

Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen

Banu Wimmer und Osman S. Ipsiroglu

Universitätsklinik für Frauenheilkunde, AKH und
Referat für Medizinexport, Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde,
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde AKH, Wien, Österreich

Communication barriers in health care of migrants and their children. Exemplary cases, analysis and suggestions for improvement

Summary. Up to 41% of patients treated in health care institutions and hospitals in Vienna are non-German-speaking. As one half of the foreign population of Vienna speaks little or no German, their treatment in health care institutions is a difficult issue. Based on exemplary case reports, linguistic and socio-cultural communication barriers in health care are presented and the problematic area of foreign-language communication is analysed. Misunderstandings due to communication barriers not only have a negative financial impact on health care economy, they also complicate the individual care of these patients.

Based on the experience gained thus far and in concurrence with the developments in other European countries, the use of professional interpreters who combine their role as linguistic intermediaries with the cultural features of foreign-language patients (community interpreters) should be encouraged. The use of specifically trained internal hospital staff is recommended as well. A concept to coordinate central organisations that provide interpreters in the public field may substantially enhance the quality and efficiency of health care in this special situation.

Key words: Migrants, health care, linguistic and socio-cultural communication, community interpreter.

Zusammenfassung. Bis zu 41% des Gesamt-Patientenaufkommens der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten sind fremdsprachige Patienten. Da die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügt, gestaltet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen schwierig.

Anhand exemplarischer Falldarstellungen werden sprachlich und sozio-kulturell bedingte Kommunikations-

barrieren im Gesundheitsbereich dargestellt, und hinsichtlich des Problembereiches fremdsprachige Kommunikation analysiert: Kommunikationsbarrieren bedingte Missverständnisse haben nicht nur einen negativen gesundheitsökonomischen Effekt, sondern erschweren auch die individuelle Versorgung dieser Patienten.

Aus der bisherigen Erfahrung und in Einklang mit den Entwicklungen in den übrigen europäischen Ländern sollten sowohl der Einsatz von professionellen Dolmetschern, die in ihrer sprachlichen Vermittlungsfunktion auch kulturbedingte Besonderheiten der fremdsprachigen Patienten berücksichtigen können (*Community Interpreter*), als auch der Einsatz von hausinternen MitarbeiterInnen nach einer Grundschulung und kontinuierlicher Fortbildung, gefördert werden. Bezogen auf die spezielle Wiener Situation kann ein Konzept zur Koordinierung und zentralen Organisation von Dolmetscherdiensten im öffentlichen Bereich zu einer wesentlichen Steigerung der Qualität und Effizienz der Versorgung beitragen.

Schlüsselwörter: Migranten, Gesundheitswesen, Kommunikation, Dolmetschen, Community Interpreter.

Einleitung

In der Wiener Bevölkerung ist in den letzten 40 Jahren ein kontinuierlich wachsender Anteil an Migranten zu verzeichnen. Aufgrund der politischen Umbrüche in den Entwicklungs- und Schwellenländern sowie aufgrund der zunehmenden internationalen Mobilität wird in den nächsten Jahren das Problem der Migration weiterhin existent sein. Einen entsprechend hohen Prozentsatz ausländischer Patienten spiegelt auch das Gesamt-Patientenaufkommen der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten wider [1].

In einer im Auftrag des WHO-Projektes „Wien-Gesunde Stadt“ und Wiener Integrationsfonds durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass fast die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügt und die Inanspruchnahme verschiedener gesundheitlicher Einrichtungen „für Migran-

ten und Gesundheitspersonal nicht immer friktionsfrei ist“ [2]. Zur Überwindung der Sprachbarrieren werden im Spitalsalltag hauptsächlich Angehörige, vor allem die eigenen Kinder und Reinigungspersonal herangezogen [3], wodurch ein Gemisch aus „ein bisschen verstehen“ seitens des medizinischen Personals und „ein bisschen Dolmetschen“ seitens der „natürlichen“ Dolmetscher entsteht. Durch die Kommunikationsbarrieren wird einerseits die Arbeit des Gesundheitspersonals erschwert, was zur Folge hat, dass der Versorgungsauftrag der Gesundheitseinrichtung behindert wird, und andererseits sind die Betroffenen weniger gut in der Lage, ihre Interessen und Anliegen zu vertreten.

