedoch nimmt heute in westlich-demokratischen Gesellschaften das Prinzip der Selbstbestimmung eine Vorrangstellung ein. Die anderen drei Prinzipien sind diesem nachgeordnet und dienen vor allem der Förderung des Autonomieprinzips (Peintinger, 2008).

Jedes der vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress kann durch die Sprachbarriere beeinflusst werden und aufgrund dieses Faktors den anderen Prinzipien vor- oder nachgestellt werden (Westermilies, 2004).

Das Prinzip der **Autonomie** umfasst freie, bewusste Selbstbestimmung auf einer ausreichenden Wissensbasis, welche ohne äußere Beeinflussungen und Einschränkungen ist (Beauchamp und Childress, 2013). Es ist die Antwort auf eine paternalistisch geprägte Medizin, welche bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts vorherrschend war (Maio, 2012). Die Minimalvariante der Autonomie zeigt sich in einem Schutzrecht, um zu verhindern, dass Handlungen gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden können. Die Maximalvariante sieht jedoch vor, dass der Patient unter Einbeziehung seiner individuellen Wertvorstellungen eine Entscheidung trifft (Peintinger, 2008). Die konkrete Definition von Autonomie kann, je nach Denktradition und dem vorherrschenden Grundkonzept von Autonomie, variieren (Maio, 2012). Die Aufgabe des Arztes, im Sinne der Autonomie, ist es, den Patienten in den gesamten Behandlungsprozess miteinzubeziehen und ihn ausreichend zu informieren. Daher ist eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, Risiken, Nebenwirkungen und die Krankheit an sich von zentraler Bedeutung. Erst dadurch kann das Prinzip der Patientenautonomie Anwendung finden (Westermilies, 2004). In der westlichen Medizin ist der „Informed Consent“, die Einwilligung nach Aufklärung, zu einer Vorbedingung für jeden medizinischen Eingriff geworden. Eine Entscheidung ist aber nur dann als autonom zu betrachten, wenn eine Urteilsfähigkeit gegeben ist, der Patient aufgeklärt wurde und die Aufklärung verstanden hat, die Einwilligung freiwillig und wohlüberlegt stattgefunden hat (Maio, 2012).

Es ist wichtig, den Patienten in seiner Autonomie zu fördern, ihm Wissen über den Einfluss der eigenen Mitarbeit auf den Behandlungsprozess zu vermitteln, um so die Compliance zu verbessern. Ebenso kann es von Vorteil sein, die Grenzen der ärztlichen Machbarkeit aufzuzeigen, da diese die Notwendigkeit der Zusammenarbeit hervorheben. Bei fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten ist das Autonomie-Prinzip erschwert realisierbar, beziehungsweise wird die Autonomie des Patienten durch direktiveres ärztliches Handeln beschnitten. Manche Patienten, egal welcher Herkunft, wollen jedoch die Selbstverantwortung nicht übernehmen und erwarten vom Arzt, dass er diese übernimmt. Dieses Verhalten kann unter anderem auf einer Überforderung mit dieser Aufgabe, oder auf einem hierarchisch autoritären Rollenverständnis gründen (Westermilies, 2004). Da je nach kultureller Prägung ein anderes Verständnis von Autonomie vorherrschen kann, betont Ilkilic (2010), dass eine unreflektierte Anwendung des bei uns vorherrschenden Patientenautonomiekonzepts zu Problemen führen könne. In China spielt zum Beispiel die Familie eine bedeutende Rolle in der Entscheidungsfindung, der Patient selbst ist darin nur wenig oder zweitrangig involviert (Fan und Tao, 2004). Idealerweise soll individuell geprüft werden, welches Verständnis von Selbstbestimmung der Patient vertritt. Durch ein kultursensibles Gespräch, in dem die Wertvorstellungen und Werthaltungen des Patienten erfragt werden, kann ein individuelles Patientenautonomiekonzept abgeleitet werden. Es können jedoch nicht von jedem Patienten reflektierte Aussagen über seine Wertvorstellungen erwartet werden, was die Schwierigkeit in dieser Thematik unterstreicht (Ilkilic, 2010).

Unter **Fürsorge** werden förderliche Handlungen zur Verbesserung der Gesundheitssituation des Patienten verstanden. Zwischen der Idealvorstellung von barmherziger Fürsorge und der moralischen Pflicht zu helfen ist viel Platz für Interpretationen. Das Fürsorgeprinzip beinhaltet grundsätzlich, andere in ihren Rechten zu unterstützen und zu fördern, zur Schadensvermeidung beizutragen und hilfsbedürftigen Personen oder Menschen in Gefahren zu helfen (Beauchamp und Childress, 2013). Durch die Vorrangstellung des Autonomieprinzips wird fälschlicherweise manchmal von einer Reduktion der Fürsorge gesprochen. Dies ist so nicht richtig, da der Patient, um in seiner Autonomie entscheiden zu können, die Fürsorge des Arztes braucht. So fällt die umfassende Aufklärung in einer patientengerechten Sprache, das Gespräch über die Wertorientierung und das partnerschaftliche Entscheiden der weiteren Schritte in den Aufgabenbereich der Fürsorge (Peintinger, 2008).

Durch Verständigungsschwierigkeiten kann die Fürsorge dem Patienten gegenüber verändert werden. Ist die Compliance schlecht, ob durch den Einfluss der Sprachbarriere oder individuelle Gründe, kann es sein, dass der Arzt Frustration und Hilflosigkeit empfindet und dadurch ungeduldig und weniger fürsorglich wird. Auch Wut kann durch übertriebene, eventuell kulturell

geprägte Ausdrucksformen banaler Erkrankungen entstehen. Ein weiterer wichtiger Faktor, der Einfluss auf das Fürsorgeprinzip hat, und welcher unabhängig vom persönlichen Erleben des Arztes ist, ist die Zeit. Durch sie werden Optionen zur Vollziehung der Fürsorge erst ermöglicht, aber im Medizineralltag ist diese häufig ein limitierender Aspekt. Die Realisierung des Fürsorgeprinzips ist sehr auf die Zeit, die Motivation, den Willen, die Geduld und den persönlichen Zugang des Arztes angewiesen (Westermilies, 2004).

Rückt das Fürsorgeprinzip in den Vordergrund und wird dadurch die Autonomie des Patienten reduziert, so spricht man von Paternalismus. Dieser beschreibt eine Haltung des Arztes, durch die bewusst die Autonomie einer Person übergangen wird. Es herrscht die Vorstellung, besser als der Patient zu wissen, was gut für ihn ist und zu seinem Wohle zu handeln. Von einem milden Paternalismus wird gesprochen, wenn der Versuch besteht, den Patienten durch Überredung, Sanktionen oder Warnungen umzustimmen. Harter Paternalismus liegt jedoch vor, wenn der Arzt den Patienten in seiner Autonomie und somit seinen Entscheidungen hindert. Hier muss wieder zwischen zwei Formen unterschieden werden, je nachdem ob der betroffene Patient einsichts- und urteilsfähig ist oder nicht. Ist der Patient fähig, seine Autonomie wahrzunehmen, kann die Fürsorge gegen seinen Willen, zu seinem vermeintlichen Wohl, nur sehr schwer gerechtfertigt werden (Maio, 2012). Früher hat das Fürsorgeprinzip maßgeblich die Entscheidungsfindung im medizinischen Bereich beeinflusst und war der Autonomie übergeordnet. Handelt der Arzt paternalistisch, so kann dies, wenn seine Wertvorstellungen denen des Patienten sehr ähnlich sind, ohne große Auswirkungen bleiben. Differieren diese Ansichten jedoch, besteht die Gefahr, dass das Wohl des Patienten falsch eingeschätzt und der Patient in seinen Vorstellungen übergangen wird (Peintinger, 2003).

In der heutigen Zeit werden sogenannte „neopaternalistische“ Tendenzen beobachtet, die aufgrund von Zeitmangel, ökonomischen Einflüssen oder der Komplexität des medizinischen Fortschritts angewandt werden und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten vernachlässigen (Peintinger, 2008). Es ist wichtig den traditionellen Paternalismus, sowie den Neopaternalismus durch eine symmetrische und partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Arzt mehr der Erklärende und der Patient eher der Entscheidende ist, zu ersetzen (Maio, 2012). Geisler (2002, 3) meint zu dem Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge folgendes: *„Weder ein starrer Paternalismus noch überzogene Vorstellungen von Autonomie und Mündigkeit des Kranken lassen eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zum Wohle des Kranken gelingen, sondern allein das dialogische Prinzip. Für das Gespräch gibt es keinen Ersatz.“*



Das Prinzip der **Schadensvermeidung** soll dafür sorgen, dass der Patient weder Risiken noch Nachteilen ausgesetzt wird und keinen Schaden erleidet. Es ist ein Prinzip, das eher Handlungen, welche Schaden anrichten können, verbietet, als welche gebietet (Beauchamp und Childress, 2013). Dieses Prinzip fand schon in sehr früher Zeit Anerkennung, so gab es auch im Hippokratischen Eid einen Abschnitt zum Thema „nil nocere“ (Peintinger, 2008).

Der Patient kann in seiner Autonomie Forderungen nach spezifischen Behandlungen äußern, es kann jedoch sein, dass diese nicht medizinisch indiziert oder sogar für den Patienten gefährlich sind. Im Sinne des Prinzips des Nicht-Schadens muss der Arzt seine Bedenken äußern, Alternativen und andere Möglichkeiten aufzeigen (Maio, 2012). Besonders wenn Sprachschwierigkeiten oder negative Vorerfahrungen vorliegen, kann unreflektiertes Handeln leicht Schaden anrichten, vor allem wenn nicht indizierten Forderungen nachgegeben wird. Es müssen die Gründe zur Nichterfüllung der Wünsche verbalisiert werden, auch wenn dies unter der Präsenz einer Sprachbarriere eine große Herausforderung darstellt. Es kann sein, dass Patienten den Arzt nach einer Ablehnung als unwillig oder schlecht abstempeln, wenn die Erklärung nicht stattgefunden oder keinen Erfolg gezeigt hat. Dies wiederum kann in weiterer Folge zu einem Arztwechsel, zur Polypragmasie und erhöhten Kosten führen (Westermilies, 2004). Einen weiteren Aspekt des Prinzips „Nicht-Schadens“ stellt die, in westlichen Kulturen vertretene, Pflicht der Ärzte, dem Patienten die Wahrheit zu sagen, dar. In anderen Kulturräumen ist diese Pflicht, beziehungsweise das Recht des Patienten aufgeklärt zu werden, nicht vorherrschend, da davon ausgegangen wird, dass die Mitteilung einer schweren Diagnose dem Patienten eher schaden, als helfen würde. Dort wird primär die Familie über die Krankheit aufgeklärt und kann entscheiden, ob die Diagnose und die Prognose dem Patienten zumutbar sind, oder ob ihm die Mitteilung dieser zu sehr schaden würde und daher darauf verzichtet wird (Zahedi und Larijani, 2009).

**Gerechtigkeit** ist ein sehr schwer definierbarer Begriff, es gibt zahlreiche Versuche verschiedener theoretischer Richtungen diesen Terminus mit Worten zu beschreiben, aber kein einziger ist ausreichend, um Gerechtigkeit im Gesundheitssektor zu definieren (Beauchamp und Childress, 2013). Konzentriert man sich nur auf den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit, kann man diese in vier Untermodelle unterteilen. Das Gleichheitsmodell besagt, dass Gleiches immer mit Gleichem behandelt werden muss, somit muss der Zugang zu gleichberechtigter Behandlung allen Patienten gewährt werden. Das Freiheitsmodell strebt nach einem Maximum an Wahlfreiheit. Dieses Modell ist nur in Kombination mit einer ausreichenden Grundversorgung optimal, da ansonsten eine sehr ausgeprägte Zweiklassenmedizin entstehen würde. Die nächste Katego-

rie betrifft die Effizienz, die Gerechtigkeit als eine Ausgewogenheit zwischen Kosten und Nutzen definiert. Die Ressourcen sollten so verteilt werden, dass der größtmögliche Nutzen gewährleistet ist. Abschließend ist noch das Fairnessmodell zu erwähnen, dieses hat das Ziel, die Gesundheit derer zu verbessern, denen es am schlechtesten geht. In diesem Setting würden Einbußen der Gleichheit, Effizienz und Freiheit zugunsten der Bedürftigkeit in Kauf genommen werden (Maio, 2012).

Das Prinzip der Gerechtigkeit stellt das jüngste medizinethische Prinzip dar. Verteilungs- und Teilhabegerechtigkeit manifestieren sich im Gesundheitsbereich, wenn allen Patienten gleiche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und die vorhandenen Ressourcen gerecht aufgeteilt werden, wobei nicht nur finanzielle Ressourcen, sondern ebenso individuelle gemeint sind. Auch Zeit, Empathie und die Bemühungen des Arztes müssen als Ressourcen angesehen werden (Peintinger, 2008). Durch die sprachlichen Barrieren ist das Gerechtigkeitsprinzip erschwert umsetzbar, da zum Beispiel die Anamnese, als wichtigster Faktor für die Diagnosestellung oder die ausführliche Aufklärung, wegfällt, mühsam oder nur über Dolmetschereinsatz durchgeführt werden kann. Eine körperliche Untersuchung kann dann nur bei sehr klarer Symptomatik ausreichend sein. Durch verschiedene Hilfskonstruktionen und Dolmetscher kann die Barriere reduziert werden, und so ein Schritt in Richtung Gerechtigkeit unternommen werden (Westermilies, 2004).

Ein ethischer Imperialismus, in dem den westlichen Werten eine Vormachtstellung eingeräumt wird, ist nicht allgemein vertretbar, da es nicht möglich ist, gültige Prinzipien für alle Kulturen zu definieren. Die medizinethischen Prinzipien können als Leitlinie für Entscheidungsfindungen in der Arzt-Patienten-Interaktion dienen, aber es müssen kulturelle und sprachliche Einflüsse, sowie die individuelle Einstellung des Patienten berücksichtigt und respektiert werden (Zahedi und Larijani, 2009).

*„It is not expected that physicians or other caregivers be anthropologists but they should be able to understand patient, his values, feelings, expectations, and the way he views the ethical problem. They should also be respectful to patients' values and beliefs, and not be seeking a kind of 'ethical imperialism' by following their ideas even if they think it would be better for the patient.“ (Zahedi und Larijani, 2009, 4)*

## 2.3 MÖGLICHKEITEN ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSITUATION NICHT DEUTSCHSPRACHIGER PATIENTEN

Glanzer (2003) betont zwei Notwendigkeiten für die Integration der nicht deutschsprachigen Bevölkerung. Zum einen braucht es ein Selbstverständnis in staatlichen und privaten Institutionen, dass Menschen mit geringen Deutschkenntnissen auch Zugang zu den angebotenen Leistungen ermöglicht werden müssen. Zum anderen muss ein Netzwerk mit gut ausgebildeten, verfügbaren und adäquat entlohnten Dolmetschern aufgebaut werden. Der Aufbau eines solchen Dienstes stellt jedoch für Politik und Verwaltung, auf regionaler und nationaler Ebene eine große Herausforderung dar (Glanzer, 2003). Dieser ist aber dringend notwendig, denn in welcher Art und Weise in Gesundheitseinrichtungen Sprachbarrieren überwunden werden, hängt weitgehend von übergeordneten Gegebenheiten und Strukturen der Migrations-, Integrations-, Gesundheits- und Sozialpolitik ab (Pöchhacker, 2000a). Die Erfüllung dieser beiden Aspekte soll neben der Förderung des Spracherwerbs von Migranten ein zentrales Thema in der Integrationspolitik sein (Glanzer, 2003). Aber auch die Sensibilisierung des medizinischen Personals für die Problematik der Barrieren, die Patienten mit nicht deutscher Muttersprache zu überwinden haben, und die Möglichkeiten zur Überwindung dieser, ist notwendig, um die von der politischen Ebene geschaffenen Strukturen umsetzen und anwenden zu können (Bischoff und Hudelson, 2010).

### 2.3.1 Professioneller Einsatz von Kommunaldolmetschern

*„Es braucht Leute, die den Prozess verstehen, es braucht Leute, die Schweigepflicht einhalten können, die zuverlässig sind und die auch auf ihre eigenen Grenzen achten können und deren Biographie nicht verwoben ist mit der Biographie der Klienten.“ (Uluköylü, 2005, 75)*

Da das Erstgespräch sehr von Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung ist, sollte dieses im Idealfall in der Muttersprache des Patienten geführt werden. Da dies selten realisierbar ist, ist als nächste Option der Einsatz von professionell geschulten Dolmetschern anzudenken (Machleidt und Calliess, 2004). Mediziner aus dem intramuralen Bereich bewerten den Einsatz von professionellen Dolmetscher vor Ort als bestes Tool zur Verständigung mit nicht-deutschsprachigen Patienten, gefolgt von Begleitpersonen und fremdsprachigem Personal als Sprachmittler. Am schlechtesten wird der Telefondolmetscherdienst gewertet (Pöchhacker, 2000a).

Im medizinischen Setting wird vor allem von Kommunaldolmetschen (Community Interpreting) gesprochen, es können professionelle Sprachmittler, aber auch Familienangehörige als Kommunaldolmetscher fungieren (Menz, 2011), in diesem Kapitel ist aber ausschließlich von professionellen Sprach- und Kulturmittlern die Rede. Kommunaldolmetschen ermöglicht Personen, die der offiziellen Landessprache nicht mächtig sind, mit Anbietern öffentlicher Einrichtungen zu kommunizieren und somit gleichen, uneingeschränkten Zugang zu Rechts-, Gesundheits-, Schul-, Staats- und Sozialwesen zu erhalten (Pöchhacker, 2000a).

Beim Community Interpreting handelt es sich um eine Untergruppe der Tätigkeit „Dolmetschen“, die Anforderungen dafür können nicht mit den Arbeitsweisen der Konferenz- oder Gerichtsdolmetscher gleichgesetzt werden. Kommunaldolmetschen ist nicht „leichter“ als andere Dolmetschformen, jedoch werden je nach Einsatzort andere Kenntnisse gefordert (Bowen, 1989 zit. n. Snell-Hornby et al., 1998). Ein großer Unterschied zum Konferenz- oder Gerichtsdolmetschen ist, dass beim Kommunaldolmetschen für ungleiche Gesprächspartner übersetzt wird, die Machtverhältnisse sind anders (Shackman, 1987 zit. n. Snell-Hornby et al., 1998).

Dolmetscher sind Fachpersonen mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache, sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen. Sie beherrschen die notwendigen Dolmetschertechniken, um das Gesagte korrekt in die Zielsprache übertragen zu können. Darüber hinaus sind sie in der Lage, soziale und kulturelle Hintergründe der Gesprächsteilnehmer zu berücksichtigen und zu vermitteln (Saladin et al., 2009). Sie übernehmen in der therapeutischen Interaktion eine sehr wichtige Rolle, ohne die verbale Kommunikation nicht möglich wäre, und fungieren gleichzeitig auch als Brücke zwischen zwei Individuen, Sprachen, Kulturen und Welten (Egger und Wedam, 2003).

Die Rolle des wortwörtlich übersetzenden und des kulturvermittelnden Dolmetschers stehen einander gegenüber, einerseits ist es die Verantwortung des Dolmetschers, das Gesagte zu dolmetschen, ohne Inhalte zu ändern, den Medizinern die Gesprächsführung zu überlassen, wertneutral und unsichtbar zu sein. Andererseits wird manchmal auch erwartet, dass kulturelle Missverständnisse und Einflüsse aufgedeckt werden. Daher stellt sich die Frage, ob und wann Dolmetscher aus der Rolle des Sprachmittlers in die Rolle des Kulturmittlers schlüpfen dürfen, beziehungsweise sollen. In einer Studie sprachen sich sowohl Dolmetscher als auch Ärzte und Psychotherapeuten für Informationen über kulturelle Aspekte von den dolmetschenden Personen aus. Eine Psychiaterin äußerte den Wunsch, dass der Dolmetscher Anmerkungen hinzufügen soll, diese aber klar als solche erkennbar sein sollen, so dass sie dann über die weitere Einbeziehung dieser Aspekte entscheiden kann. Uluköylü (2005) bezeichnet die Vorstellung,

Dolmetscher „nur“ als Sprachmittler einzusetzen, als längst überholt, da die kulturellen Auffassungen, die Inanspruchnahme von Heilmethoden und das Verständnis von medizinischen Systemen unterschiedlich sein können. Sie meint weiter, dass Dolmetschen ohne kulturelles Wissen nur begrenzt möglich sei (Uluköylü, 2005). Zu den ethischen Prinzipien der Dolmetscher zählen Objektivität, Neutralität, Schweigepflicht und Unparteilichkeit. Der Dolmetscher hat nach bestem Wissen und Gewissen für die Genauigkeit und Vollständigkeit der Übersetzung zu sorgen. Es darf nichts ergänzt, geändert oder ausgelassen werden. Sollte dies für eine korrekte Vermittlung von Nöten sein, müssen die Gesprächsteilnehmer davon in Kenntnis gesetzt werden. Der Dolmetscher trägt die Verantwortung für die Verständigung, jedoch nicht für den Inhalt des Gesprächs (Balić, 2009).

An der Karl-Franzens-Universität in Graz gibt es seit Herbst 2004 einen Universitätslehrgang „Kommunaldolmetschen“, welcher die Teilnehmer befähigt, in kommunalen, sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereichen als Sprach- und Kulturmittler zu arbeiten<sup>10</sup>. Des Weiteren wurde gemeinsam mit anderen Ländern im Zuge des Projekts „MedInt“, welches durch die Europäische Kommission finanziell unterstützt wurde, an einem Entwurf für ein Curriculum für Dolmetschen im medizinischen Bereich gearbeitet (Andres und Pöllabauer, 2009).

Im Dezember 2014 endete das einjährige Pilotprojekt zum Thema „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“. In Ambulanzen und niedergelassenen Praxen konnten speziell für den Gesundheitsbereich geschulte Dolmetscher via Video bei Sprachbarrieren einem ärztlichen Gespräch beigezogen werden. Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitstudie zum Einfluss auf die Qualität der Versorgung, die Zufriedenheit der beteiligten Personen, die Patientensicherheit und die Kosten der Behandlung wurde noch nicht veröffentlicht, daher kann in dieser Arbeit nur auf diese Option verwiesen werden, jedoch noch nicht auf die Ergebnisse und Auswirkungen. Dieses Tool zur Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation kann in Situationen, wo die verbale Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist, die Hilfeleistung vereinfachen und professionalisieren. Ebenso wird auch die rechtliche Absicherung durch diese Möglichkeit vereinfacht (Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, 2013).

Laut meinen Recherchen gibt es in Österreich noch keine strukturierte Vermittlung der Kommunaldolmetscher und auch keine Übersicht über deren Einsatz, daher wird ein Einblick in das Kommunaldolmetschen in der Schweiz und den Niederlanden gegeben.

---

<sup>10</sup> Quelle: <http://www.uniforlife.at/sprachen/detail/kurs/kommunaldolmetschen-1/> [10.6.2015]

In der Schweiz wurde 1999 der Verein INTERPRET gegründet, um im Bereich des Kommunaldolmetschens Qualitätsstandards zu schaffen und die Tätigkeit aufzuwerten und zu professionalisieren (Flubacher, 2013). INTERPRET ist eine nationale Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln. Eine Qualifizierungsstelle definiert und überwacht die Ausbildung. Personen, die die Ausbildung bei INTERPRET absolviert haben, sind verpflichtet, ihre Tätigkeit an den Grundsätzen des Berufskodex auszurichten<sup>11</sup>. Darin sind ethische, berufliche und rechtliche Grundsätze, wie zum Beispiel Neutralität, Transparenz, Selbstverantwortung und Schweigepflicht enthalten<sup>12</sup>. INTERPRET kümmert sich auch um die Vermittlung von Kommunaldolmetschern, 2014 entfiel ein Großteil aller Aufträge auf den Gesundheitsbereich und machte gesamt 97.148 Einsätze aus<sup>13</sup>.

In den Niederlanden gibt es auch ein Dolmetschernetz, über das professionelle Sprachmittler für den Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialarbeit kostenlos zur Verfügung stehen. Diese Einrichtungen werden vollständig vom Staat subventioniert und so kann ein Angehöriger des Gesundheitspersonals einen Antrag auf kostenlose Dolmetscherdienstleistung stellen. Es werden Dolmetschereinsätze persönlich, telefonisch, schriftlich oder in Sprechstunden angeboten. Mittlerweile gilt der Einsatz von Dolmetschern als selbstverständliche Voraussetzung für die Versorgung anderssprachiger Patienten (Drenthen, 2000). Flubacher (2013) betont, dass die Forderung immer und überall mit professionellen Dolmetschern zu arbeiten, nicht vernünftig sei, doch würden manche Situationen den Einsatz von Kommunaldolmetschern erfordern. Er erwähnt beispielsweise Diagnose- und Prognosebesprechungen schwererer Erkrankungen, Abklärungen der diagnostischen Maßnahmen und der Behandlungsoptionen, Operationsvorbereitungen, exakte Anamnese-Erhebungen bei komplexen Krankheitsgeschichten, Erstellung von Gutachten und klärende Gespräche bei Unzufriedenheit oder Misstrauen (Flubacher, 2013). Um diese Situationen auch für Patienten mit nicht deutscher Muttersprache optimal lösen zu können, wären in Österreich Strukturen wie in der Schweiz oder den Niederlanden dringend notwendig.

*„Um der aktuellen sowie der zukünftigen Bedarfslage mit einer sich noch verbreiternden Sprachenvielfalt gerecht zu werden, erscheinen ebenso vom Krankenhaus losgelöste KommunaldolmetscherInnen-Zentralen als sinnvoll und lohnend.“ (Haderer, 2011, 101)*

---

<sup>11</sup> Quelle: <http://www.inter-pret.ch/was-ist-eigentlich.html> [10.6.2015]

<sup>12</sup> Quelle: [http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Berufskodex\\_2013\\_D\\_01.pdf](http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Berufskodex_2013_D_01.pdf) [10.6.2015]

<sup>13</sup> Quelle: [http://www.inter-pret.ch/uploads/media/2014\\_Einsatzstatistik\\_dt.pdf](http://www.inter-pret.ch/uploads/media/2014_Einsatzstatistik_dt.pdf) [10.6.2015]

Der Einsatz von professionellen Sprachmittlern könnte, neben der verbesserten Versorgung von Migranten, noch weitere Vorteile mit sich bringen. So können zum Beispiel Ärzte ihre Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Anwesenheit eines Dolmetschers besser wahrnehmen und sich so in dieser rechtlichen Grauzone absichern. Ebenso könnte eine Kostenreduktion durch verminderte Polypragmasie erreicht werden (Allaoui, 2005). Für Letztere bedarf es noch genauerer Studien, da der Einsatz von Dolmetschern auch vor allem am Anfang erhöhte Kosten hervorruft, es wird aber bisher angenommen, dass Sprachmittlung im Gesundheitssektor die Langzeitkosten reduzieren kann (Bischoff und Denhaerynck, 2010).

### **2.3.2 Optimierung des Verhaltens im triadischen Gespräch**

*„Teaching clinicians when and how to overcome language barriers in health care will help to reduce the impact of this barrier, make clinicians and interpreters’ jobs easier and more transparent, and improve patient care and satisfaction.“ (Jacobs et al., 2010, 149)*

Das triadische Gespräch ist eine komplexe Interaktion zwischen Patient, Arzt und Dolmetscher, laienhafter oder professioneller Art (Hudelson et al., 2013). Daher ist es wichtig, dass in diesem Dialog allen Beteiligten die Rollenverteilung klar ist (Miörner Wagner und Brigitzer, 2003). Durch die Hinzuziehung eines Sprachmittlers wird zwar das Problem der Sprachbarriere mehr oder weniger gelöst, jedoch werden auch neue Probleme geschaffen. Die Beteiligung des Patienten am Gespräch ist dadurch verändert und teilweise gefährdet (Sator und Gülich, 2013). Weitere Nachteile durch den Wegfall des direkten sprachlichen Kontakts sind, dass auf bestimmte Äußerungen nicht mehr spontan reagiert werden kann, und dass keine Einschätzung des vorhandenen Sprachverständnisses und –gebrauchs mehr möglich ist (Egger und Wedam, 2003).

Untersucht man Gespräche mit Sprachmittlern, so kann man einige Kommunikationsfehler beobachten. Es werden gehäuft geschlossene Fragen gestellt und die Patienten werden wenig zu ihren Gefühlen, Meinungen und Unklarheiten befragt. Des Weiteren erfolgen Anweisungen direktiver und Erklärungen werden in zu langen und komplexen Sätzen gegeben. Darüber hinaus werden häufig Fragen direkt an den Sprachmittler gerichtet und Beratungsgespräche durch Verständnisfragen der unprofessionellen Sprachmittler abgelenkt. Alles in allem sind Patienten in triadischen Gesprächen nur minimal am Gespräch beteiligt. (Hudelson et al., 2013). Vergleicht man Gespräche mit Sprachmittlern mit einer Kontrollgruppe ohne Sprachbarriere und Übersetzer, kann man feststellen, dass es Unterschiede in der Patientenzentriertheit gibt. In einer Studie wurde herausgefunden, dass zwar die Dauer der Gespräche in den Vergleichsgruppen nicht

differiert, jedoch fremdsprachige Patienten weniger am Gespräch beteiligt sind und weniger Fragen stellen. Missverständnisse kommen in beiden Gruppen vor, werden jedoch nur im Setting ohne Sprachmittler angesprochen. In Gesprächen mit Dolmetschern wird häufig in der dritten Person über den Patienten geredet und teilweise werden Aussagen von Dolmetschern verändert oder nicht übersetzt (Seale et al., 2013). In einer ähnlichen Studie wurde gezeigt, dass Patienten im gedolmetschten Setting weniger Kommentare abgaben und, wenn sie etwas sagten, wurden sie von den Ärzten eher ignoriert, als Patienten mit gleicher Muttersprache wie der Arzt (Rivadeneira et al., 2000). All die Erkenntnisse dieser Studien weisen auf die Notwendigkeit eines Bewusstmachens von möglichen Kommunikationsfallen unter Ärzten im triadischen Patientengespräch hin. Denn auch wenn sich Ärzte im triadischen Gespräch als kompetent einschätzen, haben viele kein oder nur wenig Wissen über wichtige Verhaltensregeln in diesem komplexen Setting (Hudelson et al., 2012).

In einem optimalen triadischen Gespräch sollte das Geschlecht des Sprachmittlers an die Situation angepasst sein, zum Beispiel kann in einem gynäkologischen Beratungsgespräch ein männlicher Übersetzer von der Patientin als ungeeignet empfunden werden (Menz, 2011). Egger und Wedam (2003) empfehlen, vor einer mit einem Dolmetscher geführten Konsultation ein Vorgespräch zwischen Arzt und Sprachmittler zu halten. Darin sind die Rollenaufteilung und Schweigepflicht zu klären, darüber hinaus soll der Dolmetscher aufgefordert werden, alle, auch aggressive, ordinäre oder emotionale Aussagen des Patienten, zu übersetzen. Im Bedarfsfall soll er auf kulturspezifische Besonderheiten hinweisen (Egger und Wedam, 2003). Der Patient ist über die rechtliche Lage und die Schweigepflicht des Dolmetschers aufzuklären (Flubacher, 2013). Des Weiteren ist für eine Sitzordnung zu sorgen, in der der Augenkontakt zwischen allen Parteien möglich ist. Die Fragen sollten möglichst offen gestellt werden, Fremdwörter sollten vermieden und Fachausdrücke müssen für den Patienten verständlich erklärt werden. Es ist wichtig, den Patienten im triadischen Gespräch direkt anzusprechen und nicht mit dem Sprachmittler in der dritten Person über den Patienten zu sprechen. Um eine vollständige Übersetzung zu gewährleisten, dürfen die Gesprächsbeiträge nicht zu lange sein. Das Verständnis des Patienten sollte explizit erfragt werden, Kopfnicken oder andere körpersprachliche Zeichen können darüber nicht ausreichend Auskunft geben (Menz, 2011). Seale et al. (2013) fügen noch hinzu, dass der Blick dem Patienten zugewandt sein sollte, während der Arzt etwas erklärt. Des Weiteren soll der Sprachmittler nach einer genaueren Übersetzung gefragt werden, wenn die Aussage des Patienten länger als die des Dolmetschers erscheint (Seale et al., 2013). Abschließend empfiehlt sich noch etwas Zeit für den Sprachmittler einzuplanen, um Unklarheiten und emotional belastenden Aspekte klären zu können (Flubacher, 2013).



Fungiert ein Laiendolmetscher als Sprachmittler, muss der Arzt die Organisation des Dolmetschvorgangs übernehmen, da von einem Laiendolmetscher in diesem Bereich keine Kompetenzen zu erwarten sind. Zu Beginn des Gesprächs sollte eine Orientierungsphase über die Sprachkompetenzen des Laiendolmetschers stattfinden und während des Gesprächs muss der Sprachmittler aktiv aufgefordert werden, die Informationen des Arztes zu übersetzen (Gülich und Sator, 2011 zit. n. Menz, 2011).

Da der Einsatz von (Laien-)Dolmetschern im niedergelassenen Bereich sehr häufig ist, ist es notwendig, Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich für Ärzte anzubieten, um eine zufriedenstellende Kommunikation zu ermöglichen (Menz, 2011). Dass man dadurch eine Verbesserung in der Arzt-Patienten-Kommunikation, im Umgang mit nicht deutschsprachigen Patienten und Dolmetschern, erzielen kann, konnte in einer Studie von Bischoff et al. (2003) gezeigt werden. Durch eine Sensibilisierung für das Problemfeld der Sprachbarriere und des triadischen Gesprächs während einer Kommunikationsschulung konnte der Einsatz von professionellen Dolmetschern erhöht und eine Verbesserung der Zufriedenheit der fremdsprachigen Patienten erzielt werden (Bischoff et al., 2003).

### **2.3.3 Patientenschulungen und Verbesserung der Health Literacy**

Patientenschulungen sind interaktive Gruppenprogramme für Menschen mit überwiegend chronischen Erkrankungen. Sie haben das Ziel, die Compliance der Betroffenen zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung zu stärken. Die Patienten können dadurch Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen erwerben und werden in die Lage versetzt, informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen<sup>14</sup>. Patientenschulungen werden bei einem breiten Spektrum chronischer Krankheiten effektiv eingesetzt, Diabetes mellitus, chronische Rückenschmerzen, chronische Polyarthrit, koronare Herzerkrankungen, chronische Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, COPD und Tumorerkrankungen seien beispielhaft erwähnt (Faller et al., 2011). Betrachtet man die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund genauer, so kann man erkennen, dass sich viele dieser Erkrankungen mit erhöhten Zahlen in dieser Gruppe widerspiegeln. Männer mit Migrationshintergrund leiden im Vergleich zu denen ohne Migrationshintergrund mit höherer Wahrscheinlichkeit unter Migräne, häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen, Depressionen und Wirbelsäulenbeschwerden. Bei Frauen mit Migrationshintergrund ist ein erhöhtes Risiko für Diabetes (Migrantinnen haben ein 3,4-faches Risiko an Diabetes zu leiden), Bluthochdruck, chronische

---

<sup>14</sup> Quelle: <http://www.zentrum-patientenschulung.de/theorie/ueberblick/> [3.8.2015]

Angustzustände, Depressionen, Arthrose, Arthritis, Gelenkrheumatismus und Wirbelsäulenbeschwerden bekannt (Klimont et al., 2008).

Der (sozio-) kulturelle Hintergrund wirkt sich direkt oder indirekt auf die Gesundheit aus (Anzenberger et al., 2015). Migranten haben häufig ein anderes Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Prävention, ebenso unterscheidet sich das Wissen über den Einfluss des Lebensstils auf Krankheiten und deren Verlauf von dem der Mehrheitsgesellschaft (Aydinkoc et al., 2012). Personen mit Migrationshintergrund nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und das Zurechtfinden in einem für sie fremden Gesundheitssystem ist schwierig, da das Gesundheitswesen im Herkunftsland häufig anders strukturiert ist (Expertenrat für Integration, 2013).

Schulungen zu unterschiedlichen Themen in verschiedenen Sprachen können eingesetzt werden, um diese Unterschiede auszugleichen. Sowohl sprachliche, als auch kulturelle Aspekte können in Patientenschulungen für Migranten beachtet werden. Ein Beispiel für die Notwendigkeit der Einbeziehung kultureller Themen stellt das Diabetes-Selfmonitoring während des Ramadans dar (Faller et al., 2011). Tendenzen, dass durch eine migrantenspezifische Planung dieser Schulungen, die Effektivität und das Outcome in der Patientengruppe der Migranten gesteigert werden können, konnte in einem Review von Renzaho et al. (2009) gezeigt werden.

Seit 2012 wurde das Projekt MiMi (Migranten für Migranten), welches schon seit 2003 in Deutschland verbreitet ist, in Wien in Kooperation mit der Volkshilfe Wien gestartet<sup>15</sup>. Das Ziel dieses Projekts ist, das Wissen über die eigene Gesundheit und das Gesundheitssystem der Migranten zu verbessern. MiMi schult und zertifiziert bilinguale Migranten, welche gute Deutschkenntnisse, ein hohes Bildungs- und Integrationsniveau haben, damit sie in ihrer Muttersprache ehrenamtlich Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen durchführen können. In einem Jahr konnten in Österreich direkt 2779 Personen erreicht werden, durch die Informationsweitergabe in der Familie und im Freundeskreis wird der Wirkungskreis größer, und es können mehr Personen davon profitieren. MiMi wurde von der WHO als best-practise-Modell gewürdigt<sup>16</sup>.

Abgesehen von diesem Projekt, gibt es in Österreich noch viele weitere, welche als Ziel eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migranten verfolgen, jedoch sind nur sehr wenige davon auf einen bestimmten Sprach- oder Kulturraum oder ein bestimmtes Krankheits-

---

<sup>15</sup> Quelle: [http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28&Itemid=34](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34) [10.6.2015]

<sup>16</sup> Quelle: <http://www.volkshilfe-wien.at/news/mimi-gesundheitslotsen-zertifikatverleihung> [11.6.2015]

bild abgestimmt (Anzenberger et al., 2015). Dass diese Strukturen zwar eine Verbesserung bewirken können, jedoch die Etablierung im Gesundheitssystem noch fehlt, wird im folgenden Zitat hervorgehoben.

*„Es gibt in Österreich einige ambitionierte Entwicklungsmaßnahmen, um die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, zu verbessern. Eine Integration erfolgreicher Maßnahmen in den Regelbetrieb des Gesundheitssystems ist aber noch ausständig.“ (Anzenberger et al., 2015, IV)*

## 3 METHODIK

---

### 3.1 QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODE

Um Informationen über den Umgang mit Sprachbarrieren in der Arzt-Patientenbeziehung in der hausärztlichen Praxis zu erlangen, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Im nicht-experimentellen Design wurden deskriptive Daten mittels teilstrukturierter Interviews gesammelt (Cropley, 2011). Forschungsgebiete über die Art der persönlichen Erfahrung eines Phänomens lassen sich, ihrem Wesen nach, besser qualitativ beforschen, da dadurch Aufschluss über komplizierte Details und Hintergründe von Phänomenen erlangt werden kann (Strauss und Corbin, 1996).

Das teilstrukturierte Interview wurde gewählt, weil im Vergleich zu quantitativen Studien mit standardisierten Fragebögen eine größere Vielfalt und Weite der Antworten möglich ist. So können die Interviewpartner ihre Gedanken und Beobachtungen offen darlegen (Flick, 2009). Die Methode des teilstrukturierten Interviews ist durch eine erkennbare, vorgegebene Struktur gekennzeichnet, welche jedoch nicht starr abgehandelt werden muss, sondern eher als Anregung für den weiteren Verlauf gesehen werden kann (Cropley, 2011).

Vor Beginn des Interviews erhielten die Studienteilnehmer Informationen über das Thema der Diplomarbeit und deren Schwerpunkte. Sie wurden über die Verwendung des Interviewmaterials für Forschungszwecke, die Anonymisierung, die Analyse und die sichere Verwahrung der Daten aufgeklärt. Alle teilnehmenden Experten unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Nach der Fertigstellung der Analyse wurde ein sogenanntes Member-Checking durchgeführt. Die Studienteilnehmer erhielten die vorläufige Fassung des Resultatteils und ihre Interviewnummer, um Einsicht in die verwendeten Zitate ihres Interviews zu erhalten. Es wurde ihnen auch die Möglichkeit gegeben, die vorläufige Arbeit zu kommentieren und eventuelle Anregungen zu senden.

### 3.2 TEILNEHMENDE EXPERTEN

Bis zur Sättigung der Daten wurden 13 Experteninterviews durchgeführt. Es wurde darauf Wert gelegt, Ärzte aus verschiedenen Bezirken, mit unterschiedlichen Patientengruppen zu befragen. Es nahmen fünf Ärztinnen und acht Ärzte an der Studie teil, drei Mediziner hatten Migrationshintergrund. Zwei Ärzte und eine Ärztin wurden mir von Bekannten empfohlen. Die Studienteilnehmer wurden nach der Befragung, im Sinne des Schneeballsystems (Flick, 2009), nach weiteren Kontakten für mögliche Interviewpartner gefragt. Weitere Kontakte für noch fehlende Bezirke wurden zufällig ausgewählt und von mir telefonisch angefragt. Die Ärzte mit

Migrationshintergrund wurden aufgrund ihres Sprachprofils auf [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at) ausfindig gemacht.

Alle befragten Allgemeinmediziner sprechen außer Deutsch noch Englisch, sechs sprechen Französisch und zwei Serbokroatisch. Spanisch, Ukrainisch, Bosnisch, Italienisch, Persisch, Russisch, Rumänisch, Albanisch, Polnisch und Bulgarisch gab jeweils nur eine Person an<sup>17</sup>.

Alle Teilnehmer der Studie sind Allgemeinmediziner, welche in einer Kassenarztpraxis tätig sind, das Geschlecht und die Aufteilung auf die Bezirke ist in der folgenden Liste ersichtlich.

Interview	Bezirk	m/w	Interview	Bezirk	m/w
Interview 1	21. Floridsdorf	m	Interview 8	16. Ottakring	m
Interview 2	5. Margarethen	w	Interview 9	12. Meidling	m
Interview 3	11. Simmering	w	Interview 10	3. Landstraße	w
Interview 4	22. Donaustadt	m	Interview 11	2. Leopoldstadt	w
Interview 5	10. Favoriten	w	Interview 12	16. Ottakring	m
Interview 6	15. Rudolfsheim-Fünfhaus	m	Interview 13	19. Döbling	m
Interview 7	18. Währing	m			

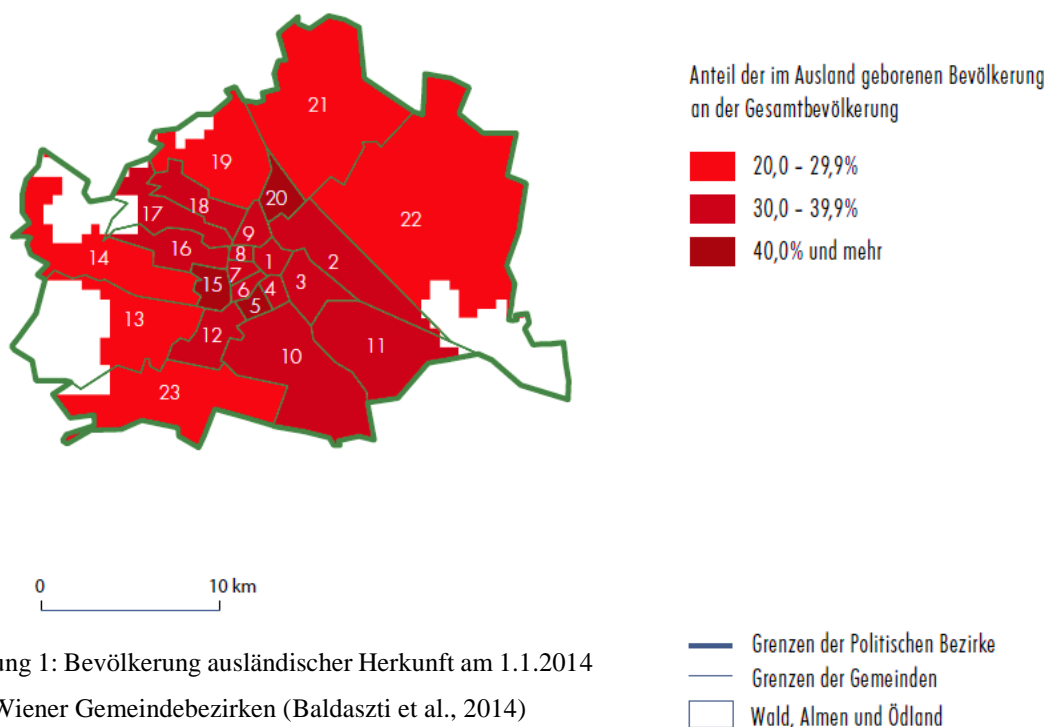


Abbildung 1: Bevölkerung ausländischer Herkunft am 1.1.2014 in den Wiener Gemeindebezirken (Baldaszi et al., 2014)

<sup>17</sup> Quelle: [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at) [5.6.2015]

Auf Abbildung 1 ist ersichtlich, wie hoch der Prozentanteil, der im Ausland geborenen Personen in den einzelnen Wiener Bezirken ist. Die Ärzte der einzelnen Bezirke haben somit auch unterschiedlich häufig mit Patienten mit Migrationshintergrund zu tun. Die Höhe des Migrantenanteils darf aber nur als Tendenz gesehen werden, die von Ordination zu Ordination sehr stark variieren kann.

### 3.3 INTERVIEWLEITFADEN

Vor der Durchführung der Interviews wurde bei der Ethikkommission der medizinischen Universität angefragt, ob für das geplante Studiendesign ein Ethikvotum notwendig sei. Diese Frage wurde verneint, die Stellungnahme der Ethikkommission ist im Anhang ersichtlich. Die Interviewpartner stimmten einer Verwendung des Interviewinhalts zu. Sie wurden aufgefordert alle Fragen so ausführlich wie möglich zu beantworten und erhielten am Ende des Interviews noch die Möglichkeit weitere für sie wichtige Aspekte hinzuzufügen.

Der Interviewleitfaden konzentrierte sich auf folgende Fragen:

- Wie häufig kommen Patienten mit Migrationshintergrund in Ihre Praxis?
  - Wie viele davon können sich auf Deutsch nicht ausreichend verständigen?
- Ich möchte Sie bitten, mir etwas über Ihre Erfahrungen in der letzten Woche (im letzten Monat) mit nicht deutschsprachigen Patienten zu erzählen.
- Können Sie mir eine Situation genauer schildern, die Ihnen noch in Erinnerung ist?
- Welche Probleme oder Herausforderungen beobachten Sie, wenn Patienten eine andere Muttersprache haben?
- Wie wird in Ihrer Praxis die Sprachbarriere überwunden?
- Was denken Sie über die Einbeziehung von Familienangehörigen, Ordinationsmitarbeitern?
- Wie würden Sie die Situation des „triadischen Gesprächs“ beschreiben?
  - Kommt es vor, dass der Dolmetscher für den Patienten antwortet? Wie wird damit umgegangen?
- Gibt es Unterschiede in der Dauer, dem Verlauf der Behandlung, wenn Patienten nicht Deutsch sprechen?
- Können Sie Unterschiede im Einsatz von diagnostischen Mitteln beobachten?
- Wie würden Sie die Compliance von dieser Patientengruppe beschreiben?
- Wie würden Sie die Erwartungshaltung der nicht deutschsprachigen Patientengruppe beschreiben?

- Kommen Patienten bewusst zu Ihnen, weil Sie türkisch/persisch/rumänisch/... können? (an Ärzte mit mehr Fremdsprachenkenntnissen)
  - Haben Sie vorgefallene Missverständnisse zwischen diesen Patienten und deutschsprachigen Ärzten erlebt? Konnten diese bei Ihnen aufgeklärt werden?
- Was wünschen Sie sich um die derzeitige Situation in diesem Bereich zu verbessern?

Wurden Fragen schon vorweg beantwortet, wurden diese weggelassen. Bei manchen Interviews wurden spontan noch weitere Fragen hinzugefügt um das Gespräch zu vertiefen und Antworten zu konkretisieren. Daher unterscheiden sich alle Interviews minimal in der Durchführung und Schwerpunktsetzung.

Alle Interviews wurden in den Ordinationen der Allgemeinmediziner im Zeitraum von August 2014 bis April 2015 geführt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 30 Minuten, das kürzeste dauerte 15 und das längste 60 Minuten.

### 3.4 TRANSKRIPTION UND ANALYSE

Alle Interviews wurden aufgenommen, anonymisiert, transkribiert und anschließend analysiert. Die Transkription erfolgte so exakt wie möglich unter Beibehaltung des Dialekts. Pausen wurden mit einem Punkt pro Sekunde markiert, die befragten Experten wurden mit B und der Interviewnummer (z.B. B1) codiert. Nichtverbale Äußerungen wurden in Klammer angegeben. Da die Anforderung an das Transkript bei Themenanalysen nicht so hoch ist, wurde auf Berücksichtigung der Stimmlage, Gestik, Mimik und alle Hörersignale (z.B. mhh) verzichtet (Froschauer und Lueger, 2003). Schon während der Transkription wurden am Rand Notizen vermerkt, um später die Codierung zu erleichtern. Die direkten Zitate aus den Interviews, welche im Kapitel Resultate angeführt wurden, wurden ins Hochdeutsche übertragen, um die Lesbarkeit zu verbessern.

Die Analyse der Interviews erfolgte nach den Konzepten der Grounded Theory. Diese ist eine gegenstandsverankerte Theorie, welche induktiv aus der Untersuchung des Phänomens hervorgeht, der Analyseweg läuft also vom Speziellen zum Allgemeinen. Es gibt am Beginn keine zu prüfende Theorie, sondern nur ein Untersuchungsfeld. Im Laufe des Forschungsprozesses kristallisieren sich relevante Themenbereiche heraus.

Die Interviews wurden nach der Transkription codiert. Die einzelnen Codes stellen die Benennung diverser Phänome (z.B.: Schwierigkeiten in der Behandlung) dar, welche dann zu größeren Kategorien (z.B.: Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion) zusammengefügt wurden (Strauss und Corbin, 1996). Allgemein lässt sich sagen, dass durch eine Inhaltsanalyse die

Bedeutungen von Aussagen entdeckt werden, aus denen Hypothesen generiert werden können (Cropley 2011).



## 4 RESULTATE

---

In den Interviews kristallisierten sich verschiedene Themenpunkte heraus, mit denen Ärzte in der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund konfrontiert sind.

Es wurden Schwierigkeiten unterschiedlichster Art in der Arzt-Patienten-Beziehung beschrieben und welchen Einfluss diese auf die Anamnese, den Einsatz von Diagnostika, die Behandlung und Aufklärung, aber auch auf die Compliance und somit auf den Therapieerfolg haben. In den Interviews wurde auch auf die Strategien zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten eingegangen und über mögliche Lösungsansätze für die zukünftige Betreuung von nicht deutschsprachigen Patienten gesprochen.

### 4.1 SCHWIERIGKEITEN IN DER ARZT-PATIENTEN-INTERAKTION

In diesem Kapitel werden Herausforderungen, die Allgemeinmediziner in der Arzt-Patienten-Beziehung mit Personen mit nicht deutscher Muttersprache in den einzelnen Stufen von der Anamnese bis zur Durchführung der Therapie erleben, beschrieben. Zuerst wird auf besondere Patientengruppen und Krankheitsentitäten eingegangen, die von einigen Mediziner hervorgehoben wurden, da bei diesen gehäuft Schwierigkeiten in der Kommunikation auftreten.

Extremsituationen des Arzt-Patienten-Kontakts stellen Hausbesuche bei der Arbeit im Ärztefunkdienst dar. Zwei Ärztinnen (Anm: auf genauere Angaben zu den Personen wird aus Gründen der Anonymität verzichtet) sind zusätzlich zu ihrer Arbeit in der Ordination dort tätig und haben die Problematik dieser Ausnahmesituation geschildert. In diesen Fällen, bei denen man zu unbekanntem Patienten, von denen keine Vorbefunde und keine Anamnese zu erheben sind, gerufen wird, ist die Sprachbarriere durch die besonderen Umstände und den Zeitdruck noch schwieriger zu überbrücken und kann auch zur Gefahr für die Patienten werden.

*„Ich kann dort nicht eine halbe Stunde warten bis irgendjemand kommt oder irgendjemand aufgetrieben ist, der vielleicht die Sprache spricht. Das ist kritisch. Das ist schwierig, das ist wirklich Buschmedizin. Da kommst du hin und dann musst du dir halt einen Eindruck machen aufgrund dessen, was du erheben kannst und dann behandeln und hoffen, dass du zumindest das Richtige gemacht hast. Das ist manchmal sehr unangenehm. Weil es halt für mich bedeutet, hab ich das Richtige gemacht, habe ich was falsch gemacht? Ja, es ist ja meine Verantwortung.“ (BX<sup>18</sup>)*

---

<sup>18</sup> Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde in manchen Fällen die Interviewnummer durch „X“ ersetzt.