Aus diesem Grund sollte eine migrantenspezifische bzw. kulturberücksichtigende Gesundheitsversorgung als Perspektive wahrgenommen und in die medizinische Versorgungsplanung Eingang finden. Diese Dienstleistungsorientierung wird helfen, Kommunikationsbarrieren abzubauen und die Effizienz zu steigern. Dienstleistungsorientierung ist aus Gründen der Qualitätssicherung und Ökonomie unumgänglich, denn sprachlich bzw. soziokulturell bedingte Missverständnisse bilden im klinischen Alltag keine Seltenheit und verdienen aufgrund ihrer juristischen Brisanz besondere Aufmerksamkeit [4, 5, 6, 7].

In den meisten EU-Ländern herrscht heute Konsens, dass die Praxis der „stummen Medizin“ ausländischen Patienten gegenüber folgenschwere Konsequenzen nach sich ziehen kann. Aus diesem Grund sind in den neunziger Jahren in den meisten westeuropäischen Ländern – vor allem in Ballungsräumen mit entsprechend hohem Migrantenanteil – Einrichtungen, sogenannte „Sprachpools“ mit qualifizierten Dolmetschern für den Gesundheits- und Sozialbereich entstanden, die auf eine fachspezifische Bewältigung von Versorgungsproblemen bei Migranten hinwirken: Im Pariser *Centre Migrants* werden jährlich 40.000, in den schwedischen *Tolkcentralen* und *Tolkenformedling* mehr als 200.000 und im niederländischen *Tolkcentrum* über 100.000, im Londoner *Language Line* über 200.000 solcher kommunikativer Dienstleistungen für das Gesundheits- und Sozialwesen abgewickelt [8]. Ziel all dieser Einrichtungen ist es, u.a. Migranten aus ihrer medizinischen Isolation herauszuholen und so kompetent zu betreuen, dass ihr medizinisches Verständnis und damit die Compliance steigt.

In der österreichischen Bundeshauptstadt Wien wurde in den letzten Jahren im Bereich der Dolmetschdienste in unterschiedlichen Kontexten viel bewusstseinsbildende Arbeit geleistet und Entwicklungen in Gang gesetzt [2, 3]. Trotzdem fehlt im internationalen Vergleich sowohl in qualitativer (Fehlen einer spezifischen Ausbildung) als auch in quantitativer Hinsicht (dzt. arbeiten in Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes nur 6 DolmetscherInnen für die türkische Sprache) eine geeignete Infrastruktur von Dolmetscherdiensten für den Gesundheits- und Sozialbereich.

Im folgenden werden anhand exemplarischer Falldarstellungen sprachlich und sozio-kulturell bedingte Kommunikationsbarrieren im Gesundheitsbereich dargestellt und auf Angebote der Gesundheitssicherung und -förderung bezogen. Da die Erstautorin Dolmetscherin für die türkische Sprache ist, beziehen sich die vorliegenden Fallbeispiele auf PatientInnen dieser Sprachgruppe.

Fallbeispiele und Analysen

Fall 1

In der Kinderabteilung eines Krankenhauses wurde beim ersten Kind einer jungen türkischen Familie (A) ein Pyruvatkinasemangel diagnostiziert*. Familie A. ist verheiratet, lebt seit wenigen Jahren in Österreich. Zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes war Frau A. 17 Jahre und Herr A. 20 Jahre alt. Beide haben in der Türkei die fünfjährige Volks- bzw. Pflichtschule abgeschlossen, sind jetzt in Österreich als Arbeiter tätig und verfügen über geringe Deutschkenntnisse, die sie hauptsächlich an ihrer Arbeitsstelle erworben haben.

Im Zuge des Aufklärungsgespräches über die Folgen der Erkrankung empfahl die behandelnde Ärztin der Familie eine genetische Beratung, um das familiäre Risiko bei der weiteren Familienplanung berücksichtigen zu können. Familie A. nahm den vom Kinderspital vereinbarten Termin in der genetischen Beratungsstelle wahr. Anhand von schematisch dargestellten Bildern wurden die Eheleute über die Vererbungslehre und das Risiko, ein krankes Kind zu bekommen, aufgeklärt. Allerdings die Information, dass eines von vier Kindern krank, zwei Träger der Krankheit ohne selber krank zu sein und ein Kind gesund sein würde, wurde ihrerseits völlig falsch aufgefasst: Frau A. wurde daraufhin dreimal schwanger und ließ alle diese Schwangerschaften abbrechen. Die vierte Schwangerschaft trug sie aus, da sie der Annahme war, dass nur das vierte Kind ein gesundes Kind werden würde. Das zweite geborene Kind der Familie A. hatte leider auch dieselbe Erkrankung.