*„Ich denke mir dann immer: ‚Hoffentlich ist alles gut gegangen und hoffentlich habe ich ihm tatsächlich helfen können.‘ (...) Alles, was irgendwie spitalspflichtig ist, wird an die Rettung übergeben, manchmal fällt leider einer durch den Rost und man kommt nicht darauf, dass der eigentlich einen Herzinfarkt hat, weil halt die Symptomatik nicht zu erheben ist. Aber im Großen und Ganzen passiert das eher selten zum Glück.“ (BX)*

Die Behandlung der Patienten im Ärztendienst stellt natürlich eine besonders schwierige Ausnahme dar, zeigt aber die Tragweite des Problems der Sprachbarriere. In den folgenden Abschnitten werden großteils Erfahrungen der tagtäglichen Konsultationen durch Migranten in der hausärztlichen Praxis erläutert.

#### **4.1.1 Herausfordernde Patientengruppen und Krankheitsentitäten**

Patienten, die weder Deutsch noch Englisch sprechen, Migranten, aber auch Touristen stellen eine große Herausforderung dar, da man bei diesen viel improvisieren muss. B2 meint: *„Das Problem bleiben wirklich die älteren Leute, oder halt auch die jungen angeheirateten.“*

*„Es gibt auch, vor allem aus dem ex-jugoslawischen Bereich, so diese 60-70 Jährigen, die gerade in Pension gegangen sind, die immer so in ihrer Gruppe gearbeitet haben, die ziemlich allein sind dann, weil die Kinder wo anders sind oder so, die sind zu stolz, jemanden mitzubringen. Also ich pauschaliere jetzt einfach, ein Teil vermittelt einem: ‚Bin eh schon so lange hier, ich drück mich eh verständlich aus. Also ich brauch niemanden.‘“ (B5)*

Auch wenn Deutschkenntnisse vorhanden sind, wünscht sich B5 Hilfen zur besseren Kommunikation, da im medizinischen Gespräch andere sprachliche Feinheiten als im Alltagsgebrauch nötig seien.

Die Betreuung psychiatrischer Patienten mit Migrationshintergrund stellt auch eine Herausforderung für einige der befragten Ärzte dar.

*„Besonders schwierig sind psychiatrische Patienten aus anderen Kulturen und da ist es sicherlich sehr wichtig, Hintergründe zu verstehen.“ (B6)*

Die komplexen Themenkreise der psychiatrischen Erkrankungen werden durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache noch schwieriger diagnostizier- und behandelbar. Daher stellen Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen und schlechten Deutschkenntnissen eine große Herausforderung in der allgemeinmedizinischen Praxis dar. In diesen Fällen

kann eine ausführliche Anamnese nicht durch körperliche Untersuchungen ersetzt werden. Daher wäre laut B10 in diesem Bereich eine muttersprachliche Betreuung am besten. In diesem Fall meint sie, sei es wichtig, dass die Patienten mit jemandem reden können, der die gleiche Muttersprache hat, es habe dann keinen Sinn jemanden übersetzen zu lassen.

B4 schildert eine Situation mit einer albanischen Frau, die zu ihrem Mann nachgekommen ist, nicht Deutsch sprach und ein massives psychisches Problem hatte, wo er aber mit ihr aufgrund der Sprachbarriere keine ausführliche Anamnese führen konnte.

Neben herausfordernden Patientengruppen gibt es aber auch Krankheitsentitäten, die mit geringen Deutschkenntnissen schwer diagnostizier- und behandelbar sind. B12 erwähnt ganz konkrete Krankheiten, bei denen er Missstände in der Arzt-Patienten-Interaktion beobachten konnte. Vor allem ginge es um chronische oder psychiatrische Erkrankungen, bei denen die Verständigung von zentraler Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Erkrankung ist. Beispielhaft erwähnt er Hypertonie, Diabetes, Hypercholesterinämie, psychosomatische Erkrankungen, Depressionen und Belastungssyndrome.

#### **4.1.2 Anamnese**

In den Interviews wurden sehr unterschiedliche Beobachtungen im Bereich der Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient geschildert. Viele berichten, dass man schon irgendwie auf die Problematik des zu Behandelnden komme, aber es nehme mehr Zeit in Anspruch und es komme auch leichter zu Missverständnissen. Ein Arzt meint auf die Frage, welche Herausforderungen im medizinischen Alltag mit Patienten mit Migrationshintergrund erlebt werden, folgendes:

*„Prinzipiell ist die Frage, was kann und will man verstehen. Dass das dem entspricht, was die Patientin will, kann oder möchte. Und dass da halt einfach sehr rasch Missverhältnisse entstehen, wo die Agenden sehr verschieden sind. Diese Agenden dann abzugleichen ist dann einfach sehr, sehr mühsam.“ (B9)*

Jedoch findet er immer Wege, die Sprachbarrieren zu überwinden und meint: *„Also, dass da nichts geht, habe ich eigentlich nicht. Da gibt es immer Hilfskonstruktionen, du kommst zur medizinischen Frage oder Kernfrage doch irgendwie dann durch.“* Es ist ihm aber bewusst, dass man sich manchmal auf ein *„Grundgerüst der Notwendigkeit“* zurückzieht, auf dessen Basis man zwar kommunizieren, aber nicht alles Notwendige für eine ausführliche Anamnese erfassen kann. Somit bleiben in solchen Arzt-Patienten-Gesprächen nach einer insuffizienten Anamnese Graubereiche und Unklarheiten. B1 schildert die Interaktion zwischen Hausarzt und Personen mit Migrationshintergrund folgendermaßen: *„Die Interaktion ist natürlich speziell -*

*ist klar. Und bleibt halt auf der somatischen Ebene.*“ Des Weiteren meint er, die Arzt-Patienten-Beziehung sei in der hausärztlichen Praxis primär krankheitszentriert. Das spezielle Problem des Patienten würde zwar bearbeitet werden, aber das breitere Umfeld und das Psychosoziale würden in Situationen mit Sprachbarrieren im Abseits bleiben.

*„Du musst ja schnell sein, das ist ja unser Problem, wir müssen möglichst schnell zum Ziel kommen.“*, sagt B13 und spricht damit den Zeitaspekt an. Es sei sehr schwierig in der ersten Anamnese mit ihm unbekanntem, nicht deutschsprachigen Patienten ohne Dolmetscher herauszufinden welche Anliegen die Patienten haben.

*„Da weiß ich oft nach fünf Minuten Gespräch noch immer nicht, was der eigentlich will. Will er ein Medikament, will er einen Krankenstand, hat er ein Riesenproblem, verträgt er seine Medikamente nicht. Du weißt es nicht, du kommst nicht drauf. Und das macht es doppelt schwierig, weil erstens kannst du dich nicht verständigen und zweitens weißt du nicht, was das Ziel dieses Besuchs ist. Weil der Patient hat ja eine Vorstellung, was jetzt passieren soll und da muss man halt draufkommen.“*  
(B13)

Die Tiefe der Anamnese hängt auch von der Art der Erkrankung ab; so stelle die Sprachbarriere bei kleineren gesundheitlichen Problemen, die rein symptomatisch behandelt werden können, kein großes Problem dar. B7 berichtet, dass in seiner Praxis ein Großteil der Patienten nur kleinere Beschwerden hätten:

*„Ja, aber wissen Sie, beim Allgemeinpraktiker, beim Wald und Wiesenpraktiker, sind es allgemeine Wald- und Wiesenprobleme, zu 80 Prozent. Und dass da jetzt jemand käme, wo es um Missbrauch geht, oder um Misshandlung oder um Schizo und weiß Gott was geht, dass der sich dann da draußen her setzt und eine Stunde wartet, um dir das zu erzählen, der kommt gar nicht da her, der wählt sich einen anderen Platz, der hält ja die Warterei gleich gar nicht aus, wenn es ihm wirklich psychisch schlecht geht.“* (B7)

Als ein Beispiel der 80 Prozent schildert B7 den Fall einer tschetschenische Frau mit einer schweren Verbrennung, die, ohne die Möglichkeit in einer gemeinsamen Sprache zu kommunizieren, behandelt wurde, wobei er erwähnt, dass diese Form der Behandlung eine gute Vertrauensbasis brauche.

*„Ich denk jetzt an eine tschetschenische Frau, die hat eine schwere Verbrennung gehabt, die hat überhaupt nichts reden können, aber die ist halt ein paar Wochen*

*gekommen zum Verbinden, immer wieder. ... Man muss nicht unbedingt, also ich muss nicht unbedingt viel reden, das ist beim Allgemeinmediziner doch eine Sache des Vertrauens. Und wenn man sieht, das passt und wenn ich ihr jetzt die ersten Verbände wechsle, bei einer großen Verbrennung tun die natürlich weh, das kann man in irgendeiner Weise vermitteln, bis man die Patientin dann wieder geheilt entlässt. Da muss man jetzt nicht unbedingt groß reden über viel anderes. Es ist dann auch so stimmig.“ (B7)*

Komplexere Patientengeschichten, psychiatrische Symptomatiken, chronische oder anderweitig diffizile Krankheiten, die nicht in die Schublade „*Wald- und Wiesenprobleme*“ einzuordnen sind, erfordern jedoch eine ausführlichere Anamnese und auch Aufklärung. In der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund lassen sich diese teilweise nur schwer realisieren. „*Wenn jemand aus einem anderen Kulturkreis kommt, dann ist die Symptomenschilderung nicht immer unserem schulmedizinischen Weg entsprechend. Um sich da hineinzuarbeiten, erfordert dies von beiden Teilen Zeit und Willen.*“, erklärt B5. Diese kulturellen Verständigungsprobleme bleiben auch trotz Kenntnis der deutschen Sprache bestehen.

*„Mein Eindruck ist, dass sich eigentlich sehr viele gut verständigen können. Nur das Deutsch ist oft eingeschränkt und die Genauigkeit des Ausdrucks leidet oft sehr stark, das heißt, es kommt oft ein völlig unangebrachter Begriff für etwas, für das halt der Begriff nicht steht. Ja und worum es sich da dreht, das muss man halt dann anhand von Intuition oder Klärung in irgendeiner anderen Form, Erklärung des Patienten oder auch in Form einer Untersuchung herausfinden.“ (B6)*

Zeit, Wille, Intuition, weitere Untersuchungen aber auch genaueres Nachfragen sei in unzureichenden Anamnesegesprächen besonders wichtig, wie B8 erklärt. Er hat beobachtet, dass häufig sowohl von Patienten mit Migrationshintergrund als auch von jenen ohne Migrationshintergrund Körperteile falsch benannt werden. So wird zum Beispiel des Öfteren die Bezeichnung „*Hand*“ für die gesamte obere Extremität, beziehungsweise „*Fuß*“ für die gesamte untere Extremität verwendet. Ebenso wird das Wort „*Kreuzschmerzen*“ mit der ganzen Wirbelsäule und nicht nur mit dem Kreuzbein assoziiert. Um Missverständnisse in diesem Bereich zu vermeiden fordert B8 die Patienten auf: „*Zeigen Sie mal hin, wo es schmerzt.*“, und kann sich so selbst ein Bild von der Lokalisation des Leidens machen. Schwieriger sind jedoch Schmerzen und Beschwerden der inneren Organe zu beschreiben und so ist es für Allgemeinmediziner schwer, diese richtig zu erfassen. B5 beschreibt die von B8 erwähnte Problematik auch im Bereich der Symptome der inneren Organe.

*„Also zum Beispiel Schmerzen im Oberbauchbereich werden immer als Magen ge-  
deutet, zumindest was ich jetzt irgendwie mitbekommen hab. Dass Schmerzen im  
Oberbauchbereich auch zum Beispiel von der Lunge her kommen könnten, oder  
dass es auch ein Herzproblem sein könnte, das ist zum Beispiel bei den türkischen  
Herrschaften nicht immer so einzuordnen. Dafür ist alles was im Thoraxbereich ist  
gleich das Herz. Das wär meine Beobachtung.“ (B5)*

Der Patient würde nicht sagen: „*Da tut's mir weh.*“, sondern eher sein Leiden folgendermaßen beschreiben: „*Ich habe Magenschmerzen, geben Sie mir ein Pantoloc (Anm: Protonenpumpenhemmer).*“ Auf diese falsche Ausgangsbasis aufzubauen und richtig weiterzuarbeiten stellt für B5 eine Herausforderung dar. Fehldiagnosen oder insuffiziente Behandlungen der Patienten können leicht aus diesen sehr interpretativen Informationen entstehen. Manchmal, so wie in dem Gespräch mit der Forderung nach einem Protonenpumpenhemmer, findet in der Anamnese keine differenzierte Unterhaltung statt, sondern es wird nur eine symptomatische Therapie gewünscht und die Problematik rundum nicht besprochen.

*„Situationen, die mir einfallen, ja, eine indische Familie aus dem Punjab, die Tochter spricht fließend Deutsch, die ist 25, die Eltern sind um die 60. Beide können sich nicht wirklich ausdrücken, beide sind übergewichtig, metabolisches Syndrom, Bewegungsapparat, kommen wegen Schmerzen und so weiter und sofort. Die Mutter hat wieder Schmerzen und will eine Spritze.‘, oder so in die Richtung. Differenzierte Unterhaltung findet nicht statt.“ (B1)*

Findet ein ausführliches Erstgespräch statt, können Beschreibungen diffuserer Beschwerden und Krankheitsbilder je nach kultureller Prägung der Patienten sehr unterschiedlich erfolgen. B6 meint, dass das Leiden zwar anders ausgedrückt werde, jedoch das Syndrom oder die Krankheit, die dahinter liegt sehr ähnlich den uns in Österreich bekannten Pathologien seien. Das Schwierige im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ist demzufolge, die Symptomschilderungen richtig zu deuten und die Krankheitsentität zu klären. B6 schildert dazu ein sehr komplexes Beispiel, wo es schwierig war, das Krankheitsgeschehen korrekt zu erfassen.

*„Die Form, wie es ausgedrückt wird, ist anders, also die Afrikaner, die empfinden vielleicht manches anders und haben natürlich eine andere Sprache, Dinge auszudrücken. Ich erinnere mich gerne an einen Patienten, der mich und viele andere Fachärzte sehr beschäftigt hat mit einem Befinden von Brennen am ganzen Körper,*

*das sehr intensiv empfunden wurde, und das wir auf verschiedene infektiöse Erkrankungen, die in Afrika vorkommen, auch untersucht haben. Und letztlich, es war auch von Anfang an der Verdacht da, letztlich ist es eine Form eines Ausdrucks möglicherweise für Schmerz und Depressivität gewesen. Und das ist eine spezifische Form, das zu empfinden und auch natürlich nicht ganz korrekt in unserem Sinne ausgedrückt, möglicherweise eine direkte Übersetzung aus der Sprache, die der Patient zu Hause spricht. Aber umgekehrt ist es auch möglich, dass Regionen in Österreich auch ganz andere Ausdrucksweisen haben von hier bis Tirol, dafür wie sie Schmerzen empfinden und es gibt auch Regionen in denen, ich weiß das aus der Ausbildung und Vertretungen in Tirol, dass man dort den Schmerz eigentlich nicht in einer direkten Form benennt und auch ausdrückt, sondern ihn, weil es gesellschaftlich nicht immer akzeptiert ist, auch unerwähnt lässt. Das muss der Arzt selber wahrnehmen. Und der Patient drückt es in einem anderen Symptom aus, das gesagt oder ausgedrückt werden darf.“ (B6)*

Die kulturelle Prägung, die je nach Herkunft der Ärzte und der Patienten gleich oder unterschiedlich sein kann, ist ein wesentlicher Faktor, der die Kommunikation stark beeinflusst. Diese Diversität wahrzunehmen und im Gespräch die „Agenden“ abzugleichen, ist enorm wichtig für den weiteren Verlauf der Behandlung. Wird von einem gleichen Verständnis ausgegangen, kann dies die Behandlung der Patienten und deren Gesundheit gefährden. Wie unterschiedlich die Annahmen zu „Was versteht der Patient?“ und „Was versteht der Patient nicht?“ sein können, zeigt sich in zwei voneinander unabhängigen Aussagen von zwei Medizinern.

*„Allergien frag ich auch immer, manchmal wissen sie nicht, was eine Allergie ist, dann muss ich halt verdeutlichen wie ein Ausschlag und ein Hustenanfall [aussieht] und dann geht das schon, dann wird das auch verstanden. Aber das ist dann egal, ob deutschsprachig oder nicht deutschsprachig, manche Menschen wissen halt nicht was eine Allergie oder Grippe ist, oder wo die Hand genau ist.“ (B8)*

*„(Anm: B3 Spricht über eine Anamnese mit einer türkischsprachigen Patientin ohne Deutschkenntnisse) Mit dem Wörterbuch ist es dann gegangen, abgesehen davon, dass es also zum Beispiel so Worte gibt, die überall verstanden werden, wie Allergie, ja das ist also sozusagen Türkischen anscheinend auch irgendwie verständlich. Das war bei den Medikamenten. ‚Allergie?‘ Die Dame war so Mitte 40 und ich glaub es war ein Antibiotikum notwendig und Allergie, das war irgendwie verständlich.“ (B3)*

*„Das Wort Operation versteht man auch in fast jeder Sprache. (...) Das sind zumindest so Begriffe, die in den Menschen drinnen sind. Operation und Vakzination, das gibt es fast überall auf der Welt.“ (B3)*

Zu den unterschiedlichen Empfindungen in der Einschätzung des Verständnisses der Patienten mit Migrationshintergrund kommt noch ein weiterer Einflussfaktor hinzu, der das Arzt-Patienten-Gespräch nicht unwesentlich beeinflussen kann. B8 erwähnt ihn folgendermaßen: *„Es ist generell wahrscheinlich ein Manko, dass eben Migrationshintergrund-Menschen unsicherer auftreten, was ja gar nicht nötig wäre.“*

Die Unsicherheiten des Patienten, die mangelhafte Anamnese, die geringeren Sprachkenntnisse und die unterschiedliche kulturelle Prägung der beteiligten Personen bilden gemeinsam eine unsichere Basis, auf die sich dann die weitere Arbeit mit den Patienten mit Migrationshintergrund stützt.

### **4.1.3 Einsatz von diagnostischen Mitteln**

Aufgrund der reduzierten Informationsgewinnung im Erstgespräch wird zum Zugewinn von Hinweisen von manchen Medizinern eine Untersuchung angeordnet, um so Zeit zu sparen und schneller Klarheit zu erlangen. Auf die Frage, ob bei Patienten mit Migrationshintergrund vermehrt diagnostische Mittel eingesetzt werden sagt B5:

*„Zum Teil auch. Zum Beispiel Röntgen, also wenn jemand sagt: ‚Da tut es weh.‘, dann fragt man nach der Art des Schmerzes. ‚Naja es tut halt weh.‘ Man hat auch nur eine beschränkte Zeit als Kassenarzt, es ist nicht so, dass ich mir jetzt eine halbe Stunde Zeit nehmen kann zur Exploration, das heißt, dann schreibt man manchmal schon irgendetwas auf, um das Gespräch zu verkürzen und sagt: ‚Jetzt geht es einmal zum Röntgen, dann schauen wir mal.‘“ (B5)*

Andere Allgemeinmediziner glauben nicht, dass sie bei ihren Patienten mit Migrationshintergrund mehr oder schneller diagnostische Verfahren anordnen. B1 merkt sogar an, dass bei ihm eher weniger diagnostische Maßnahmen angeordnet werden, da vieles, das vielleicht einen Anlass für eine weitere Untersuchung geben würde, in der Anamnese ungesagt bliebe.

*„Die werden im Prinzip mehr zu anderen Ärzten weitergeschickt, als die, die Deutsch gut beherrschen, weil man will ein gutes Gewissen haben und wenn man den Patienten nicht versteht, dann schickt man ihn irgendwo anders hin.“*, meint B12. Patienten mit geringen Deutschkenntnissen wären aber trotz der vermehrten Überweisungen unterdiagnostiziert. B12 fasst dies so



zusammen: *„Das heißt, die werden mehr Ärzte besuchen, mehr Kosten verursachen und schlechter behandelt.“*

Ein weiterer Gesichtspunkt in Bezug auf den Einsatz von diagnostischen Mitteln wurde von B6 und B9 beobachtet. Sie berichten, dass von manchen Patienten mit Migrationshintergrund sehr nachdrücklich eine umfangreiche Diagnostik zur Klärung ihrer Beschwerden gefordert wird, welche manchmal über das notwendige Maß hinausgeht. B9 beschreibt dieses Forderungsverhalten zum Beispiel im Zusammenhang mit der kulturellen Prägung im iranischen Raum.

#### **4.1.4 Behandlung**

In der Beschreibung des Behandlungsverlaufs von Patienten mit Migrationshintergrund sind sich die befragten Mediziner nicht einig. Ein Teil beobachtet eine langwierigere Behandlung, der andere Teil sieht keinen Unterschied in der Behandlung an sich, sondern nur in der Dauer der Gespräche mit den Patienten.

*„Chronische Erkrankungen, die sind schlechter, die sind sicher schlechter betreut, bei chronischen Erkrankungen.“*, meint B1. Im Abschnitt „Anamnese“ wurde von ihm eine indische Patientin beschrieben, die in Begleitung der Tochter wegen Knieproblemen in die Praxis gekommen war, bei deren Anamnese keine differenzierte Unterhaltung stattgefunden hat und der Wunsch nach einer Spritze im Vordergrund stand. Die Therapie bei einer vergleichbaren Patientin aus Österreich würde sich folgendermaßen gestalten:

*„Angenommen, ich würde vergleichen, nehmen wir einmal die Frau die immer mit dem Knie kommt und eine vergleichbare Österreicherin, der würde ich wirklich nahelegen, dass sie abnimmt, sie in unser Diätprogramm schicken, würde ihr wirklich nahelegen, ins Fitness-Studio zu gehen, Muskelaufbautraining zu machen. (...) Also, wenn ich glaube, dass ein Röntgen gemacht werden muss, das ist nicht behindert. Und eine Überweisung zum Facharzt auch nicht, aber was der dann mit denen macht, weiß ich nicht. Aber diese umfassende Lebensberatung oder Lebensstilberatung - so ist es wahrscheinlich - passiert nicht.“ (B1)*

Ein Arzt mit Migrationshintergrund (B12), zu dem viele Patienten kommen, um die Vorteile der muttersprachlichen Kommunikation mit dem Arzt zu nutzen, meint zur Frage, ob der Verlauf der Krankheit oder die Dauer der Behandlung bei nicht deutschsprachigen Patienten anders sei, folgendes:

*„Ja natürlich, weil das ist eh klar, wenn die nicht verstanden haben, was die haben, die können dann nicht einschätzen, welche Krankheit ist gefährlicher, welche ist*

*die Primärkrankheit und welche sind sekundär, was sind Symptome und was ist die Diagnose. Das heißt, die mischen das alles durcheinander manchmal. Und dann nehmen sie praktisch eher symptomatische Therapien, als ätiologische Therapien. Zum Beispiel bei Schmerzen einer bestimmten Ursache wird nicht die Grundkrankheit geheilt, behandelt, sondern es werden die Symptome behandelt. Der Patient nimmt nur Schmerzmittel und weiß nicht, dass er zum Beispiel eine chronische Polyneuropathie hat oder eine chronische Lumboischialgie oder so was. Und er nimmt dann nur Medikamente, wenn er Schmerzen hat. Das heißt, er wird nicht ätiologisch behandelt sondern er wird symptomatisch behandelt.“ (B12)*

Auch B5 bemerkt einen Unterschied im Verlauf der Behandlung zwischen Patienten mit geringen Deutschkenntnissen und solchen mit guten Deutschkenntnissen, vor allem bei chronischen Problemen. Bei Diabetes, Asthma, Tumoren und anderen chronischen Erkrankungen, bei denen mehr Eigenständigkeit vom Patienten erwartet wird, sei die Zusammenarbeit schwieriger.

B11 und B8 wiederum schätzen die Behandlungsdauer nicht deutschsprachiger Patienten nicht anders ein. *„Die Gespräche sind länger, die Dauer der Behandlung nicht, aber die Gespräche sind länger.“* Die Behandlung sei an sich für jede Krankheit dieselbe, daher würde die eigentliche Dauer der Behandlung gleich sein.

*„Also das Anamnesegespräch ist länger, das ist klar. Die Erklärung ist manchmal etwas länger, also das Therapiegespräch, was jetzt zu machen ist, weil ich es natürlich drei Mal sage, wie oft das einzunehmen ist und wann. Aber die Behandlungsdauer, sagen wir einen Infekt oder eine Magendarmverstimmung, ist genau gleich lang, weil die Therapie ja gleich ist.“ (B8)*

Auf die Rückfrage ob B8 dies auch bei chronischen Fällen so beurteilen würde, wurde die Aussage noch einmal bestätigt, auch chronische Fälle hätten keine längere Behandlungsdauer, jedoch sei der Informationsgewinn bei weiteren Konsultationen laut B8 limitiert, da dann die Patienten meistens ohne Dolmetscher wiederkommen würden.

Von einigen Studienteilnehmern wurde die Überweisung zu Fachärzten als problematisch erlebt, einerseits weil sie Schwierigkeiten hatten, geeignete Kollegen zu finden, die die Patienten auch verstehen können, andererseits weil der Patient den Auftrag der Überweisung nicht verstanden hatte.

*„Das war einfach ein Missverständnis, also ich hab ihn wegen Beschwerden im Knie zum Orthopäden geschickt, aber er war dann beim Radiologen, sozusagen mit*

*dem falschen Zettel und hat sich nicht ausgekannt. Was dann zur Folge hatte, dass er gestern mit seiner Frau und seiner Tochter da war, zu dritt waren sie da, weil er es nicht geschafft hätte, mir zu sagen, wo er, warum und wie falsch war.“ (B7)*

Zur am Beginn dieses Kapitels beschriebenen albanischen Patientin von B4, bei welcher keine Anamneseerhebung möglich war, meint er zum weiteren Vorgehen:

*„Die hätte ich gerne wo hingeschickt, wo sie mit jemanden sich wirklich verständigen kann. Aber eine albanische Psychiaterin oder einen albanischen Neurologen zu finden, das ist mir mit den Unterlagen, die ich gehabt habe, nicht möglich gewesen.“ (B4)*

Zwei weitere Aspekte im Zusammenhang mit Überweisungen an Fachärzte und weiterführende Behandlungen sind der Mangel an mehrsprachigen Kassenordinationen und die Annahme von B7, dass Patienten mit Migrationshintergrund gerade in einer Kassenfacharztordination nicht ausführlich untersucht werden würden, weil der Zeitaufwand größer sei.