Die Tatsache, dass hier der Versuch unternommen wurde, das medizinische Fachwissen in einer laienfreundlichen Art den Ratsuchenden zu vermitteln, blieb nicht nur ohne Erfolg, sondern verursachte auch schwerwiegende Konsequenzen. Auch wenn der Arzt seine Formulierungen alltagssprachlich gestaltet hat, sind die Formulierungen nur verständlich für den, der die Sachverhalte kennt, der also ein gewisses Grundwissen hat [9].

Klienten, die dieses Grundwissen nicht mitbringen, etwa Personen, die keine höhere Schulbildung haben, können daher den „laienfreundlichen“ Ausführungen eines Arztes dennoch nicht folgen. Im geschilderten Fall ist ohne jegliche Kenntnis der Humangenetik und der Funktion des menschlichen Organismus ein Verstehen des Sachverhaltes kaum möglich. Zusätzlich ergeben sich krasse Zweifel daran, inwiefern Ärzte mit „reduziertem“ Deutsch ihrer Informationspflicht nachkommen können: Die subjektive Einschätzung des Arztes unterliegt dabei gefährlichen Verzerrungen, die neben dem Respekt gegenüber der ärztlicher Autorität oder höflichem Bemühen, ihre Ursache auch in der gewählten (z. B. schambehafteten) Fragestellung haben können.

Diese Verständigungsproblematik wächst nun umso mehr, wenn die Ratsuchenden einer anderen Sprachgemein-

* Pyruvatkinasemangel ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der es zu raschem und vermehrtem Zerfall der roten Blutkörper kommt, die in monatlichen Abständen durch Fremdbluttransfusionen ersetzt werden müssen. Aber auch die zugeführten Blutkörperchen zerfallen sehr bald, sodass das Eisen des roten Blutfarbstoffes freigesetzt wird. Trotz einer medikamentösen „Entgiftung“ durch Desferioxamin, kommt es zu einer kontinuierlichen, irreversiblen Anreicherung des Eisens in allen Organen, wodurch eine geringere Lebenserwartung entsteht. Somit müssen Patienten (auch das Kind der Familie A.) zeitlebens im Krankenhaus engmaschig medizinisch betreut werden.

schaft angehören und die Landessprache nicht gut beherrschen, wie im Falle der Familie A, wo die gutgemeinte genetische Beratung für die Familie A zu folgenschweren Konsequenzen führte.

Fall 2a

Ein 6-jähriges, schulpflichtiges Kind wurde seitens des Schularztes wegen Minderwuchses an die endokrinologische Ambulanz eines Wiener Kinderspitals zugewiesen. Da der Begleiter, der Vater des Kindes, kaum der deutschen Sprache mächtig war, wurde gleich bei der Anmeldung eine Dolmetscherin hinzugerufen.

Während der Wartezeit auf den Arzt erzählte der Vater der Dolmetscherin, dass er bereits längere Zeit in Österreich lebe. Seine Frau sowie seine drei Kinder waren erst vor einem Jahr nach Österreich gekommen. Seine damals noch in der Türkei lebende Frau hatte die gesetzlich vorgeschriebene Geburtsregistrierung ihrer Kinder unmittelbar nach ihrer Geburt verabsäumt. Da die Kinder aber für die Ausreise aus der Türkei Dokumente brauchten, wurde die Geburtsregistrierung im Zuge der Übersiedlung nach Österreich nachgeholt. Doch dabei wurden die Geburtsdaten der Kinder falsch registriert. Alle Geburtsdaten wurden mit 1.1. und dem dazugehörigen Jahr eingetragen. Während bei zwei seiner Kinder das Geburtsjahr stimmte und die Abweichungen „nur“ in den Geburtsmonaten lagen, war bei dem in der Ambulanz vorstelligen Kind auch das Geburtsjahr um ein Jahr zu früh registriert worden. Das laut offiziellem Dokument 6-jährige Kind war daher in Wirklichkeit erst 4,5 Jahre alt. Auf die Frage der Dolmetscherin, warum er dies nicht gegenüber dem Schularzt erwähnt hätte, antwortete der Vater, dass sein Kind vom Schularzt sofort ohne Rücksprache mit der Familie eine Zuweisung ins Spital erhalten hatte. Da kaum eine Kommunikation stattgefunden hatte, erfuhr er auch nicht den Grund für die Spitalzuweisung und war der Annahme, dass diese Prozedur in Österreich üblich sei. Seine Deutschkenntnisse wären zwar für seine Tätigkeit in der Baubranche und im Alltagsleben ausreichend, genügten aber nicht, diesen komplizierten Sachverhalt einem Arzt mitzuteilen. Nach diesem Gespräch war es nur mehr eine bürokratische Prozedur, das Alter des Kindes in der zuständigen Konsularabteilung korrigieren zu lassen.

Fall 2b

Eine 35-jährige schwangere türkische Frau meldete sich in der geburtshilflichen Abteilung eines Wiener Krankenhauses zur Geburt an. Aufgrund ihres Alters riet ihr der Frauenarzt zu einer Fruchtwasserpunktion, da mit zunehmendem Alter auch die Risiken von Fehlbildungen des menschlichen Erbmaterials steigen können. Das Beratungsgespräch erfolgte mit Hilfe einer Dolmetscherin, da die Patientin nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügte. Erst durch das Verstehen des Sachverhaltes und der Zusammenhänge teilte sie dem Arzt mit, dass sie jünger sei als in ihren Dokumenten angegeben. Nach Bekanntwerden ihres wirklichen Alters erübrigte sich die Durchführung der pränatalen Diagnose.

Hintergrundinformation: Die Geburtsanmeldung unmittelbar nach der Geburt ist in der Türkei gesetzlich vorgeschrieben. Obwohl eine verspätete Geburtsregistrierung rechtlich nicht zulässig ist, kommt es vor, dass ganze Dörfer im Winter eingeschneit sind und dadurch in der Registrierung von Geburten Versäumnisse entstehen. Da auch bei der ländlichen Bevölkerung der Geburtstag kaum einen wichtigen Stellenwert hat, ist dieses Datum nicht relevant und gerät deshalb in Vergessenheit. Damit kann es vorkommen, dass die Registrierung manchmal erst dann geschieht, wenn Dokumente gebraucht

werden. Wenn bei der verspäteten Geburtsregistrierung das Geburtsdatum nicht mehr in Erinnerung ist, wird in den Dokumenten entweder nur das Geburtsjahr oder der 1.1. als Geburtsdatum eingetragen.

Die Missverständnisse in diesen beiden Fällen sind nicht nur sprachlich kommunikativ bedingt, sondern liegen vor allem in der bildungs- und soziokulturellen Diskrepanz der Gesprächspartner. Eine reine Sprachmittlung (Dolmetschtätigkeit) kann hier nur bedingt eine Lösung anbieten. Wenn Diskrepanzen der Kommunikationspartner zu groß werden, um die Kommunikationsbarrieren nur auf die Sprache zu reduzieren, kann nur eine Sprach- und Kulturmittlung mit einem Community Interpreter die Problematik lösen. Gerade bei Klienten aus nicht europäischen Kulturen ist die Tätigkeit des Community Interpreters wesentlich.

Fall 3

Fall 3 ist die partielle Wiedergabe einer „üblichen“ Kommunikation im Krankenhaus mit nicht deutschsprachigen Klienten und einer jugendlichen Verwandten als Dolmetscherin. Das Gespräch fand in der HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses statt. In HNO-Abteilungen werden aus behandlungsmethodischen Gründen Videoaufnahmen von Patientenkontakten, mit dem Wissen der Patienten, durchgeführt. Dieses Beispiel soll die tatsächlich oft eintretende unfruchtbare Situation in der Kommunikation verdeutlichen [10].

Eine junge türkische Familie sucht wegen der Sprachentwicklungsverzögerung ihrer zweieinhalb jährigen Tochter eine HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses auf. Die Eltern befürchten, dass das Zungenbändchen ihrer Tochter verwachsen sei und dass diese organische Fehlbildung ihr „Sprechen“ behindere. Die Eltern verfügen über schlechte Deutschkenntnisse, deswegen bringen sie ihre in Österreich aufgewachsene, 16-jährige Nichte als Verständigungshilfe mit. Die Begutachtung des Kindes erfolgt durch eine Logopädin. Schon zu Beginn führt eine im Infinitiv gehaltene Antwort des Vaters zu einer Geschlechtsverwechslung des Patienten, die bis kurz vor Beendigung des Besuches nicht mehr weiter auffällt.