*„Es finden Patienten, die Serbokroatisch sprechen, selber den Weg zu einem Psychiater, der allerdings nur privat ordiniert. Der sehr gut ist, ja der wirklich ausgezeichnet ist.“* erklärt B3, aber dort würden die Patienten nur einmal hingehen.

*„Das ist die Schwierigkeit, also es gibt sozusagen auf Kassenbasis glaub ich da zu wenig Leute. (...) In den Spitälern gibt es Gott sei Dank mehr und mehr Kolleginnen und Kollegen, die mehrere Sprachen sprechen und das also auch entsprechend transformieren können.“ (B3)*

B7 berichtet über ein Beispiel einer Kassenarztordination in der aus seiner Sicht Patienten mit Migrationshintergrund nicht ausreichend behandelt werden:

*„Weiß nicht, ob Sie schon einmal beim Orthopäden waren? Das ist Fließbandarbeit, die haben drei Kojen und so schnell wie du reinkommst bist schon wieder draußen. Und die sind mit allen Leuten ziemlich geschwind, die schauen nur bei der Anmeldung: ‚Ah, der hat eine Zusatzversicherung.‘ Und die werden halt dann rausgefischt und unnötig operiert. Und somit ist dort ein Afrikaner oder so vollkommen uninteressant in solchen Praxen.“ (B7)*

Auch die Autonomie der Patienten sei laut B3 beim Fehlen einer gemeinsamen Sprache reduziert: *„Ich kann eigentlich nur eine Liste aufstellen und sagen: ‚Das bitte nehmen. Diese Untersuchung bitte machen und dann wiederkommen!‘ Aber ich kann es ihnen weniger vorschlagen.“*

### 4.1.5 Aufklärung

Ein Punkt, der eng mit der Behandlung von Krankheiten verknüpft ist, und auch schon ansatzweise erwähnt wurde, ist die Aufklärung der Patienten über ihre Krankheit, die Therapie und die Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die Aufklärung der Patienten im medizinischen Bereich wird generell sehr unterschiedlich gehandhabt. Spricht der Patient oder die Patientin schlecht Deutsch, so sind sich die befragten Mediziner einig, dass zumindest bei schweren Erkrankungen eine Vertrauensperson als Übersetzer bei dem Gespräch anwesend sein sollte, um das Verständigungsproblem ein wenig zu reduzieren. So meint zum Beispiel B2: *„Also, wenn der jetzt wirklich schwer krebskrank ist und keine Prognose mehr hat, dann mach ich das mit der Familie, dann sag ich: ‚Bitte kommen Sie morgen mit dem Sohn wieder, dann erklär ich Ihnen das.‘“* Für Kurzinterventionen sei es laut ihr egal, wenn die gemeinsame Sprache fehle, komplizierte Behandlungen, Operationen oder Krebsbehandlungen würden aber einen klaren Verständigungsweg brauchen.

*„Ich rede jetzt aus der Sicht des Allgemeinmediziners. Wenn einer kommt mit einem Schnupfen (...) oder ein Suchtpatient, der jetzt einen schlimmen Entzug hat und dem ich jetzt akut helfen muss, ja, aber für kompliziertere Behandlungen und so oder für psychiatrische Behandlung, da braucht man unbedingt Dolmetscher, da geht's anders nicht.“ (B11)*

Die Frage die sich jeder Arzt somit in der Praxis stellt ist: „Wo ist der Übergang zwischen banal und kompliziert?“ Diese Grenze ist nicht immer leicht zu ziehen. Auch durch die Struktur in der Kassenordination ist die Zeit für das Aufklärungsgespräch häufig limitiert. Aus diesem Grund würde sich B5 Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen wünschen, um den Aufklärungsstatus von Migranten zu verbessern, da es den Rahmen in der Ordination übersteigen würde, zum Beispiel Diabetiker, die schlecht Deutsch sprechen, ausreichend zu informieren und zu leiten.

Den Aufklärungsmangel in der nicht deutschsprachigen Bevölkerung hat auch ein Arzt (Anm: auf genauere Angaben zur Person wird aus Gründen der Anonymität verzichtet) sehr ausdrucksstark geschildert: *„Die waren jahrelang bei anderen Ärzten, aber die haben eigentlich nie wirklich gewusst, was die haben.“* Zu ihm kommen viele Patienten zur Therapieaufklärung, die bei anderen Ärzten nicht verstanden haben, welche Krankheiten sie haben, welche Therapien sie brauchen und was die nächsten Konsequenzen für sie sind. Da er selber Migrationshintergrund hat und neben Deutsch noch vier weitere Sprachen spricht, kommen Patienten aus diesen Sprachräumen zu ihm. Die anderen beiden Ärztinnen mit Migrationshintergrund hatten bis jetzt

noch keine derartigen Erfahrungen mit Patienten aus ihren Sprachräumen, beide hatten aber ihre Ordination erst vor kurzem eröffnet. Zu dem oben erwähnten Arzt kommen manchmal ein oder zwei Patienten pro Tag, die sich Auskunft und Aufklärung über ihre Krankengeschichte wünschen, manche sind seit 20 Jahren in Behandlung, kurz vor der Pension und haben nie genau über ihre Krankheiten und Therapien Bescheid gewusst. Ein Beispiel zeigt sehr deutlich, welche Folgen die Unwissenheit der nicht deutschsprachigen Bevölkerung über ihre Erkrankungen haben kann, und welche Gefühle dieser Aufklärungsmangel bei den Patienten auslöst.

*„Es gibt Patienten, die dann enttäuscht sind: ‚Ich gehe seit 30 Jahren [zum Arzt] und habe es nicht gewusst.‘ Ich habe zum Beispiel Patienten hier gehabt, die seit einigen Jahren zuckerkrank sind und die haben gar nichts gewusst, hatten nicht einmal eine Therapie. Und ich habe die natürlich dann aufgeklärt, dass sie zuckerkrank sind. ‚Aso, ich habe nie gehabt.‘ Dann verlange ich meistens Befunde (...) und manchmal sehe ich, dass die dort schon zuckerkrank waren, hohe Blutfette oder einen hohen Blutdruck hatten. Ja und dann sind sie sehr enttäuscht: ‚Das wurde mir nicht gesagt.‘, oder ‚Mir wurde der Blutdruck selten gemessen.‘, oder ‚Ich habe Blutbefunde seit fünf Jahren nicht mehr gemacht.‘“ (BX)*

Gesetzlich besteht eine Aufklärungspflicht den Patienten gegenüber, daher müssen Mediziner ihre Patienten über ihre Krankheiten, Therapien und mögliche Komplikationen aufklären. Ebenso müssen sie sich vergewissern, ob die Patienten, welcher Muttersprache auch immer, auch wirklich alles verstanden haben. Dass dies in der Praxis nicht immer passiert, hat das vorige Beispiel gezeigt. B13 unterstreicht die Aufklärungspflicht, spricht aber gleichzeitig die suboptimale Situation der Ärzte an:

*„Ich kann ja nicht jemandem etwas aufschreiben, wenn ich mir nicht sicher bin, ob er das versteht. Es ist ja ein Teil der Aufklärungspflicht, dass der Aufklärende sich sicher sein muss, dass der Patient es verstanden hat. Das ist ja nahezu perfid, weil der Patient kann immer sagen: ‚Habe ich nicht verstanden, der hat mir zwar alles erklärt, aber ich habe es nicht verstanden.‘ Das heißt, ich kann nicht etwas erklären und mir denken: ‚Wurscht, ob der es versteht oder nicht.‘“ (B13)*

Dass die Aufklärung nicht nur für die Patienten wesentlich ist, sondern auch zur Absicherung der Ärzte dient, merkt B11 an: *„Man muss sich als Arzt absichern, wegen der Nebenwirkungen von den Medikamenten, man muss den Patienten ganz genau aufklären, was er für eine Krankheit hat und womit er zu rechnen hat.“* Da B11 früher in einem Ambulatorium gearbeitet hat,

wo Patienten Einverständniserklärungen für Therapien unterzeichnen mussten, ist sie sensibilisiert für die Gratwanderung zwischen „*Wegschicken der Patienten, die nicht ausreichend Deutsch konnten*“ und „*Behandeln, trotz unzureichender Sprachkenntnisse für eine ausführliche Aufklärung und somit eine gültige Unterschrift*“. Häufig stellte sich für das Team die Frage: „*Tun wir's oder tun wir's nicht, schicken wir sie weg?*“ Die Bedürftigkeit der Patienten auf der einen und die rechtliche Absicherung auf der anderen Seite haben sie und ihre Kollegen in schwierige Situationen gebracht. Wie sie und andere persönlich mit diesen umgegangen sind, erklärt sie im folgenden Zitat.

*„Eigentlich ist bei allen Patienten der Arzt verpflichtet ihn aufmerksam zu machen, welche Medikamente er bekommt und wie die wirken. Das kann man natürlich, wenn die Sprachbarriere da ist, nicht wirklich machen und da ist es schon diese Vertrauensebene [auf die man sich stützt]. Es gibt viele Kollegen die sagen: ‚Ich behandle so nicht, weil das so nicht geht und nicht richtig ist.‘ Vom Gesetz her stimmt es auch, aber wenn ich sehe, dass sie bedürftig sind, schicke ich keine weg, nie.“ (B11)*

Die Zuhilfenahme von Aufklärungsbögen in verschiedenen Fremdsprachen als Möglichkeit zur Überwindung der Sprachbarriere sieht B13 als nicht zielführend: „*Weil das hat ja keinen Sinn, der Aufklärungsbogen ist ja nur die Dokumentation, dass ich es ihm erklärt habe. Ich kann es ihm aber nicht erklären, wenn er es nicht versteht. Dann brauch ich auch den Aufklärungsbogen in der Sprache nicht.*“ Eine Aufklärung im Sinne von: „*Lesen Sie es sich durch und unterschreiben Sie.*“, sei daher völliger Blödsinn und nicht gültig, darum fordert B13 die Patienten auf mit einem Dolmetscher zu kommen.

B11 ist der Meinung, dass die Sprachbarriere vor allem für die Dokumentation und die rechtliche Lage ein Problem sei, nicht jedoch für die medizinischen Fragestellungen. Wenn sich die Patienten gut behandelt und angenommen fühlen, gäbe es für sie keine Probleme. Aber wenn sich Patienten missverstanden oder auf emotionaler Ebene nicht wohl fühlen würden, dann könne es zu Konflikten kommen und dann sei man vor Gericht als Mediziner nicht abgesichert, wenn die Aufklärung nicht verständlich durchgeführt wurde. Solange diese Vertrauensebene besteht, gilt für sie in dem Graubereich der Aufklärung folgendes: „*Vor Gericht kannst als Arzt ein Problem haben, wenn du es nicht richtig gemacht hast, aber wo kein Kläger auch kein Richter.*“

Da die Aufklärung im medizinischen Bereich wie von B11 beschrieben einen großen Graube-

reich darstellt, ist es wichtig, dass sich jeder einzelne Mediziner der Notwendigkeit der Aufklärung bewusst ist und diese Pflicht sorgfältig durchführt. B12 hebt besonders die Aufklärung über die Erkrankung und die Art der Therapien hervor. Der Patient müsse wissen, welche Therapien permanent und welche nur symptomatisch angewendet werden. Darüber hinaus müssen folgende Fragen geklärt werden: „*Was sind die nächsten Untersuchungen? Was wird ihn in der nächsten Zeit erwarten? Wo soll er hingehen? Welche Untersuchungen soll er machen?*“ B10 unterstreicht diese Notwendigkeiten ebenso:

*„Im Endeffekt ist es nur wichtig, ob der Patient alles verstanden hat oder nicht. Manchmal gehen sie mit so einem Fragezeichen von hier weg und sie wissen immer noch nichts. (...) Ich bestehe darauf, dass der Patient wirklich nochmal selbst [folgende Fragen beantwortet]: ‚Haben Sie alles verstanden? Ist alles klar?‘ Eine Unterschrift, wie im Krankenhaus, das muss nicht sein, hier reicht es mündlich, ich dokumentiere hier von meiner Seite, die Patienten müssen nicht unterschreiben, aber dann müssen wir uns auch sicher sein, dass sie es verstanden haben.“ (B10)*

#### **4.1.6 Compliance**

Die Compliance, die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen, ist an sich sehr schwer überprüf- und einschätzbar, dennoch habe ich die Interviewpartner gefragt, wie sie die Compliance der nicht deutschsprachigen Patienten im Vergleich mit der der deutschsprachigen Patientengruppe einschätzen würden. Elf von den befragten Medizinerinnen würden die Compliance genauso gut oder schlecht wie die der deutschsprachigen Bevölkerung einordnen.

*„Ich weiß es nicht. Aber ich vermute, dass, wenn sie es verstanden haben, dass die Compliance nicht schlechter ist, glaube ich. Wissen tu ich es nicht, aber ich weiß die Compliance von den deutschsprachigen Patienten genauso wenig, also ich glaube, wenn sie es verstanden haben, dass sie es dann schon eher tun, würde ich annehmen.“ (B1)*

Der Hinweis auf die Bedingung, dass die Patienten verstanden haben müssen, was von ihnen verlangt wird, ist sehr wichtig und wurde häufiger angemerkt, B4 hat seine Rolle in Bezug auf die Compliance hervorgehoben: „*Ich versuche, egal, ob das jetzt jemand ist, der muttersprachlich Deutsch spricht oder nicht muttersprachlich Deutsch spricht, ihm es so zu erklären [, dass er es versteht] und wenn ich ihm das Rezept gebe, ihm noch einmal zu sagen: ‚Dieses Medikament einmal in der Früh und einmal am Abend.‘, also wirklich mich zu bemühen, dass die Compliance passt.“* Inwieweit die Patienten dies dann umsetzen, wisse er weder bei den einen

noch bei den anderen, jedoch sei es ihm noch nie aufgefallen, dass er aufgrund der Sprachbarriere bei einem Patienten nicht weitergekommen ist, er hätte nie im Nachhinein realisiert: „*Hoppla, das ist, weil er mich nicht verstanden hat.*“ Auch B3 ist der Ansicht, dass es ihre Aufgabe ist, die geplanten Schritte sehr deutlich zu erklären. Des Weiteren sei es ein Irrglaube, dass sich Patienten alles merken können, nur zehn Prozent der Informationen würde der Patient sich merken. Daher hält sie viel von schriftliche Aufzeichnungen und Medikamentenlisten, die dem Patienten mitgegeben werden.

B2 denkt nicht, dass es einen Unterschied in der Compliance dieser zwei Gruppen gibt, sie meint auch, dass es nicht am Verständnis selbst, sondern an jedem einzelnen Menschen liege, ob er oder sie compliant ist oder nicht. Ebenso erkennt sie Bildung, Autoritätsdenken und kulturelle Prägung als Einflussfaktoren für die Compliance. Diese wurden teilweise auch von B5 beschrieben: „*Also, das würd ich nicht jetzt mit dem Sprachlichen zusammenbringen, sondern einfach mit gewissen Persönlichkeits- und kulturellen Sachen. Es gibt diejenigen, die dem Arzt blind vertrauen, glaube ich, die auch das giftigste Ding schlucken würden, wenn sie Beschwerden haben. Also da sehe ich nicht vom Sprachlichen her das Problem.*“

B9 wiederum hat das Gefühl, dass die Compliance an sich besser sei, wenn ein Angehöriger zum Übersetzen dabei ist, da dann das, was besprochen wurde, eher eingehalten werden würde. Auch B6 ist der Meinung, dass die Compliance der nicht deutschsprachigen Patienten besser sei, als die eines „*kritischen Wieners*“.

Allgemeinmediziner B12 ist der einzige, der die Compliance der nicht deutschsprachigen Patientengruppe schlechter einschätzt als die der deutschsprachigen Patienten, vor allem aber wegen der mangelnden Aufklärung und des fehlenden Verständnisses. Auf die Frage, welche Probleme er beobachte, wenn Patienten nicht Deutsch als Muttersprache haben, antwortet er mit folgendem Zitat.

*„Compliance und Adhärenz. Die haben keine Compliance, weil die wissen nicht, was eine Gefahr und was keine Gefahr ist, die wissen nicht, was eine Dauermedikation und was eine Bedarfsmedikation ist. Die mischen das sehr stark. Das ist das Hauptproblem und weil die nicht gut aufgeklärt werden, haben die auch immer Beschwerden. Die werden nie wirklich eine etablierte Therapie durchziehen, sondern diese abbrechen und zu einem anderen Arzt gehen. Oder sie werden zu einem anderen Arzt geschickt. Das bringt dann die Medikation durcheinander und so weiter.“ (B12)*



Durch die Polypragmasie und die Unwissenheit über die Einnahme der Medikamente, beschreibt B12 eine verzögerte Genesung und vermehrte Kosten im Gesundheitssektor. Daher fordert er eine bessere Gesundheitsdisziplin unter den Patienten, welche ihnen durch Informationen der Krankenkassen über verschiedene Medien nahe gebracht werden sollte.

Ein weiterer sehr wichtiger Punkt, der Einfluss auf die Compliance der Patienten hat, ist die Beziehung zu den behandelnden Ärzten. Haben die Patienten Vertrauen in die behandelnden Mediziner, so wirkt sich dies positiv auf die Bereitschaft zur Mitarbeit aus. B12 meint: *„Du kannst beim Patienten nur Disziplin fordern, wenn der Patient Vertrauen in dich hat, dass du gut bist, weil sonst geht er weg.“* Der Patient müsse spüren, dass der Arzt kompetent ist und für ihn Gutes im Sinn hat. Auf dieser Vertrauensebene würden sich dann auch Möglichkeiten zur Zurechtweisung und Disziplinierung bieten, da der Patient die gute Beziehung zum Arzt nicht verlieren möchte. B3 hebt ebenso die Notwendigkeit eines guten Vertrauensverhältnisses hervor, man wirke als Mediziner glaubhafter, würde mehr Informationen vom Patienten erhalten und die Patienten würden auch mit weiteren Gesundheitsproblemen in die Ordination kommen.

## 4.2 STRATEGIEN ZUR ÜBERWINDUNG DER SPRACHBARRIERE

*„Weil es ist sicher für die auch nicht angenehm, wenn die wohin gehen, kein Mensch versteht sie, dann bekommen sie eine Tablette oder eine Zuweisung und dann sagt man: ‚Auf Wiedersehen.‘ Also (...) das ist irgendwie nicht genau das, was man sich als Mensch wünscht, da will man doch eher gehört und gesehen und verstanden werden.“ (B1)*

So oder ähnlich können Arzt-Konsultationen von Migranten empfunden werden. Daher betont B10 die Notwendigkeit des Zuhörens und des respektvollen Umgangs mit allen Patienten: *„Jeder Mensch sucht nach Respekt. (...) Ich glaube, es gibt keinen Menschen, der das nicht spüren kann, wenn er nicht ernst genommen oder nicht respektiert wird.“* B10 weist weiter daraufhin, dass es auch hilfreich sei, neben der Sprache auch die Kultur des Patienten, der Patientin zu kennen, da dies auf eine gewisse Art und Weise Nähe und Vertrautheit fördere. Ähnliches hat auch B9 bei einer peruanischen Patientin, welche er nach seinem Aufenthalt in Peru betreut hat, beobachten können.

*„Das hat eine sehr hohe Vertrautheit und irgendwie Nähe dann gegeben. Ich habe das Gefühl, das schätzen die Leute einfach sehr hoch. Dass der Arzt, der ihnen gegenüber sitzt, irgendwie eine Idee der Umstände hat. (...) Diese Unterschiede zu verstehen oder nachzufragen macht dann einen anderen Eindruck, als wenn der gegenüber keine Ahnung hat. Wobei in dem Fall das rein vom Therapeutischen her*

*wegen der aphonen Laryngitis nicht wirklich großen Einfluss hatte, weil das war medizinisch eh klar. Aber der Rundum-Sound sozusagen hat sicher eine Rolle gespielt und das war eher positiv.“ (B9)*

Diese allgemein wichtigen Punkte im Arzt-Patienten-Gespräch (respektvoller Umgang, Empathie und Aufmerksamkeit), ergänzt durch Kenntnis der kulturellen Aspekte, die förderlich für eine angenehme Beziehung zu Patienten mit Migrationshintergrund sind, werden durch B4 noch durch konkretere Verhaltensweisen erweitert.

*„Ich bemühe mich dann einerseits langsamer zu reden, vielleicht auch ein bisschen mehr mit den Händen zu machen, immer nachzufragen ob er es auch verstanden hat. Und dann halt wirklich auch vielleicht den Satz einfacher zu gestalten, irgendwelche Fremdwörter noch mehr wegzulassen als sonst, um da das Verständnis zu fördern.“ (B4)*

Des Weiteren versucht B4 den Patienten mit Migrationshintergrund die Scheu und Angst zu nehmen Deutsch zu sprechen. Diese Patienten würden natürlich wissen, dass sie sich nicht so gut ausdrücken können und würden dann aufgrund der Angst, sich lächerlicher zu machen, möglichst wenig reden wollen.

B6 nennt das Finden einer gemeinsamen Sprache, sich Beschwerden ausführlicher beschreiben zu lassen, weiterführende Untersuchungen und Sprachmittler aus dem Umfeld des Patienten oder aus dem Wartezimmer als Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation. Ebenso sei es hilfreich sich in die Lage des Patienten hineinzusetzen, um Hintergründe zu verstehen.

#### **4.2.1 Aspekte zum Einsatz von Laiendolmetschern**

*„Natürlich ist es sicherlich das Beste, einen guten verlässlichen Übersetzer [zu haben], denke ich.“ (B6)*

*„Des Beste ist wenn einer übersetzen kann.“ (B8)*

Familienangehörige, Freunde, Kinder, Ordinationsmitarbeiter, Patienten aus dem Wartezimmer sind häufig eingesetzte Laiendolmetscher, welche zum Übersetzen des ärztlichen Gesprächs hinzugezogen werden. Einige unterstreichen den Einsatz von Dolmetschern als besonders hilfreich.

*„Dolmetschen bringt was, ja natürlich, ohne Dolmetscher gibt es Patienten, die umsonst kommen würden. Die brauchen jemanden, der sie ein bisschen aufklärt. Weil ich kann nicht jede Sprache, zum Beispiel auf Türkisch verstehe ich ein paar Worte, aber nicht viel. Das heißt, da muss ein Dolmetscher mitkommen.“ (B12)*

Dass der Einsatz von Sprachmittlern als Option zur Überwindung der Sprachbarriere häufig notwendig und sinnvoll ist, wurde im Zitat von B12 dargestellt, dass sie teilweise nicht optimal funktioniert, ist in der Aussage von B1 ersichtlich: *„Also, es ist eine Um’s-Eck-Kommunikation, die nicht gut funktioniert.“*

Wurde ein Patientenkontakt ohne Dolmetscher und mit geringen Deutschkenntnissen des Patienten gestartet, kam es vor, dass die Behandlung in eine andere Richtung verlaufen ist, als die eigentlichen Beschwerden das verlangt hätten.

*„Und [der Patient] kam dann mit einem Dolmetsch wieder. Dann merkte ich, dass er eigentlich die Beschwerden in einer anderen Richtung hatte, als ich es herausfinden konnte. (...) Dann sagte ich: ‚Ahh, das war es eigentlich, worum es ging.‘ Dann war ich glücklich über den Dolmetscher, der da war, dass ich das Aha-Erlebnis haben durfte. Der Patient fühlte sich dann auch natürlich besser verstanden, aber er war mir nicht böse, dass da im ersten Moment hier die Sache in einer anderen Richtung gelaufen ist.“ (B8)*

Auch wenn Situationen wie die oben geschilderte vorkommen, meint B8, dass immer von beiden Parteien der Wunsch da sei die Sprachbarriere zu überwinden. Es würde niemand sich zurückziehen und sagen: *„Sprachbarriere, das ist es. Auf Wiedersehen, es geht nicht.“*

#### *4.2.1.1 Anforderungen an die dolmetschende Person und deren Auswahl*

Die offensichtlichste Anforderung, die ein Sprachmittler erfüllen muss, ist die gute Beherrschung zweier Sprachen. Jemanden mit dieser Anforderung zu finden, stellte für B6 ein Hindernis bei der Suche nach einem mehrsprachigen Mitarbeiter dar.

Da meist keine professionellen Dolmetscher zur Verfügung stehen, greifen viele Patienten auf Sprachmittler aus ihrem Umfeld zurück. Wer die dolmetschende Rolle für einen Patienten übernimmt, hängt von der Familiensituation und dem Freundeskreis des Kranken ab. Auf die Frage, ob sich Dolmetscher manchmal in ihre Rolle gedrängt fühlen, meint B8: *„Nein, die machen das gern. Die [spüren], dass sie wichtig sind, dass sie gebraucht werden, dass sie etwas machen, was nur sie können und kein anderer kann. Die machen das alle gern.“* In Interview 3 wird dieser Aussage widersprochen, den Kindern würde es nach B3 auf die Nerven gehen und durch die Berufstätigkeit der Ehepartner beschreiben B2 und B3 einen Mangel an Dolmetschern im privaten Umfeld. Diese seien häufig nicht in der Lage die Kranken zum Arzt zu begleiten, da dies oft einen enormen Zeitaufwand darstelle. Daher werden nicht selten die Kinder, auch wenn es für sie *„nervig“* ist, zum Dolmetschen eingesetzt.

Wird der Patient von Laiendolmetschern begleitet, bevorzugen B3 und B5 Personen, welche auf gleicher Augenhöhe in einem vertrauten Verhältnis zum Patienten stehen. Zum Beispiel würden Freunde sich in bestimmten Situationen besser als Familienangehörige eignen. B3 führt dies noch näher aus.

*„Die sollten möglichst auch im gleichen Alter sein. (...) Die mütterliche Freundin bedeutet auch schon wieder Dominanz, eine Freundin im Alter der Tochter zeigt dann sofort wieder Unterwerfung. Also da passiert dann eine Parteinahme. (...) Bei unprofessionellen Dolmetschern sollten sie möglichst auf der gleichen Augenhöhe sein, also es sollten keine hierarchischen Unterschiede bestehen.“ (B3)*

Abgesehen von der Wahl des richtigen Dolmetschers merkt B9, welcher Erfahrungen mit Laien- aber auch professionellen Dolmetschern hat, an, dass er interpretative Übersetzungen von Personen mit Bezug zur Kultur schätzt. Manche professionelle Dolmetscher würden sich auf eine sehr sachliche Darstellung der Wortproduktion beschränken. Im folgenden Zitat beschreibt er eine Begebenheit mit einer professionellen Dolmetscherin.