Zuerst beginnt die Logopädin anhand eines Fragebogens mit der Erhebung der Anamnese. Die erste an die Mutter adressierte Frage nach der Schwangerschaft wird durch die Nichte als Frage nach der Geburt verdolmetscht. In ihrer nächsten Frage fragt die Logopädin nach der Geburt, die die Mutter bereits in der ersten – falsch übersetzten – Frage beantwortet hatte. Nachdem die Nichte dieselbe Frage an die Mutter weitergibt, reagiert diese zu Recht mit einer verständnislosen Rückfrage: „*Meinst Du, als ich selbst geboren wurde?*“

Als die Nichte in ungeduldigem Ton immer wieder auf eine Antwort drängt, ohne sich offenbar über die von ihr selbst gestifteten Verwirrung im Klaren zu sein, mischt sich nun auch noch der Vater zur Klärung der Frage in das in türkischer Sprache geführte Gespräch ein. Für die Logopädin ist es wiederum unverständlich, dass die einfache Frage nach der Geburt eine so lange Diskussion innerhalb der Familie auslöst, so dass sie den Versuch unternimmt, in einer Zwischenfrage nach etwaigen Komplikationen zu fragen. Aber auch die geht im Ringen der Familie, eine Klärung der Frage herbeizuführen, ohne Verdolmetschung unter.

Dass das mit dem Einsteckkasten beschäftigte Kind immer wieder Äußerungen in türkischer Sprache von sich gibt, bleibt der Logopädin mangels Verdolmetschung verborgen, da sie diese Äußerungen lediglich als „Laute“ wahrnimmt. In weiterer Folge beginnt die Logopädin mit der Sprachanamnese, wobei sie sich erkundigt, ob das Kind überhaupt nachzusprechen versucht. Doch auch diese Frage wird von der Nichte in

der Verdolmetschung umgedeutet auf das *Richtig-Wiederholen-Können*, das zur verneinenden Antwort der Mutter führt.

Die darauffolgenden Sprachspiele, die zur Überprüfung des Verständigungsvermögens des Kindes für verschiedene Handlungsaufforderungen (den Ball dem Vater geben, zum Fenster tragen etc.) dienen, führen zum Unverständnis und großen Enttäuschung seitens der Familie: Von einer Ärztin (der weiße Mantel führt die Eltern zu der irrtümlichen Annahme, vor sich eine HNO-Ärztin zu haben) hätten sie sich wohl keine Sprachspiele, sondern die Untersuchung ihres Kindes oder zumindest Fragen und Aussagen zur Sprechfähigkeit als Gegenstand der Interaktion erwartet.

Die Mutter, die aufgrund ihrer fehlenden Sprachkompetenz völlig auf ihre Nichte angewiesen ist und die meisten an sie gerichteten Fragen mangels Verdolmetschung nicht beantworten konnte, da diese entweder vom Vater oder direkt durch die Nichte übernommen wurden, ist bis zu diesem Moment völlig in den Hintergrund gedrängt. Doch nun gibt sie sich mit den knappen Antworten der Nichte nicht zufrieden und bringt genau das eigentliche Anliegen zum Ausdruck „*Sagt doch, was wir vermuten!... Weshalb haben wir sie denn hierher gebracht? Diesen Weg!*“. Der Vater hat jedoch zu diesem Zeitpunkt die Hoffnung auf eine Verständigung aufgegeben. Im Gegensatz zu seiner Frau ist er bereit, das ganze Bemühen, hier Rat und Hilfe zu finden, als gescheitert zu betrachten: „*Lass um Gottes Willen, die verstehen das nicht!*“. Die Nichte stellt sich nun auch auf die Seite des Vaters und wiederholt: „*Lass doch! Die verstehen das nicht!*“. De facto ist es der Mutter nicht mehr möglich, sich bei der Logopädin Gehör zu verschaffen.

Ohne Einblick in die kritische Situation der Familie fährt die Therapeutin mit weiteren Ratschlägen zur Förderung der Sprachentwicklung des Kindes fort, die vom Vater und der Nichte kurz bestätigend mit „*Ja, ja*“ zur Kenntnis genommen werden. Als die Logopädin zum Schluss die Familie fragt, ob sie noch Fragen hätten, ist keine Basis für ein Fortführen des Gesprächs mehr vorhanden und der Vater reagiert mit einem kurzen und dialektal verneinenden „*Na, Danke*“.