*„Die war beindruckend, die war wie eine Maschine, hat sich irgendwie extrem neutral verhalten und ich habe das Gefühl gehabt, dass sie sich weggedreht hat und ‚Tschak tschak tschak‘ das übersetzt hat. Gerade bei dem Problem wär es nicht schlecht gewesen, manchmal eine interpretative Variante zu bekommen mit leichten Konnotationen.“ (B9)*

Daher findet es B9 hilfreich wenn der Dolmetscher in zwei „Spuren“ übersetzt. Eine als wörtliche Übersetzung und die andere als Information zum kulturellen Umfeld des Patienten wie zum Beispiel: „Naja das ist Gewohnheit und die machen das immer so.“

#### *4.2.1.2 Verhalten im triadischen Gespräch*

*„Für mich ist es ein bisschen komisch, weil ich dann nie weiß, an wen ich mich jetzt wenden soll. Wende ich mich an die Person um die es eigentlich geht, und sag ihr das auf Deutsch, dann schaut sie zwar mich an, aber dann doch wieder hilfeschend ihren Mann. Oder wenn die Rollenverteilung völlig klar ist, wenn mir gesagt wird: ‚Der versteht sie nicht.‘ Dann wende ich mich halt an den Dolmetsch, und während ich aber mit dem spreche, schaut der, um den es geht, den Dolmetscher an und wartet, dass der ihm halt mitteilt, worum es jetzt eigentlich geht.“ (B4)*

Diese „komische“ Situation im triadischen Gespräch bewältigen alle Studienteilnehmer individuell. Die wichtigsten angesprochenen Themen lagen im Bereich der Gesprächsführung. Eine

gewisse Grundskepsis dem Sprachmittler gegenüber wurde beschrieben und darüber hinaus der Versuch die Verantwortung in diesem Setting wieder an den Patienten zu übertragen.

B8 meint zu seinem Verhalten im triadischen Gespräch: *„Ich muss immer versuchen, es [dem Dolmetscher] so leicht wie möglich zu machen.“* Dies sei notwendig, damit er trotz der Barriere in kurzer Zeit zu seinen Informationen komme. Da die Angehörigen häufig keine geübten Dolmetscher sind und Deutsch auch als Zweitsprache sprechen, bemüht er sich das Gespräch folgendermaßen zu gestalten.

*„Ich muss langsam und deutlich sprechen, dem dolmetschenden Angehörigen Zeit geben, dass er es verstehen und übersetzen kann. Dann muss ich natürlich warten, weil er bekommt dann in seiner Muttersprache die Antwort und das muss er mir wieder übersetzen. Und ich muss mich halt bemühen, langsam, deutlich und in einem einfachen Deutsch zu sprechen (...) nicht dass er was Falsches hier weitergibt.“ (B8)*

B10 unterstreicht, dass es in ihrer Verantwortung liegt, das Gespräch richtig zu führen. Den Angehörigen würde es manchmal nicht auffallen, wenn sie etwas nicht übersetzen, da sie das Gesagte verstanden haben. Daher fordert sie nach jedem Satz den Dolmetscher auf, das Gesagte zu übersetzen. Ebenso muss etwaigen Fragen des Patienten Raum in dem Gespräch gegeben werden und der Sprachmittler bei Bedarf hinterfragt werden.

*„Meist kann man annehmen, dass es korrekt ist, was dargestellt wird, aber natürlich braucht man eine gewisse Grundskepsis, weil es kann natürlich durchaus sein, dass eine Darstellung dadurch verfälscht wird, dass halt zwei verschiedene Leute kommunizieren.“ (B6)*

Diese Grundskepsis spricht auch B9 an, der Einsatz von Dolmetschern sei sicher besser, als wenn der Patient sich alleine ausdrücken würde, aber die Fehler und Einschränkungen, die durch diese Art der Kommunikation passieren können, müssten dem Arzt bewusst sein. Manchmal müsse man abgleichen, ob das vom dominanten Dolmetscher dargestellte Problem auch das des Patienten ist, meint B6. Eine eingeschränkte Mitteilungsfreiheit in diesem Setting wird von B9 beschrieben weil: *„Die Patienten werden nicht sagen können, ob ihnen alles passt, weil sie müssen Rücksicht nehmen, wenn sie irgendetwas kritisieren. Dann sind die anderen Angehörigen wieder angefahren, weil sie so bemüht sind.“*

Um die Dominanz des Sprachmittlers einzudämmen sind einige Mediziner bemüht, die Verantwortung im Gespräch bewusst auf den Patienten zu übertragen.

*„Naja ich versuche, dass ich mich schon direkt an den Patienten wende, und wenn dann der Dolmetsch einfällt und quasi die Antwort vorweg nehmen möchte, sage ich: ‚Moment, lassen Sie einmal ihn reden.‘ Ich merke dann eh, wenn der nur hilfeschauend schaut und das gar nicht ausdrücken kann, worum es geht. (...) Ich versuche schon zu unterbinden, dass der Dolmetsch quasi für den Betreffenden die Antwort gibt.“ (B4)*

Mehrere Allgemeinmediziner beschreiben, dass sie auch in Anwesenheit eines mitgebrachten Sprachmittlers das Gespräch bewusst mit dem Patienten führen und ihm dadurch mehr Verantwortung geben wollen.

*„Es ist kommunikativ mehr Aufwand, weil man damit arbeiten muss, wo man die Aufmerksamkeit hinlenkt und den Dolmetscher im richtigen Moment ordentlich ignorieren muss, aber dann auch mit ihm reden muss. Man hat dann eigentlich zwei Patienten.“ (B1)*

Ein befragter Arzt (B7) wendet sich auch von der Körperhaltung dem Patienten zu und gibt bewusst dem Patienten das Rezept für ein Medikament und nicht dem übersetzenden Angehörigen. B12 hingegen wendet sich eher an den mitgebrachten Sprachmittler, nachdem der Dolmetscher die Beschwerden des Patienten beschrieben hat.

#### *4.2.1.3 Einsatz von dolmetschenden Angehörigen und Freunden*

Alle befragten Teilnehmer der Studie haben Erfahrungen im Einsatz von dolmetschenden Angehörigen. Oft kommen nicht deutschsprachige Patienten nur zum Erstgespräch in Begleitung eines dolmetschenden Angehörigen oder Freundes. Spätere Konsultationen zur Verlaufskontrolle würden dann laut B8 und B9 auch ohne Sprachmittler gut funktionieren. Sollten sich im Lauf der Zeit wieder auffällige Befunde zeigen, zieht B9 wieder eine vertraute Person des Patienten als Übersetzer hinzu.

Von den Allgemeinmedizinerinnen wurden einige angenehme Gesichtspunkte erwähnt, welche sie durch die Anwesenheit einer sprachmittelnden Vertrauensperson erleben. Neben dem positiven Aspekt des Übersetzens bringt der übersetzende Angehörige auch Informationen über das Familiensystem und eventuell über die Entstehung des Problems, meint B6. Dass manche Beschreibungen von Angehörigen eventuell akkurater sind, als Selbstbeschreibungen, stellt B1 in den Raum und erwähnt als Beispiel für eine solche Situation die Frage nach dem Bewegungsverhalten. B9 stimmt beiden Aussagen zu und empfindet diese Konstellation ähnlich interessant, wie wenn deutschsprachige Jugendliche oder ältere Personen durch Familienangehörige begleitet werden.

*„Ich finde es nicht schlecht, weil es rasch geht und irgendwie auch weitere Elemente umfasst werden, die soziale Eingebundenheit, soziale Referenz, ein bisschen Kontrolle oder Betreuung. Manchmal werden auch Relativierungen von Aussagen gemacht, die [Angehörigen] nehmen vielleicht manchmal die Realitäten noch besser wahr, als der Patient. Es sind halt zwei Realitäten statt einer. Generell find ich es nicht schlecht.“ (B9)*

Zu diesen Punkten fügt er noch die Verbesserung der „Pakttreue“ - der Compliance hinzu, die Anweisungen des Arztes würden durch die Anwesenheit des Übersetzers eher eingehalten werden.

B1 bestätigt die Notwendigkeit der Zuziehung eines Dolmetschers, wenn Kommunikationsprobleme bestehen, betont aber auch, dass das Beisein von Angehörigen oder Bekannten, wenn dieses nicht unbedingt erforderlich ist, hinderlich sei. Wie das Gespräch verläuft und ob es befriedigend ist, „Kommt auf den Dolmetschenden an“, meint Ärztin B2. Eine Herausforderung stellt es für viele Mediziner dar, wenn der Dolmetscher die führende Rolle im triadischen Gespräch einnimmt. Die Dominanz des Dolmetschers sei zu vergleichen mit einer Situation wo ein deutschsprachiges Paar gemeinsam in die Ordination kommt und nicht der Patient sondern die Begleitperson das Wort ergreift und für den Kranken spricht, erklärt B1.

*„Anders als bei anderen Familienangehörigen ist es [bei dolmetschenden Partnern] so, dass dann einer immer versucht die Dominanz zu übernehmen. Das heißt also wenn der Ehepartner kommt, speziell in hierarchisch gegründeten Dingen, versucht er jetzt nicht unbedingt seine Ehepartnerin sprechen zu lassen, sondern sagt das, was er empfindet, was mit ihr los ist.“ (B3)*

*„Ich hab auch die umgekehrte Situation, ich hab ein paar Frauen, die besser Deutsch sprechen als der Mann. Die sprechen dann auch gleich für den Mann. Ja, das hat aber nix mit dem Übersetzen zu tun, glaube ich, das machen Österreicher auch manchmal.“ (B2)*

Wenn dolmetschende Angehörige Dominanz zeigen, ist, im Gegensatz zu begleitenden nicht dolmetschenden Verwandten, aber das Problem, dass man häufig auf sie angewiesen ist um mit dem Patienten zu kommunizieren. Werden Antworten gegeben, ohne zuerst die Patienten zu fragen, hofft B2: „Dass die Männer [, die übersetzen] zumindest soweit Bescheid wissen, dass sie mir die richtige Antwort geben.“ B3 berichtet, dass es unter Anwesenheit eines solchen Laiendolmetschers schwierig sei, die Verantwortung wieder dem Patienten zu geben. Sie versucht dann nur das Nötigste zu erfassen, da sich diese komplexe Konstellation von ihr

nicht lösen lässt und bittet den Patienten ohne Begleitung wiederzukommen. Auch B5 bittet in heiklen Familiensituationen um eine erneute Konsultation im Beisein einer anderen befreundeten Vertrauensperson oder an dem Tag, an dem die angestellte Dolmetscherin in der Ordination anwesend ist. Dieses Vorgehen erfordere jedoch diplomatische Fähigkeiten und würde nicht immer akzeptiert werden, so sei ein Paar nach diese Aufforderung gar nicht mehr gekommen und ein weiteres trotzdem immer wieder gemeinsam erschienen. Zum weiteren Krankheitsverlauf dieser Patientin meint sie: *„Wir sind da irgendwie gar nicht weitergekommen mit den Unterbauchbeschwerden, der Dame. Ja, da muss man es akzeptieren. Bleibt einem nicht viel anderes übrig.“*

Aber nicht nur eine dominante Haltung des Dolmetschers kann das Arzt-Patienten-Gespräch beeinflussen. Der Zugang der Begleitperson kann distanzierend, abwertend, überbemutternd oder überprotektiv sein. Dieses Auftreten könne laut B9 zu Problemen führen, die Situation sei dadurch nicht immer spannungsfrei, aber trotzdem wird generell von einer Vertrauensbasis zwischen Patienten und Begleitperson ausgegangen.

B8 spricht noch zusätzlich die Konstellation an, wo ein nicht deutschsprachiges, krankes Kind mit einer erwachsenen, dolmetschenden Begleitperson in der Ordination anwesend ist. In diesem Fall würde das Kind sehr wenig zu Wort kommen und auch nicht den Dolmetscher zu rechtweisen. Bei erwachsenen Patienten würde es schon vorkommen, dass Einspruch gegenüber dem Dolmetscher erhoben wird.

*„Es kommt manchmal vor, dass der Patient sagt: ‚Aber eigentlich so.‘, oder: ‚Ich bin dran, sei jetzt ruhig.‘ (...) Ich kann nur aus der Situation, aus dem Tonfall schließen, dass jetzt der Patient etwas ungehalten ist, oder unglücklich ist, oder eben dem widerspricht.“ (B8)*

Ein weiterer problematischer Aspekt im triadischen Gespräch ist der reduzierte Informationsfluss. Sind Angehörige beim Arzt-Patienten-Gespräch anwesend, so geht B1 von einem Informationsverlust aus, welcher aber vielleicht auch ohne Begleitperson da wäre.

*„Ich meine, wenn die Tochter da ist, und die Mutter oder der Vater übersetzen, dann gehe ich davon aus, dass gewisse Dinge nicht angesprochen werden, wobei mir schwer fällt zu differenzieren, ob die Leute überhaupt über gewisse Sachen nicht reden wollen, auch wenn sie könnten.“ (B1)*

Die Fragen *„Mit welcher Fassade kann ich mich präsentieren? Welche will ich aufrechterhalten? Welche kann ich zugeben?“* beeinflussen den Patienten in jedem Fall wo ein Laiendolmetscher aus dem Freundes- oder Familienkreis anwesend ist. Manchmal würden die Patienten



nicht klar aussprechen, was das Anliegen sei, betont B9. Diese Tatsache ist aber für B8 nicht immer ein Problem.

*„Wenn er über etwas nicht sprechen will, dann mach ich mir eine Notiz, aber würde nicht den Dolmetsch bitten das jetzt zu übersetzen. (...) Dann ist halt dieser Bereich für die Behandlung ausgeschlossen oder tabu. Das kann schon sein, also jeden Aspekt der Behandlung muss man ja nicht zur Sprache bringen.“ (B8)*

Eine vom Setting etwas andere Art des Dolmetschens wurde von B2 und B10 beschrieben, dolmetschende Angehörige wurden via Telefon zum Arzt-Patienten-Gespräch hinzugezogen.

*„Vielfach kommen dann auch diese Alten und geben mir das Handy in die Hand und ich muss das dann dem Sohn oder der Tochter am Telefon erklären und sie erklären es dann mir. Gott sei Dank gibt es Handys. Ja und die übersetzen dann auch, was zu tun ist.“ (B2)*

*„Die Patienten kommen einfach mit dem Handy in der Hand rein (...) und dann erzählt die Tochter, warum die Mami da ist. Weil die ist im Ausland oder irgendwo und die kann gerade nicht da sein.“ (B10)*

#### *4.2.1.4 Einsatz von Kindern als Sprachmittler*

*„Also Kinder glaub ich, sind also die Übersetzer, die man am wenigsten nehmen sollte.“ (B3)*

Trotz der vorherrschenden Meinung, welche sich im Zitat von B3 widerspiegelt, sei die Möglichkeit Kinder zur Überwindung der Sprachbarriere beizuziehen, laut B10, trotz ihrer suboptimalen Komponenten besser, als wenn man sich gar nicht verständigen kann. B8 zeigt an einem Beispiel, dass Kinder als Sprachmittler hilfreich sein können, wobei angemerkt werden muss, dass das Alter der Tochter in diesem Zusammenhang nicht erwähnt wurde.

*„Die Tochter ist gleich geblieben und hat gesagt, der Papa kann nicht Deutsch und sie übersetzt. Hat problemlos funktioniert, da waren Befunde da, wir haben eine Befundbesprechung gemacht, war gar kein Problem, also er hat sich sehr verstanden gefühlt, aber eben die Tochter war dabei.“ (B8)*

Unter den befragten Allgemeinmedizinerinnen herrscht trotz positiver Beispiele ein Konsens darüber, dass der Einsatz von Kindern als Dolmetscher sehr problematisch und zu vermeiden ist. Mangelnde Sprachkompetenzen, zu wenig medizinisches Wissen, Schamgrenzen der Kinder und einzuhaltende Tabuthemen, sowie die Problematik der Überforderung der jungen Sprachmittler kristallisierten sich in den Interviews als kritische Punkte heraus. B3 und B11 sprechen

sogar von Kindern, die zu Dolmetschzwecken „*missbraucht*“ werden und verdeutlichen die Brisanz dieses Themas, denn obwohl Einigkeit unter den Ärzten herrscht, dass Kinder nicht für Übersetzerdienste geeignet sind, kommt es doch nach wie vor häufig vor, dass Angehörige Kinder zur Konsultation mitnehmen.

Von einigen Ärzten wurde mangelndes Vokabular als Schwäche beim Einsatz von Kinderdolmetschern beschrieben. B6 meint, dass die Erwachsenen das Problem dem Kind nicht genau erklären würden, das Kind würde es dann nicht verstehen und daher schlecht übersetzen. Im Endeffekt würde eine ganz andere Sache ausgedrückt werden, als der Patient, die Patientin ursprünglich gemeint hätte. Zum Anatomieverständnis und somit auch Vokabelwissen der Organe in beiden Sprachen hat B2 Stellung genommen.

*„Das Kind kennt vielleicht auch das Vokabular gar nicht. Also so Neunjährige haben noch nicht so ein Anatomieverständnis, dass sie wissen, welche Organe man hat. Und dass sie dann noch die Worte in beiden Sprachen für diese Organe kennen, das bezweifle ich manchmal. Das ist dann immer so eine Situation, wo ich dann nicht so recht weiß, ist das jetzt wirklich angekommen bei der Frau, oder nicht.“*  
(B2)

Einfache Dinge wie Schmerzen, Handhabung von Medikamenten könne man laut B3 mit einem Kind als Dolmetscher schon abklären, aber komplexere Themen würden die Wissensgrenzen der Kinder überschreiten. So würde ein achtjähriger Junge Fragen zur Menstruation der Mutter rein vom Verständnis nicht übersetzen können. In diesem Bereich sind aber auch Schamgrenzen zu ziehen. Am häufigsten wurden intimere Fragen vor allem im gynäkologischen Bereich als Tabuthemen beim Einsatz von Kindern als Sprachmittler von den Ärzten erwähnt. B3 und B8 ergänzen diese Tabuzone noch mit Fragen zur Gefühlswelt und Sexualität der Eltern. Dass diese Schamgrenzen aber individuell noch um andere Themen erweitert sein können, kann im folgenden Beispiel verdeutlicht werden.

*„Kinder können gewisse Fragen ihren Eltern oder Angehörigen nicht stellen. Ich hatte einmal einen chinesischen Patienten, der ist mit seinen sehr gut Deutsch sprechenden Enkelinnen gekommen, die hier aufs Gymnasium gingen. Und da ging es, nachdem es um eine Anamnese ging, natürlich auch um Stuhl- und Harnverhalten, und das konnten die ihrem Großvater gegenüber nicht übersetzen. Die haben gesagt: ‚Das kann ich nicht, ich kann meinen Großvater nicht fragen, wie es mit dem Stuhl ist.‘ (...) Also da muss man dann sehr vorsichtig sein, was man überhaupt fragen kann.“* (B3)

Da Kinder in der Rolle als Sprachmittler zweifelsohne auch Verantwortungen übernehmen müssen, muss immer bedacht werden, ob sie diese auf sich nehmen können, oder ob sie diese Aufgabe überfordern würde.

*„Ja für mich ist halt bei bestimmten Beschwerden [wichtig] zu beachten, ob das Alter des Kindes mit allen zu dolmetschenden Sachen zu konfrontieren ist. Manchmal hat man das Gefühl, dass es die Kinder überfordert. Sehr viele Kinder schauen auch deutlich älter aus, vor allem die Mädchen. Und da finde ich ist es schon auch wichtig, dass man miteinbezieht, ob es für das Kind zumutbar ist, das alles zu übersetzen.“ (B5)*

Des Weiteren beschreibt B5, dass die Kinder den Wunsch hätten, der Mutter oder dem Vater zu entsprechen und in ihrer Rolle möglichst gut sein wollen. Dies sei manchmal aber aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nicht möglich. Solche Situationen seien schwierig zu erkennen, da oft fließend übersetzt wird und man ein gutes Gefühl dabei habe. *„Wenn man dann aber nachfragt, bekommt man die Antwort, das war nicht der Weg.“*, sagt B5.

B7 berichtet über Familien, bei denen die Väter nicht in Österreich sind und dann die ältesten Söhne zum Übersetzen herangezogen werden. Diese würden dann die Hauptverantwortung der Familie tragen und die Vermittlerrolle einnehmen, obwohl sie damit sehr belastet werden. Im Ärztekundendienst kommt eine Ärztin (Anm: auf genauere Angaben zur Person wird aus Gründen der Anonymität verzichtet) auch zu Familien mit geringen Deutschkenntnissen und schildert eine Situation, in der auch Kinder zum Übersetzen beigezogen wurden.

*„Ich erlebe es oft im Ärztekundendienst. Die Kinder sind arm einerseits, weil sie dafür missbraucht werden sozusagen, aber andererseits ist es irgendwie so selbstverständlich in diesen Familien, es ginge ja gar nicht anders. Oft rufen Kinder im Ärztekundendienst an, dass die Mama krank ist, wenn sie nicht Deutsch spricht. So Siebenjährige, Neunjährige und das funktioniert dann auch, es fährt ein Arzt hin und schaut sich das an und klärt dann die Kinder auf. Ich meine, es sind ja meistens grippale Infekte, nichts Gröberes. Wenn's was Gröberes ist, da sollte man schon einen qualifizierten Dolmetscher haben. Aus rechtlichen Gründen eben.“ (BX)*

Die Notwendigkeit aber auch Selbstverständlichkeit dieser Option für Familien, in denen nur die Kinder über Deutschkenntnisse verfügen, steht jedoch mit den rechtlichen Rahmenbedingungen und ethischen Aspekten im Konflikt.

#### 4.2.1.5 Ordinationsmitarbeiter als Sprachmittler

B5 bietet ihren Patienten als einzige der befragten Mediziner einmal in der Woche für zwei Stunden die Möglichkeit eine Dolmetscherin zum ärztlichen Gespräch hinzuzuziehen. Diese Angestellte ist Migrantin, Hausfrau, an sich fachfremd, Laiin im Dolmetschbereich, spricht aber sowohl ihre Muttersprache, als auch Deutsch sehr gut und hat schon viel Erfahrung in der Übersetzerarbeit. *„Dieses Angebot nehmen aber mehr die Damen in Anspruch, als die Herren.“*, erklärt B5. Diese würden, auch wenn sie sie darum bittet, diese Möglichkeit nicht nutzen. Eine Konsultation im Beisein dieser Mitarbeiterin beschreibt B5 folgendermaßen.

*„Da habe ich einen gewissen Ablauf. Zuerst sage ich, sie möge fragen warum die Patientin zu mir kommt. Wenn es jemand neuer ist oder das Problem mir eigentlich nicht bekannt ist, dann sagt die Patientin, was sie sich vorstellt oder was sie will. Dann übersetzt die Dolmetscherin und sie weiß dann schon einige Dinge, die meine Standardfragen sind und ist jetzt zum Teil schon ganz stolz drauf, dass sie von selber gefragt hat, seit wann die Patientin fiebert und mir nicht nur sagt, dass sie fiebert. So geht es halt ein paar Mal hin und her.“ (B5)*

Auch B6 hatte etwa vier Wochen einen Dolmetscher angestellt, welcher jeden Mittwoch in die Ordination kam. In dieser Zeit, sei das Angebot aber nicht so stark genutzt worden, da die Patienten mit Sprachschwierigkeiten nicht extra noch ein zweites Mal in die Ordination kommen wollten um das Problem im Beisein des Sprachmittlers zu besprechen.

Einige Teilnehmer der Studie hatten auch Erfahrungen mit mehrsprachigen Ordinationsmitarbeiterinnen, welche immer wieder zu Dolmetschdiensten hinzugezogen wurden. Bei B1 wurde diese Möglichkeit nur ad hoc genutzt und nie richtig ins System integriert. Wurde die Mitarbeiterin zu Gesprächen zugezogen, dann hatte B1 manchmal das Gefühl, dass die Patienten ihr gegenüber etwas skeptisch gewesen sind.

*„Manchmal habe ich das Gefühl gehabt, die Patienten müssten erst abklären wer diese Person sei. Die kommen manchmal aus Kriegsgebieten und da ist nicht jeder vertrauenswürdig, der eventuell auch dieselbe Sprache spricht. Da spielen viele Faktoren hinein, glaube ich.“ (B1)*

Bei B5 hatte früher auch eine Ordinationsassistentin dolmetschende Dienste übernommen, diese hat aber nach einem Jahr ihre Überforderung mit dieser Situation ausgedrückt. Die Erwartung der Patienten ihr gegenüber seien zu hoch geworden. Es wurden auch Wünsche nach kürzeren Wartezeiten, besonderen Untersuchungen und ähnlichem ausgesprochen und die Pa-

tientinnen erhofften sich durch ihre Dolmetscherrolle einen Vorteil. Die mehrsprachige Ordinationsassistentin von B10 wird grundsätzlich als Bereicherung angesehen. Für die Patienten ist sie die erste Bezugsperson in der Ordination und es ist angenehm, wenn sie sowohl auf Deutsch, als auch auf Englisch oder Türkisch den Kontakt herstellen kann. Zu Dolmetschdiensten wird sie aber wenig eingesetzt, da B10 selber Fremdsprachenkenntnisse besitzt und lieber den Patienten einlädt, sich alleine zu verständigen.

#### 4.2.1.6 *Wartende Patienten als Sprachmittler*

*„Das haben wir auch schon gemacht, dass wir irgendjemanden draußen gefragt haben: ‚Können Sie mal kurz übersetzen kommen, weil wir kommen auf keinen grünen Zweig.‘“ (B2)*

Ist kein Laiendolmetscher aus dem Umfeld des Patienten mit in der Ordination, so helfen sich drei der befragten Allgemeinmediziner (B2, B6, B8) ad hoc mit Patienten aus dem Wartezimmer, welche die Rolle des Sprachmittlers übernehmen. Alle betonen aber, dass diese Option nur zumutbar sei, wenn es sich eher um oberflächlichere Krankheiten drehe. Intimere oder persönlichere Gespräche könnten in diesem Setting nicht durchgeführt werden.

B2 berichtet: *„Für den, der dolmetscht, ist es manchmal ein bisschen unangenehm.“* Vielleicht, meint sie, weil die Fragen zu tief in die Intimsphäre des Familiensystems der Patientin gegangen sind. Auch B6 ist aufgefallen, dass teilweise die dolmetschende Person oder der Patient mit dieser Kommunikationshilfe nicht so zufrieden sind, aber er meint, dass die beteiligten Personen dies aber auch verbalisieren würden. Er sieht den Einsatz von Laiendolmetschern aus dem Wartezimmer vor allem bei sachlichen oder bürokratischen Problemen als hilfreich an.

B8 beschreibt die Situation bei ihm sehr positiv, er sagt diese Option würde von allen Beteiligten gut angenommen werden, die Dolmetscher würden diesen Dienst gerne übernehmen. Außerdem sei es dem Patienten überlassen, was er von sich preisgibt, dies sei aber tendenziell eher mehr als weniger, weil der Patient die Bemühungen der Beteiligten spüre.

*„Ja, aber sie machen es immer und ich bedank mich und es funktioniert.“*, schildert B2 abschließend den Einsatz der Laiendolmetscher aus dem Wartezimmer.

#### 4.2.2 **Ausweichen auf eine gemeinsame Sprache**

Sind auf beiden Seiten ausreichende Sprachkompetenzen in einer bestimmten Sprache vorhanden, so sollte das Gespräch in dieser geführt werden. B1 findet diese Strategie optimaler, als einen Dolmetscher zuzuziehen, da, wenn es die Sprachkenntnisse ermöglichen, das direkte Gespräch besser und einfacher zu führen sei, als das triadische. Viele der befragten Ärzte haben

in mehr als einer Fremdsprache Kenntnisse, alle können während des Gesprächs auf Englisch ausweichen, falls dies dem Patienten lieber ist.

Ein Arzt berichtet von einem Mann aus Pakistan, welcher ganz gut Deutsch konnte und trotzdem bei einer Befundbesprechung um eine Aufklärung in englischer Sprache gebeten hatte.

*„Gestern ist ein Pakistani gekommen um den Röntgenbefund zu besprechen. Ich rede eigentlich mit ihm immer Deutsch, er kann sich auch ganz gut auf Deutsch verständigen. Er hat mich aber das letzte Mal dann doch gebeten, ob wir auch in Englisch miteinander reden können und hat auch diesmal darum gebeten, ob wir in Englisch miteinander reden können. Offensichtlich ist sein Verständnis dann besser und wir haben dann irgendwie ein bisschen einen Mix aus Englisch und Deutsch gehabt.“ (B4)*

B9 spricht drei Sprachen und klärt Patienten aus diesen Sprachkreisen in deren Muttersprache, beziehungsweise in der Sprache, in der sie sich am sichersten fühlen, auf. Er merkt auch an, dass viele dieser Patienten keine schlechten Deutschkenntnisse haben, aber wenn es darum gehe, unmittelbar in den eigenen Bereich einzutauchen sei ihnen die Muttersprachlichkeit lieber. Des Weiteren sagt er: *„Das wäre ja wahrscheinlich auch wenn man Türkisch, Arabisch oder Russisch könnte der Fall. Es wäre hilfreich, aber wie gesagt, da gibt es die Limitierung der Sprachgeschichten.“* So ist es jedem Arzt mit seinen Sprachfähigkeiten nur begrenzt möglich, Patienten in der für sie geeignetsten Sprache aufzuklären. Manchmal sei es auch nicht leicht herauszufinden, mit welcher Sprache der Patient am besten das ausdrücken kann, worum es ihm geht. Dies beschreibt B9 an einem Beispiel, welches sich auf ein Gespräch mit einem Patienten aus Afrika bezieht, der eine Zeit lang in einem anderen Land lebte und daher neben Deutsch und seiner Muttersprache noch eine weitere Sprache spricht.

*„Manchmal ist es (...) nicht ganz klar, was dann quasi die Sprache ist, die das unmittelbarste am ehesten ausdrückt. Wo dann so Verkehrssprachen noch immer eine Funktion haben, wobei es nicht ganz klar ist, ob es manchmal dann besser ist, gleich Deutsch oder Englisch zu sprechen, wenn die länger da sind. Wenn anfangs französisch gesprochen wird, dann merkst du dann, dass sie dann langsam wieder zum Deutschen swiften, weil sie es mehr gebraucht haben, weil das Französische auch nur so eine Verkehrssprache war.“ (B9)*

B12 schildert den Prozess des Findens der gemeinsamen Sprache folgendermaßen: *„Ich richte mich nach den Kenntnissen [des Patienten], wenn er besser Deutsch spricht, als ich seine Muttersprache, dann spreche ich Deutsch. Das heißt, ich schau, wie wir uns besser verstehen, falls*

*er schlechter Deutsch kann, als ich seine Muttersprache, dann spreche ich eben diese.“ B8 berichtet, dass sich vor allem bei jungen Patienten Englisch als gemeinsame Sprache anbieten würde. Wenn ältere Patienten nicht Deutsch sprechen, könne er auf basale Sprachkenntnisse in verschiedenen Sprachen zurückgreifen.*

*„Und sonst versuche ich halt meine sonstigen Sprachkenntnisse von Schule, Urlaub und Hobby ein bisschen zusammenzustoppeln. Ich kann drei Sprachen ein bisschen, also das noch von der Schule. Und ein bisschen ‚Ob sie Schmerzen haben‘, das kann ich auf drei anderen Sprachen sagen, natürlich die Antworten sind dann meistens so, dass ich sie dann nicht verstehe, da muss ich wieder versuchen [herauszufinden], was mir der Patient sagen will.“ (B8)*

*„Englisch spreche ich eben sehr gut und dann noch sieben, acht andere Sprachen, aber da in Bruchstücken. ‚Haben Sie Beschwerden?‘ oder ‚Wo sind die Beschwerden?‘, ‚Brauchen Sie einen Krankenstand?‘, halt Bruchstücke.“ (B8)*

Dass bei bruchstückhaften Sprachkenntnissen die Antworten häufig nicht verstanden werden, und man dann wieder auf eine unsichere Kommunikationsbasis wechselt, ist B8 bewusst, daher versucht er dann noch mit weiteren Hilfsmitteln, welche im nächsten Abschnitt beschrieben werden, die Kommunikation zu verbessern.

B9 betont den Vorteil wirklich guter Sprachkenntnisse und bemerkt, dass geringe Kenntnisse zwar dem Patienten eine Öffnung vermitteln, aber zur Besserung der Kommunikation nichts beitragen. Vor allem in Stresssituationen oder wenn es um tiefgründige Gespräche geht, sei die Mehrsprachigkeit sehr von Vorteil.

*„Ich glaube halt, die erste Etappe ist, so ein paar Wörter zu sprechen um irgendwie diesen ersten Rapport herzustellen. Die Leute sind irgendwie fröhlich, wenn du sagst: ‚Como-va? Come stai?‘ (...) Wobei diese oberflächliche [Kommunikation], wo manche Kollegen oder Kolleginnen relativ gut damit fahren, ist halt sehr rasch beendet, wenn es dann irgendwie um Kerngeschichten geht. Es ist zwar nett und freundlich (...) aber mehr ist es nicht.“ (B9)*

### **4.2.3 Hilfskonstruktionen – Kommunikation mit Händen, Füßen, Zeichnungen, Wörterbüchern oder Ähnlichem**

Manchmal werden Mischungen verschiedener Strategien angewendet um die Sprachbarriere zu überwinden. Finden die Beteiligten keine gemeinsame Sprache, über die sie kommunizieren

können, und ist kein Dolmetscher zur Verfügung, bleibt manchmal nur die Möglichkeit zu improvisieren. Wie dies die befragten Ärzte in der Beratungs- und Behandlungssituation machen, wird in den folgenden Zitaten verdeutlicht.

*„Das ist dann wahnsinnig schwierig, ja da versucht man sich halt mit Händen und Füßen [zu verständigen], teilweise mit Übersetzer am Handy, also dass sie selber die Worte übersetzen, und mit Zeichnungen und so weiter weiterzuhelfen.“ (B2)*

*„Wenn mir wirklich jetzt ein Wort fehlt, dann würde ich es im Google nachschauen. Also wenn jetzt die Dame aus Polen hier sitzen würde, der Mann ist nicht da und es geht um eine Befundbesprechung, dann würde ich halt versuchen das irgendwie im Google nachzuschlagen und mit ihr dann gemeinsam zu erarbeiten.“ (B4)*

Auch B3 hilft sich mit einem kleinen Türkisch-Wörterbuch um sich Schlüsselwörter heraus zu suchen. B8 nutzt Zeichnungen oder Videos um das Gesprochene zu verdeutlichen, wie er zum Beispiel Magenschmerzen visualisiert schildert er folgendermaßen: *„Ich mach mir auch Aufzeichnungen, (...) ich zeichne ein kleines Männchen und am Bauch einen Magen dazu. Zeige dort hin und mach so ein Blitzzeichen für Schmerzen.“* Bei Operationsvorbereitungen oder Erklärungen zu Untersuchungen nimmt B8 kurze Videos aus dem Internet zur Hilfe, da es unter den Patienten gehäuft Unsicherheiten gäbe und die Ängste davor genommen werden können, wenn der Patient sieht, wie der geplante Eingriff vorgenommen wird. Sind keine Deutschkenntnisse vorhanden, schaltet B8 den Ton ab und lässt die Bilder für sich selbst sprechen, die Kurzvideos seien dann selbsterklärend.

*„Ja also wenn sie nicht Deutsch sprechen, dreh ich den Ton ab und sie sollen nur sehen, wie da der Bauch, sagen wir bei Schwangeren mit Ultraschall [untersucht wird], dass verstehen sie schon. Also die Kurzvideos werden gut verstanden, auch wenn kein Ton dabei ist.“ (B8)*

Auch die Körpersprache kann ein Tool sein mit dem man Schlüsselwörter verdeutlichen und darstellen kann. B4 erwähnt ein Beispiel, bei dem das Verziehen des Gesichtes zum Ausdruck für Schmerz verwendet wurde und gemeinsam mit ein paar Wörtern aus einem Wörterbuch der Schmerz lokalisiert werden konnte. Eine psychiatrische Anamnese sei jedoch mit diesen Hilfskonstruktionen nicht durchführbar, hierzu wurde schon oben erwähnt, dass die Hilfe einer dolmetschenden Person oder ein Gespräch in der Muttersprache am zielführendsten wäre.



Nachdem er mit Hilfskonstruktionen oder einer gemeinsamen Sprache zur medizinischen Kernfrage durchgekommen ist, nutzt B9 zur Auswahl des Arztes für eine weiterführende Untersuchung die Homepage der Ärztekammer, da dort Sprachkenntnisse der jeweiligen Kollegen angeführt sind und er gerne zum Beispiel Frauen aus Lateinamerika zu spanischsprechenden Gynäkologen zuweist. Dass es dieses Tool von der Ärztekammer gibt, ist B4 nicht bekannt, er hätte sich schon häufiger ein solches Verzeichnis gewünscht, um Situationen, wie die mit der albanischen Patientin mit psychiatrischen Symptomen, besser lösen zu können.

Es sei noch angemerkt, dass die Kommunikation mit Hilfskonstruktionen ein sehr gutes Einfühlungsvermögen und entsprechende Erfahrungen der behandelnden Ärzte erfordert, ebenso ist es von Vorteil wenn die Patienten schon länger bekannt sind. Aus der Arbeit in einem Ambulatorium, wo viele Patienten mit schlechten Deutschkenntnissen betreut wurden, berichtet B11 folgende Erkenntnisse.

*„Und bei vielen ist die Kommunikation nur über Hände und Gestik gegangen und ein bisschen mit gebrochenen Englisch, mit Zeichensprache und das hat auch gut funktioniert, (...) weil die Erfahrung hat es mir schon beigebracht, wie ich mit diesen Leuten umgehen muss. Ja und irgendwie sind wir immer gut zurechtgekommen und die waren auch gut betreut. Es ist ihnen gut gegangen, (...) man hatte täglich Kontakt mit den Patienten, man lernte sie kennen und man sah wie sie reagierten. Wenn die Patienten am Anfang total unbekannt sind, ist es natürlich nicht einfach, den Kontakt herzustellen und überhaupt zu verstehen, warum sie kommen.“ (B11)*

Wie im vorigen Kapitel schon erwähnt, können manche der befragten Mediziner Unterschiede im Einsatz von Diagnostika beobachten. B11 zeigt auf, dass, auch wenn die Kommunikation schlecht funktioniert, man als Arzt trotzdem die Möglichkeit habe, den Patienten gezielt zu untersuchen, um dadurch zu mehr Informationen zu kommen. So kann das Problem der Sprachbarriere scheinbar durch Diagnostika überwunden werden.

*„Beim Arzt finde ich es nicht so schwer, weil man sieht, wenn es dem Patienten nicht gut geht und dann kann man in dem Bereich noch gezielt untersuchen.“ (B11)*

Dies wird durch das Zitat von B12 noch unterstrichen.

*„Auch wenn ich den Patienten nicht gut verstehe, mache ich diese klinischen Untersuchungen. (...) Man muss ein bisschen mehr Zeit verwenden, aber man misst Blutdruck, man schaut auf das Herz, auf die Lunge, auf neurologische Ausfälle und*

*so weiter, das heißt, du kannst immer wieder den Patienten untersuchen, der muss ja nicht unbedingt alles sagen.“ (B12)*

#### **4.2.4 Patienten zum Dialog ermutigen**

Die Aufforderung selbstständig, ohne Dolmetscher zu kommen, um sich auf Deutsch, anderen Sprachen oder mit Hilfskonstruktionen zu verständigen, sieht B3 als zielführend. Sie meint, die Problematik der Sprachbarriere müsse von zwei Seiten bearbeitet werden und daher sagt sie ihren Patienten folgendes: *„Bitte kommen Sie jederzeit, wann Sie es brauchen, auch alleine! Sie brauchen hier niemanden zusätzlich dabei haben!“* Den Einsatz von Dolmetschern sieht sie eher als Erste-Hilfe Aktion, welche nicht zur Regel werden sollte, da erstens nie alle Sprachen abgedeckt werden können und zweites die Patienten so versuchen müssen, sich irgendwie zu verständigen.

*„Und ich fordere sie auch auf alleine, auf jeden Fall alleine zu kommen. Sich durch die Sprachbarriere nicht abhalten zu lassen. (...) Und ich sage, hier in der Praxis haben wir genug Zeit. Wir werden schon auf einen grünen Zweig kommen, ich kann auch manchmal notwendige Dinge aufschreiben, die sie dann zu Hause, also sich vielleicht noch näher erklären lassen. Aber wir kommen schon drauf. Ich versuche möglichst, diese Personen hier einzeln zu haben.“ (B3)*

Als weiteren Schritt zu einer funktionierenden Arzt-Patienten-Beziehung probiert B3 eine Einladung zum Wiederkommen auszusprechen, da meist nicht nur ein gesundheitliches Problem, welches vielleicht vorrangig erwähnt wurde, sondern noch weitere zu klären sind. Frühere Befunde oder zum Beispiel ein Impfpass seien Dinge, die zum Brückenschlagen verwendet werden können, die zum Wiederkommen einladen und eine Basis für die Weiterarbeit darstellen könnten. Auch B10 hat ähnliche Erfahrungen gemacht und wünscht sich den direkten Dialog mit den Patienten. Gibt es Verständigungsschwierigkeiten meint sie: *„Wir sind Ärzte, wir müssen die Menschen auch verstehen, auch wenn wir nicht die Sprache können.“* Ein wichtiger Faktor sei die Motivation sich irgendwie auszudrücken und die Motivation des Behandelnden zuzuhören und zu verstehen. Sie äußert den Wunsch und Apell: *„Die Medizin muss noch weiter sein, als einen Menschen nur über seine Sprache behandeln zu können. Wir müssen noch mehr wissen.“*

Im folgenden Zitat beschreibt B10 eine Erfahrung mit dem Einsatz von Dolmetschern und wie sie sich die Arzt-Patienten-Beziehung vorstellt.

*„Es ist so, dass manche sich nicht reden trauen, sobald sie wissen, dass ein Dolmetscher da ist, dann halten sie sich einfach zurück und lassen dolmetschen. Das*

*mag ich eigentlich weniger, es ist mir lieber wenn der Patient egal mit welchem Deutsch, mit einfachen Deutschkenntnissen selbst redet. (...) Man kann sich verständigen mit den Patienten.“ (B10)*

Dass es für die Selbstständigkeit und den Lernprozess des Patienten kontraproduktiv sein kann, wenn ein Dolmetscher im Raum anwesend ist und die Patienten sich weniger sprechen trauen, beziehungsweise weniger Gelegenheit dazu bekommen, hat auch B4 in einer triadischen Situation beobachtet. Trotz der Anwesenheit des Dolmetschers wollte er aber direkt auf Deutsch mit der Patientin kommunizieren.

*„Mein Versuch war schon, dass wir beide uns auch auf Deutsch unterhalten, einfach um ihr ein bisschen die Sicherheit zu geben, ja, dass sie halt auch lernt und das schon Gelernte auch anwenden kann und dann ein bisschen ein Erfolgserlebnis für sich hat.“ (B4)*

#### **4.2.5 Weitere Optionen und Wünsche zur Überwindung der Sprachbarrieren**

Alle Studienteilnehmer wurden zu Wünschen und Anregungen zur Überwindung der Sprachbarriere befragt. Einerseits wurde der Wunsch nach besseren Deutschkenntnissen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund geäußert, andererseits aber auch der Wunsch selbst mehr Fremdsprachenkenntnisse zu besitzen. Der Einsatz von professionellen Sprachmittlern via Telefon- oder Videokonferenz, mehrsprachige Ordinationen, krankheits- und sprachraumbezogene Themenveranstaltungen wurden erwähnt. Ebenso wurde über der Wunsch nach mehr Zeit und einer Reduktion der Bürokratie angesprochen.

Auf die Frage, ob es etwas gibt, was sie sich wünschen würde, um die derzeitige Behandlungssituation der Migranten zu verbessern, wurde von B2 geantwortet: *„Dass die alle Deutsch lernen.“* Besonders die Tatsache, dass manche Personen schon jahrelang in Österreich leben und Deutsch nicht beherrschen, ist für sie nicht verständlich und bestürzend. Dieser Wunsch wurde von mehreren Allgemeinmedizinerinnen geäußert und ist gerade, wenn Österreich den Lebensmittelpunkt darstellt, in vielen Bereichen notwendig und gefordert.

B4 teilt auch diesen Vorschlag, hat aber durch den Versuch, selbst eine Fremdsprache zu lernen, auch Verständnis für die Schwierigkeiten, die diese Aufgabe mit sich bringt. Es muss die Bestrebung zur Kommunikation in der Landessprache von den Migranten da sein, aber ein Arztbesuch ist laut ihm eine wahrscheinlich nicht so leicht zu bewältigende Situation. Einen Unter-

schied in dieser Forderung beobachtet B4 zwischen nicht deutschsprachigen Patienten aus vertrauteren und aus fremderen Sprach- und Kulturräumen und unterstreicht diesen mit einem Beispiel aus seiner Praxis.

*„Ich hab einen Engländer mit japanischer Frau, die beide Englisch sprechen. Und er ist Nativ Speaker-Lehrer, das heißt er muss auch, denk ich mal, in seinem Beruf Deutsch sprechen, aber wenn er kommt spricht er mit mir immer Englisch. (...) Aber bei anderen Menschen, die aus anderen Kulturkreisen kommen, da sagen wir: ‚Nein, hier nicht.‘, sondern verlangen: ‚Lern unsere Sprache.‘“ (B4)*

Im vorigen Kapitel wurde schon auf die limitierten Sprachkenntnisse der Allgemeinmediziner hingewiesen. Dadurch lässt sich auch der Appell an Migranten anderer Sprach- und Kulturräume Deutsch zu lernen, ableiten, da es natürlich leichter ist, als Arzt auf Englisch auszuweichen, als auf andere Sprachen.

Viele Ärzte würden gerne selber mehr Sprachen sprechen. Auch die, die mehr als eine Fremdsprache sprechen, würden diese Möglichkeit gerne ausbauen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis würde sich von *„Der gibt mir jetzt dann irgendwie eine Spritze und dann geh ich wieder.“* zu *„Der will mich verstehen und der will mir auf Augenhöhe begegnen.“*, verändern, meint B8. Um wirklich den Patienten besser zu verstehen braucht es aber laut B9 auf jeden Fall gute Sprachkenntnisse, vor allem um auch in Stresssituationen oder bei heikleren Themen diese Option nutzen zu können.

*„Also ich glaube einfach nur dort gewesen zu sein im Land als Tourist, reicht wahrscheinlich nicht aus, um die Sachen besser zu verstehen, würde ich sagen. Da braucht es schon ein bisschen mehr.“ (B9)*

Von vielen der befragten Ärzte wurde die Option Dolmetsch via Telefon oder Skype hinzuziehen, angesprochen, Erfahrungen mit diesem Tool hatte aber noch niemand.

*„Die Idee mit Dolmetsch über Telefon vielleicht funktioniert es, ich müsst das einmal ausprobieren, ich kann nicht sagen, ob das funktionieren würde.“ (B1)*

Auch das Wissen über Möglichkeiten, ob diese für Allgemeinmediziner zugänglich wären, ist begrenzt. BX würde diese Chance sogar noch gerne weiter ausbauen um diese Dienste nicht nur in der Ordination sondern auch bei Einsätzen mit dem Ärztefunkdienst nutzen zu können.

*„So den Taschenübersetzer mitzubringen oder irgendeinen Dolmetscher, der dann immer gleich auf Handy abrufbereit ist, wäre natürlich super. (...) Du hast dann jemanden dran, der die Sprache spricht, und dann machst du das mit Lautsprecher*

*und der übersetzt simultan oder hintereinander was gesprochen wird. Das wäre toll, wenn es so etwas gäbe und das halt rund um die Uhr.“ (BX)*

Die Mehrheit der befragten Ärzte befürworten qualifizierte Übersetzerdienste für ihre Arbeit. B9 hebt besonders den Bedarf für Akutfälle hervor, um in diesen Situationen Missverständnisse zu vermeiden und B11 würde gerne diese Dienste zum Übersetzen von ausländischen Befunden und Therapieanweisungen verwenden. Wie die Koordination und Abwicklung für so ein umfassendes Projekt aussehen könnte, ist manchen Ärzten noch nicht klar, ebenso ob sie es tatsächlich einsetzen würden, obwohl sie es prinzipiell gutheißen. Auch wenn B2 den Dolmetschdienst an sich in manchen Situationen praktisch finden würde, stellt sich für sie die Frage der Finanzierung eines solchen Projekts. Würde es über Steuergelder finanziert und kostenlos angeboten werden, sieht sie darin ein Problem.

*„Ich mein, es sind Migranten die hier leben, die müssen hier zurechtkommen, warum sollen wir jetzt von unserem Geld Dolmetscher stellen, weil die nicht in der Lage sind, Deutsch zu lernen?“ (B2)*

Ärztin B5 zweifelt an der Nützlichkeit von Dolmetschdiensten via Video oder vor Ort weil: *„Jeder Arzt hat seine eigene Sprache, das heißt man muss sich auch als Dolmetscher ein bisschen hinein fühlen, in die Art und Weise wie man bestimmte Dinge bringt. Und wir müssen dann als Arzt bei jeder Sprache wieder Rücksicht nehmen, welcher Dolmetscher was, wie übersetzt, das ist ja auch sehr schwierig.“* Sie hätte lieber mehr Zeit mit dem Patienten selbst, als einen weiteren Kommunikationspartner.

Das Thema fremdsprachige Gruppen-Ordinationen beziehungsweise mehrsprachige Teams wurde auch von einigen Studienteilnehmern angesprochen. B1 erinnert sich an einen Kollegen kroatischer Abstammung, der den Fokus in der Ordination auf Patienten aus diesem Sprachraum gelegt hat. Es wurden in den Interviews noch einige ähnliche Beispiele erwähnt, jedoch auch betont, dass diese Form der Lösung in keiner Weise ausreichend sei.

*„Ich freu mich darüber, dass viele mehrsprachige Kollegen und Kolleginnen jetzt da sind, aber man wird nie alle Sprachen abdecken können.“ (B3)*

Um das Aufklärungsdefizit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auszugleichen, wurde die Möglichkeit Themenveranstaltungen zu bestimmten Gesundheitsthemen in verschiedenen Sprachen anzubieten, angesprochen. Diese Informationsabende könnten zu unterschiedlichen Krankheitsaspekten aber auch zum Gesundheitssystem in Österreich abgehalten werden.

*„Ich würde mir zum Beispiel von der Gebietskrankenkassa wünschen, dass sie für bestimmte Sprachgruppen einfach so ein bis zwei Mal im Jahr ein (...) Gesundheitstraining vorschlägt. Dann sitzen alle türkischen Diabetiker dort oder alle indischen Rheumatiker. Also, dass für eine bestimmte Sprachgruppe ein bestimmtes Gesundheitsproblem in einer Art Kurzseminar oder so angeboten wird. Das glaube ich würde viel helfen.“ (B5)*

Diabetesberatungen wurden von zwei Medizinerinnen (B1, B5) beispielhaft in diesem Zusammenhang erwähnt und könnten eine Lösung für das von B5 angesprochene Problem sein, dass eine ausführliche Aufklärung zu dieser Krankheit den Rahmen in der Ordination übersteigen würde. Auch der Wunsch, nach Wissensvermittlung über das österreichische Gesundheitssystem wurde mehrmals angemerkt und spiegelt die Problematik der überfüllten Spitalsambulanzen wider.

*„Das wär eine Möglichkeit, wie man mit denen in einen Austausch oder Dialog auch treten könnte, und ihnen eventuell auch ein gewisses Vertrauen zu geben (...) in dem Sinn, es kümmert sich jemand.“ (B1)*

Der Wunsch nach mehr Zeit für die Arbeit mit dem Patienten wurde von vielen Ärzten ausgesprochen, B5 stellt aber klar, dass das Zeitproblem alle Patienten betrifft.

*„Ja prinzipiell wünschen wir uns alle immer mehr Zeit, weil einfach die Zeit ein wichtiger Faktor ist, aber das gilt für alle Patienten.“ (B5)*

Jedoch dauern Gespräche mit Patienten mit Migrationshintergrund tendenziell länger und dieser Faktor ist laut B2 zum Teil anstrengend, vor allem, wenn viele weitere Patienten noch behandelt werden müssen, wie auch B1 schildert.

*„Also wir haben heute in drei Stunden neunzig Patienten gehabt. Wir sind gerade Urlaubsvertretung. Wenn die Kommunikation da nicht sofort funktioniert, dann eine halbe Stunde daran zu arbeiten um einen Kommunikationskanal aufzubauen, das ist unpraktisch. Also es müsste entweder so honoriert werden, dass man das gerne tut, dass man es tun kann de facto, oder es muss sehr leicht sein.“ (B1)*

Dass die Arbeit, das Gespräch mit den Patienten „immer das Hobby des Einzelnen ist“ sieht B3 als Problem und erwartet sich hier eine Verbesserung.