Fall 3 ist die partielle Wiedergabe einer „üblichen“ Kommunikation im Krankenhaus zwischen Angehörigen des Spitals und den Klienten mit der sprachmittlerischen Hilfe ihrer Begleitpersonen, z.B. einer Jugendlichen. Im vorliegenden Fall erweist sich die Kommunikation durch die Nichte als schwer defizitär. Nicht nur Anamnesefragen wurden falsch, verkürzt oder verzerrt wiedergegeben, sondern auch die Beratung über Sprachförderungsmaßnahmen ist trotz expliziter Aufforderung ohne Verdolmetschung geblieben.

Besonders für Kinder oder Jugendliche stellt das Dolmetschen im medizinischen Kontext eine unnötige Belastung dar: Einerseits liegen die Gesprächsinhalte meist weit außerhalb ihres Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizonts, so dass sie Themen, die für sie unangenehm sind, übergehen [11, 12]. Tatsache aber ist, dass Kinder oder Jugendliche insbesondere in der Geburtshilfe, Kinder und Jugendheilkunde immer wieder zu Dolmetschzwecken herangezogen werden. Fachlich stellt sich die Frage, inwieweit das von der Therapeutin als auffällig befundete Nachsprechverhalten tatsächlich mit einer Sprachentwicklungsverzögerung zu tun hatte. Selbst wenn die Therapeutin zu einer korrekten Einschätzung gelangt ist, hat sie das eigentliche Anliegen der Familie, das zum Aufsuchen der HNO-Abteilung geführt hatte, nicht bearbeitet.

Diskussion

Fallbeispiele

Die dargestellten Fälle führen deutlich vor Augen, welchen Risiken die therapeutische Interaktion unter-

liegt, wenn die Verständigung mit nicht deutschsprachigen KlientInnen durch Amateur-„Dolmetscher“ erfolgt. Erschwerend kommen zwei Punkte hinzu: Erstens, aufgrund der Herkunft der ratsuchenden Patienten ist ein kulturelles Selbstverständnis der Abläufe im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie nicht gegeben. Zweitens, Ärzte oder medizinische Berater sind üblicherweise auch in ihrer eigenen Sprache nicht im „Kommunizieren“ geschult [13].

Da gerade das kulturelle Selbstverständnis für das Verstehen und Umsetzen von therapeutischen Maßnahmen (Compliance) von grundlegender Bedeutung ist, betreffen durch Kommunikationsbarrieren bedingte Missverständnisse nicht nur das Gesundheitssystem ökonomisch, sondern erschweren auch die individuelle Versorgung dieser Patienten. Dadurch kommt es zu: 1) längeren Liegezeiten wegen diagnostischer Unklarheiten, 2) unnötigen Untersuchungen, 3) Fehlversorgungen, 4) Chronifizierungen, 5) fehlender Compliance seitens der Patienten und 6) unnötigen Kosten [4, 5, 6, 7].

Gesetzgebung

Von Seiten der Gesetzgebung ist sowohl die Aufklärungspflicht als auch die Haftungsfrage zu berücksichtigen: Die gesetzlich verbriefte Aufklärungspflicht verpflichtet das ärztliche Personal des Krankenhauses, die Aufklärung so zu gestalten, dass sie seitens der Patienten verstanden wird (§ 17a Wr.KAG 1995). Juridisch liegt die Beweislast der medizinischen Aufklärung beim Krankenhaus. Bei nicht deutschsprachigen Patienten ist der Einsatz von Dolmetschern Voraussetzung. Die rechtlichen Grundlagen für die Regelung etwaiger Schadensansprüche im Falle von Fehlbehandlung infolge mangelhaft vermittelter Verständigung durch Sprachmittler sind in §1299 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches ABGB zu finden. D. h. ein Arzt, der sich zur Verständigung mit einem Patienten z. B. einer fremdsprachigen Krankenschwester bedient, und dem die Ungeschultheit dieser Person im „Geschäft“ des Dolmetschens bekannt ist, haftet für die Konsequenzen einer falschen Diagnose- oder Therapieentscheidung aufgrund mangelhaft vermittelter Verständigung.

Community Interpreting

Andere zu verstehen bzw. selbst verstanden zu werden erfordert in erster Linie weitgehende sprachliche und kulturelle Kompetenzen. Sind die Ressourcen bildungsbedingter, sprachlicher und kultureller Verständigung eingeschränkt, bleibt den Menschen der Zugriff auf wichtige Informationen zur Gestaltung ihrer sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse weitgehend versagt. Dies gilt insbesondere für Migranten und Flüchtlinge, die der Landessprache nicht mächtig sind [2, 3, 8].