*„Das man diese Dinge auch anerkennt, mit Patienten zu arbeiten, also auch geistig zu arbeiten, ist eine Arbeit. Das Zusammenarbeiten, das Denken und das Probleme*

*Analysieren. Konstruktives Denken wird halt in der Medizin nicht als Arbeit anerkannt, weder im Spital noch in der freien Praxis.“ (B3)*

Sie berichtet über einen Vorschlag, dass die Behandlung von fremdsprachigen Patienten eine eigene Kassenleistung sein sollte, lehnt diesen aber ab, da er diskriminierend sei. Es könne ja genauso bei deutschsprachigen Patienten zu Verständigungsproblemen kommen, welche dann auch mehr Zeit in Anspruch nehmen würden. Daher unterstreicht sie noch einmal die Notwendigkeit der Honorierung der Zeit: *„Mit Patienten zu arbeiten ist eine Leistung.“*

Neben dem Zeitmangel in der ärztlichen Praxis sieht B7 die zunehmende Bürokratie als einen Faktor, der sich negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt.

*„Du hast so viele bürokratische Hürden um einem Menschen ganz einfach zu begegnen. Durch diverse E-card Systeme und ELGA und so weiter, wird alles bürokratischer.“ (B7)*

Diese Hürden zur Begegnung mit den Menschen verschlechtern auch die Betreuungssituation der nicht versicherten Patienten und Patientinnen in Österreich und erschweren ihnen den Zugang zu Hilfeleistungen.

*„Wir müssen diese Infrastruktur, die wir in Österreich haben, Ärzte, Fachärzte, besser schätzen und besser am Patienten durchsetzen. Wir haben eine sehr tolle Infrastruktur, medizinisch gesehen, Österreich hat gute Medikamente, gute Untersuchungsmethoden, gute Institutionen und wir leisten nicht wirklich diese Qualität an den Patienten.“ (B12)*

## 5 DISKUSSION

---

### 5.1 SCHWIERIGKEITEN IN DER ARZT-PATIENTEN-INTERAKTION

Alle Studienteilnehmer betreuen nicht deutschsprachige Patienten, oder Patienten, die Deutsch als Fremdsprache gelernt haben. Alle können Schwierigkeiten, die sich in dieser speziellen Arzt-Patienten-Interaktion ergeben, nennen. Viele meinen aber, dass man sich irgendwie helfen könnte, die Sprachbarrieren zu umgehen und man doch zur medizinischen Kernfrage durchdringen kann. Da keine in das Gesundheitssystem etablierten Strukturen vorhanden sind (Anzenberger et al., 2015; Haderer, 2011), welche für Allgemeinmediziner verfügbar sind, bleibt den Ärzten nichts anderes übrig, als zu improvisieren und das bestmögliche zu tun. Somit werden durch diese Ausgangslage Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität beeinflusst (Haderer, 2011).

Die befragten Teilnehmer meinen, dass die Qualität der Betreuung akuter Erkrankungen durch den Einfluss der Sprachbarriere nur wenig beeinflusst wird. Bei speziellen Krankheitsentitäten und Patientengruppen ist die Sprachbarriere jedoch präsenter und beeinflusst die Betreuung des Patienten stärker. Chronische Erkrankungen, psychiatrische Krankheiten, geriatrische Patienten und Personen, die erst seit kurzem in Österreich sind, fordern die Allgemeinmediziner stärker heraus. Auch jenen, die diesen Kategorien angehören, muss, im Sinne der Teilhabe- und Verteilungsgerechtigkeit (Peintinger, 2008), eine adäquate Versorgung geboten werden.

Die Tatsache, dass der Beginn des Arzt-Patienten-Kontakts die **Anamnese** darstellt, auf die das weitere Vorgehen aufbaut, ruft die Frage hervor, inwieweit nicht deutschsprachige Patienten nach einer Minimal-Anamnese, welche nur mit Hilfe unterschiedlichster Hilfskonstruktionen durchgeführt werden kann, eine gerechte Versorgung erhalten können. Wenn der Fokus auf der somatischen Ebene bleibt, und psychosoziale oder Lifestyle Aspekte aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten nicht erhoben werden, kann nicht von einer gerechten Versorgung gesprochen werden. Aber auch, wenn Patienten ihre Leiden auf Deutsch verbalisieren können, kann es sein, dass die Sprachfähigkeiten für das weitere Gespräch nicht ausreichend sind (Giese et al., 2013), oder die kulturelle Prägung die Deutung des Gesagten erschwert (Kogoj, 2011; Payer, 1993). Unabhängig von der Sprache des Patienten ist es wichtig, dass der Arzt den Patienten dort abholt, wo er sich befindet, es darf nicht automatisch angenommen werden, dass der Patient versteht, wovon der Arzt spricht. Wie unterschiedlich Ärzte das Wissen ihrer Patienten einschätzten, wurde am Beispiel „Allergie“ geschildert.

Da die Anamnese zum Teil aufgrund der geringen Sprachkenntnisse, der Unsicherheiten des Patienten und der unterschiedlichen kulturellen Prägungen nur mangelhaft erhoben werden



kann, werden von manchen Ärzten mehr oder früher **diagnostische Maßnahmen** gesetzt. Es besteht jedoch Uneinigkeit unter den Studienteilnehmern, ob der Einsatz von Diagnostika gesteigert ist, wenn die verbale Kommunikation mit dem Patienten insuffizient ist. Einerseits wurde teilweise vom vermehrten Einsatz diagnostischer Maßnahmen gesprochen, andererseits von verringertem, da Informationen, welche den Arzt an weitere Untersuchungen denken lassen, nicht verstanden werden. Diese Einschätzung ist ähnlich der einer Studie aus dem Krankenhausbereich (Pöchhacker, 2000a). Werden weitere diagnostische Maßnahmen gesetzt und Patienten zum Beispiel zu einem Facharzt überwiesen, bleibt die Frage, ob diese wirklich einen Nutzen für die Patienten bringen. B12 bezweifelt dies sehr stark, er meint eher, dass die Patienten trotz vieler Maßnahmen unterdiagnostiziert und schlechter versorgt bleiben. Dies kann auf den Umstand gründen, dass Patienten mit Migrationshintergrund in manchen kassenärztlichen Strukturen, aufgrund der Kultur- und Sprachbarrieren und dem Zeitmangel, nicht mehr, als unbedingt nötig, versorgt werden.

Der Anspruch, angemessen behandelt zu werden, das medizinethische Prinzip der Gerechtigkeit, wird erfüllt, wenn in vergleichbaren Fällen gleiche **(Be-)Handlungen** erfolgen. Dass dieses Prinzip im Zusammenhang mit nicht deutschsprachigen Patienten zu kurz kommen kann, wurde von B1 anhand der zwei „*Knie-Patientinnen*“ gezeigt. Die Behandlungen von chronischen Krankheiten, die die Mitarbeit vom Patienten benötigen, werden durch Sprachbarrieren schwieriger durchführbar. So verändert sich der Behandlungsansatz von ätiologisch zu symptomatisch. Es kann nicht generell von einer insuffizienten Behandlung von nicht deutschsprachigen Patienten ausgegangen werden, aber dass aufgrund des Verständigungsproblems sich die Zusammenarbeit und Vorgehensweise ändert, ist auf jeden Fall zutreffend. In welchem Ausmaß die Behandlung von der Versorgung eines deutschsprachigen Patienten differiert, ist von Patient zu Patient und auch von Arzt zu Arzt unterschiedlich. Neben der Gerechtigkeit ist die Autonomie ein weiteres medizinethisches Prinzip, welches in Bezug auf die Behandlung durch die Sprachbarriere eingeschränkt wird. Es kommt vor, dass die Autonomie durch ein direktiveres Handeln des Arztes beschnitten wird, da es schwierig ist, den Patienten mit unzureichenden Sprachkenntnissen in den Prozess der Entscheidungsfindung zu integrieren. Da aber der Patient einsichts- und urteilsfähig ist, ist eine Beschneidung der Autonomie und die Anwendung harten Paternalismus aufgrund der Sprachbarriere nicht gerechtfertigt (Maio, 2012).

Die **Aufklärung**, als Teil der rechtlichen Pflichten eines Arztes, wird stark durch das Vorhandensein einer sprachlichen Barriere eingeschränkt. Somit handeln viele Ärzte in diesem Bereich in einer rechtlichen Grauzone. Es wird die Aufgeklärtheit und Autonomie des Patienten, aber auch die rechtliche Absicherung des Arztes in Schadensfällen gefährdet. Des Weiteren kommt

es durch das Aufklärungsdefizit zu Einbußen im Bereich der Compliance, schlechterer Versorgung, erhöhten Arztwechselln, Polypragmasie und somit zur Verursachung erhöhter Kosten. Die Beweislast, ob die Aufklärung verstanden wurde, liegt beim Arzt (Kletečka, 2014b). Spricht aber zum Beispiel der Patient nur bruchstückhaft Deutsch, oder übersetzt ein Laie mit ungeklärten Sprachkenntnissen, kann niemand beweisen, was wirklich vom Aufklärungsgespräch beim Patienten angekommen ist. Informationsblätter in anderen Sprachen stellen auch keine suffiziente Aufklärung dar, da wiederum die Verständnisfrage nicht geklärt ist (Memmer, 2014). Interessant ist, dass von 13 Interviewpartnern nur drei die rechtlichen Aspekte dieses Themas angesprochen haben. Inwieweit ein Bewusstsein für die rechtliche Grauzone in diesem Gebiet unter den Ärzten vorhanden ist, geht aus dieser Studie nicht hervor und bedarf noch weiterer Untersuchungen.

Dass es von großer Bedeutung für die **Compliance** ist, dass die Patienten verstehen, welche Therapie die Mediziner ihnen vorschlagen, geht sehr gut aus den Interviews hervor. Wurde verstanden, worum es geht, würde die überwiegende Mehrheit die Compliance gleich gut, beziehungsweise gleich schlecht, wie die der Patienten ohne Migrationshintergrund beschreiben, wobei in diesem Setting nur die persönliche Einschätzung erfasst werden konnte. Was passiert jedoch, wenn Patienten dem Gespräch nicht folgen können und etwas nicht oder falsch verstehen? Dass B12 die Compliance der nicht deutschsprachigen Bevölkerung als ein viel größeres Problem sieht, als alle anderen Befragten, liegt daran, dass er von sehr vielen Patienten konsultiert wird, welche jahrelang schlecht, oder für sie unverständlich aufgeklärt wurden. Diese waren auf der Suche nach einer medizinischen Vertrauensperson, um endlich Klarheit in ihren medizinischen Belangen zu erhalten. Daher hat er mit einer sehr großen Gruppe zu tun, bei welcher der Aufklärungsstatus und die Compliance auf jeden Fall schlechter sind, als bei Patienten ohne Migrationshintergrund. Auch 70 % der Teilnehmer der Studie von Pöchlacher (2000a) beobachteten eine Verminderung der Compliance.

Als andere, nicht sprachliche Einflussfaktoren auf die Compliance, wurden von den Studienteilnehmern Bildung, Autoritätsdenken, Kultur und die Persönlichkeit genannt. Im Grunde wird eine Mischung aus allen Faktoren für die Compliance oder Nicht-Compliance des Patienten verantwortlich sein. Jedoch stellt das Verstehen der Inhalte des Arztgesprächs eine Voraussetzung für eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten dar.

## 5.2 STRATEGIEN ZUR ÜBERWINDUNG DER SPRACHBARRIERE

Die Sprachbarriere wird durch unterschiedlichste Optionen überwunden. Miteinbeziehung von Sprachmittlern aus der Ordination, wartenden Patienten, Personen aus dem Umfeld des Patienten, Kindern und Erwachsenen sind eine Möglichkeit, die von allen Studienteilnehmern beschrieben wurden. Alle sind mit dem Setting des triadischen Gesprächs vertraut.

Zwei (B3, B10) von den 13 befragten Studienteilnehmern sehen den Einsatz von Dolmetschern nicht als die beste Lösung an, sondern ermutigen den Patienten, lieber alleine zu kommen. In manchen Bereichen mag diese Möglichkeit eine Option darstellen, sie erfordert aber auf jeden Fall mehr Zeit, Motivation und Bereitschaft vom behandelnden Arzt, sich auf diese schwierige Kommunikationsebene einzulassen. Dass emotionale, schmerzhaft und psychische Belange sehr stark an die Muttersprache gebunden sind, und daher am besten und authentisch in der Muttersprache verbalisiert werden können, wurde in der Literatur (Egger und Wedam, 2003; Machleidt und Calliess, 2004), aber auch von Studienteilnehmern beschrieben. Daher sind der Einsatz von Sprachmittlern oder das Ausweichen auf die Muttersprache des Patienten, vor allem in diesen Bereichen, als optimaler anzusehen. Falls die Möglichkeit besteht, auf eine andere Sprache, die dem Patienten vertrauter als Deutsch ist, auszuweichen, wird diese auch von den befragten Ärzten genutzt. Diese Option würden einige gerne noch weiter ausbauen, indem sie selbst weitere Sprachen lernen. Zu beachten ist allerdings, dass geringe Sprachkenntnisse zwar eine offene Haltung vermitteln können, damit das Arzt-Patienten-Gespräch in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch geführt werden kann, muss der Arzt aber ein sehr gutes Sprachniveau beherrschen. Sind diese Kenntnisse nicht ausreichend, wird meist auf Laiendolmetscher zurückgegriffen.

Einigkeit besteht darüber, dass **Kinder** nicht für den Einsatz als Sprachmittler geeignet sind, diese Verständigungshilfe ist weder ethisch, noch rechtlich vertretbar. Aufgrund des Alters, der mangelnden Sprachkompetenzen und des fehlenden Verständnisses für medizinische Themen sind sie rein fachlich ungeeignet (Balić, 2009). Zusätzlich ist die emotionale Eignung für diese Aufgabe nicht gegeben und dies kann zur Gefahr für das Kind werden (Jacobs et al., 1995). Sehr interessant ist, dass sprachmittelnde Kinder und Jugendliche diese Problematik zwar ansprechen, aber nicht so drastisch und problematisch wahrnehmen, wie erwachsene Experten aus der Außenperspektive. Für sie stehen eher positive Aspekte im Vordergrund und Übersetzen wird als alltägliche und selbstverständliche Hilfeleistung gesehen (Green et al., 2005).

Eltern, deren Kinder sprachmitteln, dürfen nicht für den Einsatz der Kinder als Dolmetscher verurteilt werden (Balić, 2009), sondern vielmehr soll das System, welches den Einsatz von

Kindern als Sprachmittler nach wie vor benötigt, angeprangert werden. Durch entsprechende Strukturen muss der Einsatz überflüssig gemacht werden (Kuljuh, 2003).

Als sehr problematisch ist auch der Einsatz von **wartenden Patienten** als Sprachmittler zu werten. Oberflächliche oder bürokratische Dinge werden mit dieser Option geklärt, auch wenn teilweise Unbehagen unter den teilnehmenden Gesprächspartnern zu verspüren ist. Jedoch sind Aspekte der Schweigepflicht und der Eignung des sprachmittelnden Patienten für diese Tätigkeit nicht geklärt. Auch die Intimsphäre des Patienten ist gefährdet. Wie Patienten mit dieser Option zufrieden sind, und ob sie ihrem Unmut darüber Ausdruck verleihen würden, oder dieser Möglichkeit unfreiwillig zustimmen, weil sie keine andere Option sehen, sind Fragen, die in diesem Themenkomplex ungeklärt sind. Daher ist von dem Einsatz von fach- und patientenfremden Sprachmittlern abzuraten.

Fungieren **Ordinationsmitarbeiter** als Dolmetscher, sollte diese Möglichkeit zuerst mit dem Mitarbeiter abgeklärt werden, da dies einen anderen Aufgabenbereich, als den eigentlich vorgesehenen, darstellt. Überforderung, Rollenkonflikte, der zeitliche Mehraufwand und die fragliche Eignung für den Einsatz als Sprachmittler sind als Problemfelder wahrzunehmen und zu klären (Pöchhacker, 2010). Wird ein externer Sprachmittler für einen bestimmten Tag in der Woche engagiert, kann es trotzdem vorkommen, dass dieses Angebot nicht von allen Patienten dieser Sprache genutzt wird, wie B 5 schildert. Hier spielen persönliche, zeitliche, aber auch kulturelle Aspekte eine Rolle. Ebenso kann es sein, dass die Etablierung eines solchen Services eine längere Eingewöhnungsphase benötigt, bis dieses auch wertgeschätzt und angenommen wird.

Wenn **erwachsene Angehörige oder Freunde** als Sprachmittler eingesetzt werden, kann das Arzt-Patienten-Gespräch durch die Anwesenheit des Dolmetschers sowohl positiv, als auch negativ beeinflusst werden. Als positive Aspekte müssen die Möglichkeit zur Verständigung, der Informationszugewinn und die Verbesserung der Compliance genannt werden. Natürlich sind hier die schon beschriebenen, negativen Aspekte der Option „wartende Angehörige als Sprachmittler“ genauso zutreffend. Nimmt der Patient eine Person als Sprachmittler mit, kann jedoch, anders als bei den Wartezimmer-Dolmetschern davon ausgegangen werden, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Sprachmittler besteht und es kann eventuell als eine konkludente Entbindung der Schweigepflicht gesehen werden. Dies sollte aber bei sensibleren Themen hinterfragt werden, da der Patient ja vor dem Gespräch nicht weiß, welche Informationen ihm und somit auch dem mitgebrachten Dolmetscher zuteilwerden (Kletečka-Pulker, 2013). Ein negativer Faktor, der bei Sprachmittlern aus dem Patientenumfeld hinzukommt, ist der Einfluss der Haltung des Laiendolmetschers dem Patienten gegenüber. Ob bemutternd, distanziert,

abwertend, überprotektiv oder dominant, jede dieser möglichen Haltungen kann, unter anderem, Einfluss auf das triadische Gespräch haben und wurde von den Studienteilnehmern, aber auch in Literatur beschrieben (Balić, 2009; Drenthen, 2000). Durch eine dominante Haltung kann zum Beispiel das Gespräch so eingeschränkt werden, dass eine ausführliche Anamnese und gute Zusammenarbeit dadurch unmöglich wird. Sich auf die Hoffnung zu stützen, dass die Ansicht der mitgebrachten Person sich mit der des Patienten deckt, ist, denke ich, nicht zielführend, da dies schwere Konsequenzen nach sich ziehen kann (Flubacher, 2013). Die Aufforderung, mit einem anderen Sprachmittler, der auf „gleicher Augenhöhe“ des Patienten agiert, wiederzukommen, eignet sich besser. Am besten wäre zweifelsohne die Option, einen neutralen, qualifizierten Dolmetscher hinzuziehen zu können, falls die Situation dies erfordert.

**Professionelle Dolmetscher** sind im medizinischen Setting die geeignetsten Sprach- und im besten Fall ebenso Kulturmittler. Die Neutralität, genügende Dolmetschfähigkeiten und ausreichende Sprachkompetenzen in beiden Zielsprachen sind bei dieser Möglichkeit gesichert. Rollenkonflikte, emotionale Belastungen der Angehörigen und Probleme mit der Schweigepflicht fallen in diesem Setting weg (Balić, 2009; Saladin et al., 2009; Uluköylü, 2005). Einige Ärzte würden die Möglichkeit, Zugang zu professionellen Dolmetschern via Telefon oder Videotelefonie zu haben, begrüßen. Jedoch wurden auch Bedenken einerseits finanzieller Seite und andererseits über die Nützlichkeit geäußert.

Zurzeit gibt es jedoch in Österreich noch unzureichende Strukturen um die Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich alleine durch Kommundolmetscher zu überwinden, die den Einsatz von ungeeigneten Laiendolmetschern überflüssig machen würden. Auf Kinder und wartende Patienten sollte aber im Normalfall trotzdem nicht zurückgegriffen werden, da diese beiden Optionen sowohl rechtlich, als auch ethisch als sehr problematisch anzusehen sind. Auch der Einsatz von Angehörigen, Freunden und Ordinationsmitarbeitern muss optimiert werden, um eine möglichst gute Versorgung gewährleisten zu können (Jacobs et al., 2010; Menz, 2011). Daher ist es notwendig, dass Ärzte und Medizinstudenten Grundlagen über das triadische Gespräch und den Umgang in interkulturellen Arzt-Patienten-Interaktionen erlernen. Die Vermittlung von Grundlagen für ein kultursensibles Gespräch stellt ohnehin für jede Arzt-Patienten-Interaktion eine wichtige Basis dar (Grützmann et al., 2012). Durch ein spezielles Trialog-Kommunikationstraining kann eine Sensibilisierung der Ärzte für mögliche Fallstricke, Anwendung der wichtigsten Regeln für ein triadisches Gespräch und dadurch eine Steigerung der Zufriedenheit der Patienten erreicht werden (Bischoff et al., 2003). Mehrere Studien belegen die Notwendigkeit der Optimierung des triadischen Settings (Hudelson et al., 2013; Seale et al., 2013, Rivadeneyra et al., 2000) und auch die Unsicherheit, welche B4 beschrieben hat, sowie die unterschiedlichen

Umgangsweisen mit der Arbeit mit dolmetschenden Personen sprechen dafür. Positiv hervorzuheben ist, dass viele Aspekte eines gut geführten Dialogs schon Anwendung in der Praxis einiger Studienteilnehmer finden.

Durch Hilfskonstruktionen wird die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten etwas unterstützt. Wörterbücher, Zeichnungen, Videos, Gestikulation mit Händen und Füßen sollen zu einer besseren Verständigung beitragen.

Auf die Frage, was sich die Studienteilnehmer als weitere Wege zur Optimierung der Versorgungssituation von nicht deutschsprachigen Patienten vorstellen könnten, wurden neben dem schon Erwähnten, bessere Deutschkenntnisse unter den Migranten, der Einsatz von Video- beziehungsweise Telefondolmetschern, mehrsprachige Ordinationen und die Organisation von sprachlich abgestimmten Patientenschulungen zu bestimmten Gesundheitsthemen genannt.

Natürlich liegt es nahe, das **Erlernen der deutschen Sprache** von Seiten der Patienten, als eine Möglichkeit zur Verbesserung der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten zu sehen. Dass dies alleine aber nicht zu dem gewünschten Verständnis beiträgt, wurde in der Studie von Giese et al. (2013) verdeutlicht. Des Weiteren beschrieben auch einige der befragten Allgemeinmediziner, dass auch wenn die deutsche Sprache gut beherrscht wird, trotzdem Probleme bei der Beschreibung der Beschwerden auftreten. Es wurden kulturell geprägte Ausdrucksformen und organbezogene Symptomschilderungen als Beispiele erwähnt. Daher kann der Erwerb der deutschen Sprache nicht als alleinige optimale Lösung für das Problem der Sprachbarriere gesehen werden.

**Mehrsprachige Ordinationen** sind mit Sicherheit sehr gute Optionen, um Patienten in ihrer Muttersprache begegnen und helfen zu können. Dass Patienten diese auch gerne nutzen, um über ihre Krankheit und bisherige Krankengeschichte aufgeklärt zu werden, wurde von B12 geschildert. Dass jedoch mehrsprachige Ordinationen nie alle Sprachen suffizient abdecken können, wurde von B3 angemerkt. Nichtsdestotrotz ist es für Patienten, die dort versorgt werden, ein großer Vorteil für ihre Gesundheit, und sie können durch die Betreuung in einer vertrauteren Sprache besser mit dem Arzt kommunizieren. Das Angebot mehrsprachiger Kassenordinationen ist jedoch limitiert, vor allem in bestimmten Fachbereichen sind mehrsprachige Ordinationen häufig privat zu bezahlen und somit nicht niederschwellig erreichbar.

Der **Einsatz von Video- oder Telefondolmetschern** wurde von sechs Studienteilnehmern als sinnvolle Möglichkeit zur Überbrückung der Sprachbarriere erwähnt. Keiner hatte aber in der Praxis Erfahrung mit diesem Tool, auch das Videodolmetsch-Pilotprojekt wurde von keiner Person angesprochen. Telefondolmetschen wurde in der Studie von Pöchlhammer (2000a) als die

am wenigsten ideale Verbesserungsmöglichkeit gewertet. Es kann sein, dass das erhöhte Interesse an einem solchen Tool im niedergelassenen Bereich, am anderen Setting der Hausarztpraxis liegt. Im Krankenhaus ist der Wunsch nach professionellen Dolmetschern vor Ort stärker ausgeprägt, dort wäre ein Einsatz von Dolmetschern, welche mehrere Sprachen abdecken, auch einfacher umsetzbar, als in einer Kassenpraxis.

Dass durch eine Video-Dolmetscherzentrale, Sprachmittler kostengünstiger und flächendeckender ihren Service anbieten können und somit österreichweit Dolmetschdienste angeboten werden können, spricht sehr für die weitere Anwendung dieses Tools. Nach der Evaluation der Daten wird sich zeigen, wie das Pilotprojekt vom medizinischen Personal und den Patienten angenommen wurde und ob sich die erwarteten Verbesserungen in der Versorgung bestätigen.

Die **Organisation von Patientenschulungen** in verschiedenen Sprachen zu unterschiedlichen medizinischen Themen wurde von zwei Ärzten angesprochen. Als Beispiele wurden Informationsveranstaltungen über das österreichische Gesundheitssystem oder Diabetes-Kurzseminare genannt. Dieses Konzept würde sich sicher für viele, vor allem chronische, Krankheitsgruppen anbieten, um den Patienten Zugang zu Hintergrundinformationen über ihre Krankheit zu verschaffen. Auch wenn es schon einige Projekte in diesem Bereich gibt, können diese nicht den gesamten Informationsbedarf abdecken. Es müssen geeignete Maßnahmen in den Regelbetrieb des Gesundheitssystems integriert werden, um den Aufklärungsstatus der Patienten mit Migrationshintergrund zu verbessern (Anzenberger et al., 2015), damit ihnen auch eine gerechte und gleiche Versorgung zuteilwerden kann.

Des Weiteren wurden noch eine **Reduktion der Bürokratie und der Wunsch nach mehr Zeit** als Verbesserungsvorschläge genannt, diese betreffen aber alle Patienten. Für die Umsetzung dieses Wunsches bedarf es einer generellen Anerkennung der Zeit, die Ärzte in die Gespräche und Arbeit mit Patienten investieren.

Die Einführung des Universitätslehrgangs für Kommunaldolmetschen, das MiMi-Gesundheitsprogramm und Videodolmetscher-Pilotprojekt, welche in dieser Arbeit beispielhaft erwähnt wurden, sind auf jeden Fall Schritte in die richtige Richtung, um die Versorgung von nicht deutschsprachigen Patienten zu verbessern, dürfen aber nicht als abgeschlossen und suffizient angesehen werden. Es bedarf noch vieler Weiterentwicklungen und Ausbauten dieser Strukturen, sowie Integrations- und Informationsarbeit, um diese auch in den Praxisalltag einfließen lassen zu können. Mit der optimalen Nutzung dieser Möglichkeiten kann das Ziel, die flächendeckende, bessere Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund und eine Garantie der Versorgungsgerechtigkeit, erreicht werden.