Gerade in der Gesundheitsversorgung, beim Zusammentreffen von Menschen unterschiedlicher nationaler Herkunft, Sprache, Bildungsniveau, medizinischem Sach- und Institutionswissen, sozialer Schicht, Sozialisation und anderer prägender Einflüsse, sind die Diskrepanzen der Kommunikationspartner zu groß, um die Kommunikationsbarrieren nur auf die Sprache zu reduzieren. Eine Möglichkeit, diesen Kommunikationsproblemen entge-

genzuwirken, ist der Einsatz von professionellen Dolmetschern, die genaue Kenntnis des soziokulturellen Hintergrundes besitzen: International hat sich dafür die englische Bezeichnung *Community Interpreter* etabliert [3].

Aus diesem Kontext heraus hat *Community Interpreting* einen erweiterten Spielraum des Dolmetschens gegenüber anderen Dolmetsch-Sparten: Neben exakter Gesprächswiedergabe (simultan oder konsekutiv) ist auch eine Gesprächsvermittlung erforderlich, um auf Missverständnisse aufmerksam zu machen. Dies geschieht durch koordinierende Gesprächsbeiträge sowie „Meta-Kommentare“ mit äusserungs- oder handlungserläuternder Funktion [10]. Die professionelle Überbrückung der beschriebenen Kommunikationsbarrieren gewährleistet sowohl ökonomisch als auch individuell für den Patienten eine effizientere Gesundheitsversorgung [4, 5, 6, 7].

Status Quo

In einer an Wiener Krankenhäusern durchgeführten Studie wurde anhand quantitativer Daten dokumentiert, dass die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten seitens des medizinischen Personals als „nicht zufriedenstellend“ empfunden wird, und dass die Kommunikation vor allem durch nicht professionelle SprachmittlerInnen wie Kinder, Begleitpersonen, Reinigungspersonal und Jugendliche vermittelt wird [3].

Der wahre Bedarf an Dolmetschleistungen kann jedoch weder erhoben noch quantifiziert werden, da es im Krankenhausbereich keine Dokumentation, Statistik und Bedarfsanalyse über die Kommunikationsproblematik mit nicht deutschsprachigen Patienten gibt. Zusätzlich dringen auch aufgrund der eher starren, hierarchischen Struktur kommunikationsbedingte Probleme des medizinischen Personals mit nicht deutschsprachigen Patienten kaum zu den in Verwaltung und Politik tätigen Entscheidungsträgern.

Im Gegensatz zum Krankenhausbereich werden im Sozialbereich durch den „Dolmetschpool“ des Jugendamtes freiberufliche Dolmetscher vermittelt (26 Sprachen inkl. der Gebärdensprache). Analog dazu werden auch im Bildungsbereich seit zwei Jahren freiberufliche Dolmetscher für den Schulbereich vermittelt (12 Sprachen). Die Flüchtlingskommission der Vereinten Nationen in Wien (UNHCR) und die Bundespolizei haben ebenfalls einen eigenen Dolmetscherpool mit eigenem Budget und eigenem Verrechnungsmodus.

Analyse

Trotz des vielfältigen Arbeitsbereiches für Dolmetscher im öffentlichen Bereich gibt es keine Qualitätskontrollen und weder ein Ausbildungs- noch ein Fortbildungsprogramm, das ein Reflektieren der eigenen Kenntnisse und Positionierung ermöglicht. Dies wäre aber gerade im Krankenhausbereich wichtig, weil das Kommunikationsproblem mit Patienten nicht nur individuell den Patienten selbst betrifft, sondern auch allgemeine ökonomische und rechtliche Konsequenzen hat. Die oben beschriebenen bereichsspezifischen „Dolmetscherpools“ sind separate Insellösungen und bewirken nicht nur eine weitere Aufsplitterung der Dolmetschkapazitäten, sondern auch die Erschwernis einer effizienten Koordination, Preisgestaltung und Qualitätssicherung.