Die Tatsache, dass das folgende Zitat schon vor 17 Jahren geschrieben wurde und heute nach wie vor aktuell ist, unterstreicht die Notwendigkeit und Dringlichkeit der professionellen Umsetzung der aufgezählten Möglichkeiten zur Überwindung der Sprachbarrieren:

*„Derzeit ist in fast allen Ländern mit einer hohen Einwandererquote ein Mangel an kompetenten Dolmetschern für den Umgang mit Behörden, Gesundheitsdiensten und anderen sozialen Einrichtungen festzustellen. In diesen Ländern wird der Bedarf an Dolmetschern als zusätzliche Belastung gesehen.“ (Snell-Hornby et al., 1998, 321)*

Schlussendlich stellt sich bei allen Strategien die Frage, ob sie längerfristig eine Senkung der Kosten für die Betreuung der nicht deutschsprachigen Patienten bewirken oder einen finanziellen Mehraufwand darstellen, und wer in diesem Fall die Kosten tragen soll. Die Mediziner sind auf vorgegebene Strukturen und Gegebenheiten der Migrations-, Integrations-, Gesundheits- und Sozialpolitik angewiesen (Pöchlacker, 2000a). Flubacher (2013) verdeutlicht, dass es sich bei der Forderung nach besseren Versorgungsstrukturen für Patienten mit anderer Muttersprache um kein zu vernachlässigendes Luxusanliegen der Medizin handle, sondern um ein gesellschaftsrelevantes Problem. Dieses wird jedoch häufig aufgrund des „Kostenarguments“ nicht behandelt, welches vielleicht bewusst oder unbewusst die Ausgrenzung anderssprachiger Menschen verdeckt (Flubacher, 2013). Am Beispiel der Niederlande sieht man, dass, wenn der politische Wille da ist, ein kostenloses Dolmetschernetz von staatlicher Seite subventioniert und unterstützt werden kann (Drenthen, 2000). Ob eine Kostentragungspflicht von der Patientenseite ab einer bestimmten Aufenthaltsdauer sinnvoll ist (Kletečka-Pulker, 2013), kann man, aufgrund der Tatsache, dass vor allem psychische und emotionale Anliegen am ehesten in der Muttersprache korrekt wiedergegeben werden können, denke ich, nicht pauschal sagen. Im Sinne der Teilhabegerechtigkeit und Sozialethik müssen auf jeden Fall die bestehenden Strukturen für Patienten mit nicht deutscher Muttersprache besser zugänglich gemacht werden. In der Schweiz steht schon ein großes Netzwerk von Kommunaldolmetschern zur Verfügung, jedoch ist auch dort die Kostenfrage im niedergelassenen Bereich nicht geklärt. Welche Ansichten ein Arzt, der dieses Netzwerk in seiner Ordination nutzt, hat, wird im nachstehenden Zitat ersichtlich.

*„Die Dolmetscherkosten rechne ich (wie andere niedergelassene Hausärzte) über die Praxisausgaben ab, die Patienten zahlen nichts dafür. Der Aufwand lohnt sich nicht bloss (sic!) für die Patienten, sondern gibt auch mir Befriedigung bei der Arbeit. Es handelt sich um eine Hilfe, auf welche ich nicht verzichten möchte. Stossend (sic!) ist die Tatsache, dass sich die Krankenkassen weigern, zumindest einen Teil*



*der Kosten zu übernehmen, während eine jede (teilweise unnötigerweise) verordnete MRI-Untersuchung problemlos akzeptiert wird.“ (Flubacher, 2011, 523)*

## 6 FAZIT

---

Um bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patienten den ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, bedarf es in Österreich zuerst einer Sensibilisierung für die Tragweite der Sprachbarriere und anschließend politischer Entscheidungen, die Strukturen zur Optimierung ermöglichen. Es darf nicht immer von Fällen, bei denen man „eh“ trotz Kommunikationsproblemen zu einer Diagnose und Therapie kommt, ausgegangen werden. Patienten mit Migrationshintergrund benötigen auch in chronischen, emotional belastenden, psychiatrischen und anderen komplexen Anliegen eine gute medizinische Versorgung, wie sie auch deutschsprachige Patienten erhalten. Um diese zu ermöglichen ist zum einen die Optimierung des triadischen Gesprächs von großer Bedeutung. Mediziner und Medizinstudenten müssen die Kommunikationsregeln und die Gefahren dieser Situation kennenlernen, sowie für interkulturelle Kompetenz sensibilisiert werden. So kann der Dialog mit Angehörigen, Freunden und professionellen Dolmetschern optimal, patientenzentriert und kultursensibel geführt werden. Zum anderen bedarf es der Schaffung eines Netzwerks von Kommunaldolmetschern, welche in Situationen, in denen keine geeigneten Laiendolmetscher zur Verfügung stehen, beziehungsweise ein neutraler und fachlich kompetenter Sprachmittler benötigt wird, als Sprach- und Kulturbrücken fungieren können. Ebenso muss der Ausbau der Beratungsstellen für bestimmte Sprach- und Krankheitsgruppen gefördert werden, um den Aufklärungsstatus der nicht deutschsprachigen Bevölkerungsgruppe, über das Gesundheitssystem und andere medizinische Themen, zu verbessern.

Das Thema der Migration mit all den Aspekten der Multikulturalität und Sprachdiversität muss endlich auf gesundheitspolitischer Ebene aufgegriffen werden und in die medizinische Versorgung von Patienten integriert werden, sodass auch Patienten mit Migrationshintergrund eine gerechte, adäquate Behandlung auf allen Ebenen erhalten können. So kann deren Versorgung effizienter, effektiver und in weiterer Konsequenz kostengünstiger erfolgen.

*„Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung sind für die Qualitätsstandards im Gesundheitswesen verantwortlich und tragen in ihren jeweiligen Zuständigkeitsgebieten die Gesamtverantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. (...) Die Gesundheitspolitik sollte einen Rahmen schaffen, um eine migrantInnenfreundliche Qualitätsentwicklung in jedem Krankenhaus zu einem wichtigen*

*und erreichbaren Ziel zu machen (mittels rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Bestimmungen).“ (Pelikan et al., 2005, 4)*

Dieses Zitat aus der „Amsterdamer Erklärung“ zum Thema „Migrant-friendly hospitals“ möchte ich abschließend noch erweitern. Es bedarf nicht nur Bemühungen im Krankenhaus, die Versorgungssituation von Migranten zu verbessern, vielmehr sollte die Gesundheitspolitik einen Rahmen schaffen, der eine migrantenfreundliche Versorgung im gesamten Gesundheitssystem ermöglicht!

## 7 ANHANG

---

### 7.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs	Absatz
Anm	Anmerkung
Art	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B	befragte Person
StVG	Strafvollzugsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
Z	Zeile

## 7.2 LITERATURVERZEICHNIS

- Allaoui, R., 2005. Dolmetschen im Krankenhaus: Rollenerwartungen und Rollenverständnisse. Cuvillier, Göttingen.
- Andres, D., Pöllabauer, S. (Eds.), 2009. Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter?: Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Martin Meidenbauer, München.
- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., Breyer, E., 2015. Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, URL [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/migration\\_und\\_gesundheit\\_2015.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/migration_und_gesundheit_2015.pdf) (4.8.2015).
- Assion, H.-J. (Ed.), 2005. Migration und seelische Gesundheit. Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Aydinkoc, K., Schindler, K., Kautzky-Willer, A., Ludvik, B., Fasching, P., 2012. Migration und Diabetes. Wiener klinische Wochenschrift 124, 97–99. doi:10.1007/s00508-012-0280-4
- Bäärnhielm, S., Ekblad, S., 2000. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: A qualitative study of somatization and illness meaning. Culture, Medicine and Psychiatry 24, 431–452. doi:10.1023/A:1005671732703
- Baldaszi, E., Fuchs, R., Kytir, J., Marik-Lebeck, S., Rumpolt, P.A., Wisbauer, A., Faßmann, H., 2014. Migration & Integration: Zahlen.Daten.Indikatoren 2014. Statistik Austria, Wien, URL [http://www.integrationsfonds.at/nc/zahlen\\_und\\_fakten/statistisches\\_jahrbuch\\_2014/](http://www.integrationsfonds.at/nc/zahlen_und_fakten/statistisches_jahrbuch_2014/) (19.5.2015).
- Balić, M., 2009. Familienangehörige als Dolmetscher. Universität Wien, Wien.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F., 2013. Principles of biomedical ethics, 7. ed. Oxford University Press, New York.
- Betancourt, J.R., 2003. Cross-cultural medical education: Conceptual approaches and frameworks for evaluation. Academic Medicine 78, 560–569.
- Binder-Fritz, C., 2011. Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin, in: Peintinger, M. (Ed.), Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 119–144.
- Bischoff, A., Denhaerynck, K., 2010. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research 10, 248. doi:10.1186/1472-6963-10-248

- Bischoff, A., Hudelson, P., 2010. Access to healthcare interpreter services: Where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7, 2838–2844. doi:10.3390/ijerph7072838
- Bischoff, A., Kurth, E., 2010. Nur übersetzen?: Dolmetschen, vermitteln und schlichten in schweizerischen Gesundheitsinstitutionen, in: Schnepf, W., Walter, I. (Eds.), *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl*. Böhlau Verlag, Wien u.a., pp. 215–226.
- Bischoff, A., Perneger, T.V., Bovier, P.A., Loutan, L., Stalder, H., 2003. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice* 53, 541–546.
- Borde, T., David, M., Kentenich, H., 2002. Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen* 64, 476–485. doi:10.1055/s-2002-33775
- Bowen, M., 1989. The United States: A country of immigration, in: Joly, J.-F. (Ed.), *Proceedings of the Second North American Translators Congress*. RCNA-FIT, Montreal, pp. 111–115.
- Cropley, A.J., 2011. *Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung*, 4. ed. Klotz, Eschborn bei Frankfurt am Main/Magdeburg.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J., 2001. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357, 757–762.
- Drenthen, G., 2000. Die niederländischen Dolmetscherzentralen: eine wichtige Basiseinrichtung der Gesundheitsversorgung, in: David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Eds.), *Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 177–184.
- Egger, I., Wedam, U., 2003. Eure Sprache ist nicht meine Sprache. “Übersetzen” - Psychotherapie mittels Dolmetscherinnen, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Selbstverlag, Graz, pp. 83–92.
- Ernst, G., 2000. Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen, in: David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Eds.), *Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 57–66.
- Expertenrat für Integration, 2013. *Integrationsbericht 2013*. Bundesministerium für Inneres, Wien, URL [http://medienservicestelle.at/migration\\_bewegt/wp-content/uploads/2013/08/Expertenrat\\_Integrationsbericht\\_20133.pdf](http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/wp-content/uploads/2013/08/Expertenrat_Integrationsbericht_20133.pdf) (8.3.2015).

- Faller, H., Reusch, A., Meng, K., 2011. DGRW-Update: Patientenschulung. *Die Rehabilitation* 50, 284–291. doi:10.1055/s-0031-1285889
- Fan, R., Tao, J., 2004. Consent to medical treatment: The complex interplay of patients, families, and physicians. *Journal of Medicine and Philosophy* 29, 139–148. doi:10.1076/jmep.29.2.139.31505
- Flick, U., 2009. *An introduction to qualitative research*, 4. ed. Sage, Los Angeles u.a.
- Flubacher, P., 2013. Schweizer Erfahrungen mit Dolmetschern im Gesundheitswesen: Anstrengungen, den Einsatz kompetenter Dolmetscher zu fördern, in: Kaelin, L., Kletečka-Pulker, M., Körtner, U.H.J. (Eds.), *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Verlag Österreich, Wien, pp. 119–133.
- Flubacher, P., 2011. Wenn uns unsere Patienten nicht verstehen – wenn wir unsere Patienten nicht verstehen. *Swiss Medical Forum* 11, 520–523.
- Froschauer, U., Lueger, M., 2003. *Das qualitative Interview*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Geisler, L.S., 2002. Der gute Arzt. *GEO WISSEN: Die neuen Wege der Medizin* 30, 76–81.
- Geisler, L.S., 1997. Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. *Imago Hominis* 4, 47–55.
- Geisler, L.S., 1992. *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch*, Internet-Version der 3. erw. ed. Pharma Verlag, Frankfurt am Main.
- Giese, A., Uyar, M., Uslucan, H.H., Becker, S., Henning, B.F., 2013. How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information - a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC Health Services Research* 13, 196. doi:10.1186/1472-6963-13-196
- Glanzer, E., 2003. Geleitwort: Was wir dringend benötigen, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Selbstverlag, Graz, pp. 13–14.
- Green, J., Free, C., Bhavnani, V., Newman, T., 2005. Translators and mediators: bilingual young people's accounts of their interpreting work in health care. *Social Science & Medicine* 60, 2097–2110. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.067
- Grützmann, T., Rose, C., Peters, T., 2012. Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik in der Medizin* 24, 323–334. doi:10.1007/s00481-012-0223-7
- Gülich, E., Sator, M., 2011. Patientenbeteiligung in Gesprächen mit Dolmetschbeteiligung, in: Menz, F. (Ed.), *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen*. V & R unipress, Göttingen.

- Haderer, P., 2011. Sprache und medizinische Qualität: Eine Analyse zu Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Wiener Spitalswesen. Donau-Universität Krems, Krems.
- Hudelson, P., Dominicé Dao, M., Junod Perron, N., Bischoff, A., 2013. Interpreter-mediated diabetes consultations: a qualitative analysis of physician communication practices. *BMC Family Practice* 14, 163. doi:10.1186/1471-2296-14-163
- Hudelson, P., Perneger, T., Kolly, V., Junod Perron, N., 2012. Self-assessed competency at working with a medical interpreter is not associated with knowledge of good practice. *PLoS ONE* 7, e38973. doi:10.1371/journal.pone.0038973
- Ilkic, I., 2010. Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses, in: Deutscher Ethikrat (Ed.), *Migration und Gesundheit: Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*. Berlin, pp. 29–40.
- Ilkic, I., 2008. Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51, 857–864. doi:10.1007/s00103-008-0606-6
- Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, 2013. Tätigkeitsbericht 2013. Wien, URL [http://iERM.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/i\\_ethik\\_recht\\_medin/IERM-T%C3%A4tigkeitsbericht\\_2013\\_01.pdf](http://iERM.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_ethik_recht_medin/IERM-T%C3%A4tigkeitsbericht_2013_01.pdf) (10.6.2015).
- Jacobs, B., Kroll, L., Green, J., David, T.J., 1995. The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the royal society of medicine* 88, 474.
- Jacobs, E.A., Diamond, L.C., Stevak, L., 2010. The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. *Patient Education and Counseling* 78, 149–153. doi:10.1016/j.pec.2009.12.001
- Khan-Svik, G., 2008. Kultur und Ethnizität als Forschungsdimensionen: Von der Kulturanthropologie zur interkulturellen Pädagogik. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Kletečka, A., 2014a. Einwilligung, in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M., Memmer, M. (Eds.), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien, pp. I/131–I/154.
- Kletečka, A., 2014b. Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz), in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M., Memmer, M. (Eds.), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien, pp. II/1–II/32.
- Kletečka-Pulker, M., 2014. Rechtsgrundlagen der Behandlung, in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M., Memmer, M. (Eds.), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien, pp. I/1–I/26.
- Kletečka-Pulker, M., 2013. Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung?: Videodolmetschen - neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich, in:

- Kaelin, L., Kletečka-Pulker, M., Körtner, U.H.J. (Eds.), *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Verlag Österreich, Wien, pp. 45–70.
- Klimont, J., Ihle, P., Baldaszi, E., Kytir, J., 2008. *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit*. Statistik Austria, Wien, URL <http://bmgis02.bmgfj.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.ashx?sel=SnplmJrYUFXbHZSWmh6K3J6RU5Jdz090> (4.8.2015).
- Kogoj, D., 2011. *Transkulturell oder individuell? Überlegungen zum Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund*, in: Peintinger, M. (Ed.), *Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 253–261.
- Körtner, U.H.J., 2013. *Der marginalisierte Patient aus ethischer Sicht*, in: Kaelin, L., Kletečka-Pulker, M., Körtner, U.H.J. (Eds.), *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Verlag Österreich, Wien, pp. 19–31.
- Korzilius, H., 2010. *Medizinische Versorgung von Migranten: "Wir müssen die Patienten dort abholen, wo sie stehen."* Deutsches Ärzteblatt 107, A 80.
- Kostka, U., 2010. *Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zwischen Solidarität und Eigenverantwortung*, in: Deutscher Ethikrat (Ed.), *Migration und Gesundheit: Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*. Berlin, pp. 85–93.
- Kuljuh, E., 2003. *Kinder als Dolmetscher*, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Selbstverlag, Graz, pp. 143–148.
- Kutalek, R., 2011. *Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze*, in: Peintinger, M. (Ed.), *Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 23–38.
- Leischner, A., 2011. *Sprach- und kulturspezifische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung*, in: Peintinger, M. (Ed.), *Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 203–224.
- Machleidt, W., Calliess, I.T., 2004. *Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie*, in: Berger, M. (Ed.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie; unter systematischer Berücksichtigung von Übersichtsarbeiten der Cochrane-Collaboration und des Centre for Reviews and Dissemination*. Urban & Fischer Verlag, München, pp. 1161–1183.
- Maio, G., 2012. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Schattauer, Stuttgart.



- Memmer, M., 2014. Aufklärung, in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M., Memmer, M. (Eds.), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien, pp. I/71–I/130.
- Menz, F., 2013. Wie viel Kommunikation braucht die Medizin?: Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit, in: Kaelin, L., Kletečka-Pulker, M., Körtner, U.H.J. (Eds.), *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Verlag Österreich, Wien, pp. 3–17.
- Menz, F., 2011. Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen, in: Peintinger, M. (Ed.), *Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 225–235.
- Miörner Wagner, A.-M., Brigitzer, M., 2003. Krisenintervention und Behandlung von Schwertraumatisierten unter Beiziehung von DolmetscherInnen, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), *Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Selbstverlag, Graz, pp. 93–103.
- Nkulu Kalengayi, F.K., Hurtig, A.-K., Ahlm, C., Ahlberg, B.M., 2012. “It is a challenge to do it the right way”: an interpretive description of caregivers’ experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research* 12, 433. doi:10.1186/1472-6963-12-433
- Payer, L., 1993. *Andere Länder, andere Leiden: Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*. Campus-Verlag, Frankfurt am Main u.a.
- Peintinger, M., 2008. *Ethische Grundfragen in der Medizin*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Peintinger, M., 2003. *Therapeutische Partnerschaft: Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*. Springer-Verlag, Wien u.a.
- Pelikan, J.M., Bocek, G., Krajic, K., Novak-Zezula, S., Trummer, U., Wirtenberger, M., 2005. Die Amsterdamer Erklärung. URL [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_deutsch.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf) (13.5.2015).
- Peters, T., Grützmann, T., Bruchhausen, W., Coors, M., Jacobs, F., Kaelin, L., Knipper, M., Kressing, F., Neitzke, G., 2014. Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. *Ethik in der Medizin* 26, 65–75. doi:10.1007/s00481-013-0289-x
- Pöchlacker, F., 2010. Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen, in: Schnepf, W., Walter, I. (Eds.), *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl*. Böhlau Verlag, Wien u.a., pp. 205–214.

- Pöchhacker, F., 2000a. Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Stauffenburg-Verlag, Tübingen.
- Pöchhacker, F., 2000b. Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen, in: David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Eds.), Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 155–176.
- Pöllabauer, S., 2003. Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich - eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Selbstverlag, Graz, pp. 17–35.
- Rásky, É., Ressi, G., Anderwald, C., 2003. Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz, in: Pöllabauer, S., Prunč, E. (Eds.), Brücken bauen statt Barrieren: Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Selbstverlag, Graz, pp. 107–126.
- Rauprich, O., 2005. Die Begründung medizinischer Prinzipien - Common sense oder Kohärenz?, in: Düwell, M., Neumann, J.N. (Eds.), Wie viel Ethik verträgt die Medizin? Mentis, Paderborn, pp. 87–104.
- Renzaho, A.M.N., Mellor, D., Boulton, K., Swinburn, B., 2009. Effectiveness of prevention programmes for obesity and chronic diseases among immigrants to developed countries - a systematic review. *Public Health Nutrition* 13, 438–450. doi:10.1017/S136898000999111X
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., Waitzkin, H., 2000. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *The American Journal of Medicine* 108, 470–474.
- Saladin, P., Bühlmann, R., Dahinden, J., Gall Azmat, R., Ebner, G., Wohnhas, J., 2009. Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Sator, M., Gülich, E., 2013. Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung, in: Menz, F. (Ed.), Migration und medizinische Kommunikation: Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V & R unipress, Göttingen, pp. 147–310.

- Schaupp, W., 2011. Bioethik im Cultural Turn, in: Kröll, W., Schaupp, W. (Eds.), *Medizin im Konflikt der Kulturen*. Manz, Wien, pp. 73–89.
- Schröder, H., 2010. Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Witt, C. (Ed.), *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht: Ergebnisse eines Expertentreffens*. KVC Verlag, Essen, pp. 93–117.
- Seale, C., Rivas, C., Kelly, M., 2013. The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. *The British Journal of General Practice* 63, e125–e133. doi:10.3399/bjgp13X663082
- Shackman, J., 1987. *The right to be understood: A handbook on working with, employing and training community interpreters*. National Extension College, Cambridge.
- Singer, J., 2013. *Prioritäten von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Gespräch in der Allgemeinmedizin - Eine Querschnittstudie in Österreich im Rahmen des QUALICOPC Projektes*. Medizinische Universität Wien, Wien.
- Snell-Hornby, M., Hönig, H.G., Kußmaul, P., Schmitt, P.A. (Eds.), 1998. *Handbuch Translation*. Stauffenburg-Verlag, Tübingen.
- Statistik Austria, 2015. *Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2014)*. Statistik Austria, Wien, URL [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/) (19.5.2015).
- Strauss, A., Corbin, J., 1996. *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Tipold, A., 2014. Die strafrechtliche Verantwortung, in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M., Memmer, M. (Eds.), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien, pp. II/33 – II/50.
- Uluköylü, S., 2005. *Verstehen und verstanden werden: Sprach- und Kulturmittlung im medizinischen Bereich*. Karl-Franzens-Universität, Graz.
- Wedam, U., 2009. Sprachkultur - Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext, in: Andres, D., Pöllabauer, S. (Eds.), *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter?: Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. Martin Meidenbauer, München, pp. 181–195.
- Westermilies, I., 2004. *Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: Medizinisch-ethische Aspekte*. LIT Verlag, Münster.
- Westra, A.E., Willems, D.L., Smit, B.J., 2009. Communicating with Muslim parents: “the four principles” are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics* 168, 1383–1387. doi:10.1007/s00431-009-0970-8

- Wimmer, B., 2011. Brücken bauen statt Barrieren - Community Interpreting als Beitrag zur Integration von MigrantInnen in das regionale Gesundheitswesen, in: Peintinger, M. (Ed.), Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, pp. 237–251.
- Zahedi, F., Larijani, B., 2009. Common principles and multiculturalism. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2, 6.

### 7.3 QUELLEN AUS DEM INTERNET

#### **Ethno Medizinisches Zentrum e.V.:**

[http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28&Itemid=34](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34) [10.6.2015]

#### **INTERPRET:**

<http://www.inter-pret.ch/was-ist-eigentlich.html> [10.6.2015]

[http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Berufskodex\\_2013\\_D\\_01.pdf](http://www.inter-pret.ch/uploads/media/Berufskodex_2013_D_01.pdf) [10.6.2015]

[http://www.inter-pret.ch/uploads/media/2014\\_Einsatzstatistik\\_dt.pdf](http://www.inter-pret.ch/uploads/media/2014_Einsatzstatistik_dt.pdf) [10.6.2015]

#### **Jusline:**

[http://www.jusline.at/49\\_AerzteG.html](http://www.jusline.at/49_AerzteG.html) [28.4.2015]

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=110> [28.4.2015]

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=197&paid=69> [28.4.2015]

#### **Praxisplan:**

[www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at) [5.6.2015]

#### **RIS – Rechtsinformationssystem:**

[https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_42/BGBLA\\_2006\\_I\\_42.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.html) [28.4.2015]

#### **Uni for life:**

<http://www.uniforlife.at/sprachen/detail/kurs/kommunaldolmetschen-1/> [10.6.2015]

#### **United for human rights:**

<http://de.humanrights.com/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-21-30.html> [14.5.2015]

#### **Volkshilfe Wien:**

<http://www.volkshilfe-wien.at/news/mimi-gesundheitslotsen-zertifikatverleihung> [11.6.2015]

## **Zentrum Patientenschulung:**

<http://www.zentrum-patientenschulung.de/theorie/ueberblick/> [3.8.2015]

### **7.4 ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abb. 1	Baldaszi, E., Fuchs, R., Kytir, J., Marik-Lebeck, S., Rumpolt, P.A., Wisbauer, A., Faßmann, H., 2014. Migration & Integration: Zahlen.Daten.Indikatoren 2014. Statistik Austria, Wien, URL <a href="http://www.integrationsfonds.at/nc/zahlen_und_fakten/statistisches_jahrbuch_2014/">http://www.integrationsfonds.at/nc/zahlen_und_fakten/statistisches_jahrbuch_2014/</a> (19.5.2015).
--------	---

## 7.5 BESTÄTIGUNG DER ETHIKKOMMISSION



Borschkegasse 8b/6  
1090 Wien, Österreich

T +43(0)1 404 00-2147, 2244  
F +43(0)1 404 00-1690  
ethik-kom@meduniwien.ac.at  
ethikkommission.meduniwien.ac.at

Wien, 21.Mai 2014

Zur Vorlage bei der Studienabteilung

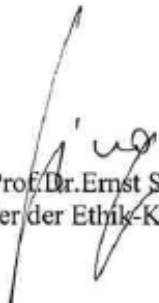
Betreff: Diplomarbeit von Frau Eva Maria Reindl , Matr.Nr. **n1042287**

**„Sprachbarrieren im Gesundheitswesen“**

Sehr geehrte Frau Prof. Kutalek, sehr geehrte Frau Reindl!

Die Ethik-Kommission hat Ihren oben genannten Antrag begutachtet und teilt Ihnen mit, dass für eine derartige Fragestellung keine Vorlage bei der Ethik-Kommission der Medizinischen Universität Wien erforderlich ist.

Mit vorzüglicher Hochachtung

  
Univ. Prof. Dr. Ernst Singer  
Vorsitzender der Ethik-Kommission