Lösungsvorschläge

Ähnlich wie in der niederländischen *Community Interpreting Organisation*, die eine Versorgung aller Bereiche der kommunalen Einrichtungen gewährleistet [14], stellt in der speziellen Wiener Situation ein Vernetzungsprojekt der bereits vorhandenen Systeme den ersten Schritt zur Verbesserung der Situation dar. Langfristig ist aber an den Aufbau einer zentralen Koordinationsstelle mit einem Dolmetscherpool zu denken**. Für ein derartiges Konzept erscheint es angesichts der z. T. noch mangelnden Sensibilisierung der Leistungsempfänger bzw. des Betreuungspersonals im medizinischen Bereich notwendig, die professionelle Dolmetschleistung in Form einer Informationskampagne mit Fortbildungsveranstaltungen zu fokussieren. Im Einklang mit den europäischen Empfehlungen sollte auch ein Ausbildungsangebot z.B. in Form eines Universitätslehrganges vorhanden sein, das den Anforderungen des „Marktes“ (Gesundheits- und Sozialsystem) gerecht wird.

Die Versorgung durch die kommunale Dolmetscherzentrale, kann – gerade zur Lösung von Akutsituationen – durch vorhandene Ressourcen ergänzt werden: In größeren Krankenhäusern stellen die fremdsprachigen MitarbeiterInnen ein großes Potential dar. Spezifische Schulungsmaßnahmen können dieses Potential in ihrer Effizienz steigern, wobei sehr gute Sprachkenntnisse sowohl in der betreffenden Muttersprache als auch im Deutschen ein grundlegendes Selektionskriterium sein sollten. Dienstrechtliche und organisatorische Vorkehrungen sind weitere Voraussetzungen für den offiziellen Einsatz dieser Kräfte, die selbstverständlich nur eine Ergänzung des hauptamtlich arbeitenden Dolmetscherpools bzw. hauseigenen Dolmetschdienstes sein können.

Folgende Vorteile sind durch diese Maßnahmen zu erwarten:

- Erweiterung des Sprachenspektrums;
- Gewährleistung einer Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung (Vernetzung mit europäischen Organisationen);
- Steigerung der Effizienz durch bessere Kosten-Nutzenrechnung: Durch Beteiligung verschiedener Anwender schon bei den Aufbaukosten kann ein besserer Verkaufspreis der Dolmetschleistungen („Dolmetscherleasing“) erzielt werden;
- Die bessere Koordination ermöglicht auch Nutzung europäischer Subventionen und Förderungen durch Zusammenarbeit auf europäischer Ebene;
- Ein Dolmetscherpool aus MitarbeiterInnen der einzelnen Krankenanstalten würde a) vorhandene Ressourcen besser nützen, b) eine erhebliche Kostenreduktion für die Krankenhäuser erbringen.

Zusammenfassung

Im Gesundheitsbereich verdient die Kommunika-

** Bei der gemeinsamen Pressekonferenz von Gesundheitsstadtrat Dr. Sepp Rieder und Integrationsstadträtin Mag. Renate Brauner (1997) wurde von politischer Seite der Aufbau einer Infrastruktur für professionelle Dolmetschleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich gefordert, wonach im Mai 1999 ein Implementierungskonzept durch Pöchlacher und Hengstberger erstellt wurde.

tionsproblematik aus Gründen der Ökonomie und Qualitätssicherung besonders beim fremdsprachigen Patientenkiel besondere Aufmerksamkeit. Die hier dargestellten Fallbeispiele von MigrantInnen aus dem türkischen Sprach- und Kulturkreis zeigen, dass eine qualitätskontrollierte Übersetzung im Gesundheitssystem Voraussetzung für die Einhaltung der gesetzlich verbrieften Aufklärungspflicht ist.

Aus der bisherigen Erfahrung und in Einklang mit den Entwicklungen in den übrigen europäischen Ländern sollten sowohl der Einsatz von professionellen Dolmetschern, die in ihrer sprachlichen Vermittlungsfunktion auch kulturbedingte Besonderheiten der fremdsprachigen Patienten berücksichtigen können (*Community Interpreter*), als auch der Einsatz von hausinternen MitarbeiterInnen nach einer Grundschulung und kontinuierlicher Fortbildung, gefördert werden. Bezogen auf die spezielle Wiener Situation kann ein Konzept zur Koordinierung und zentralen Organisation von Dolmetscherdiensten im öffentlichen Bereich zu einer wesentlichen Steigerung der Qualität und Effizienz der Versorgung beitragen.

Literatur

1. KAV-GD/CBG - Allg. Statistik Datenbank: Der Anteil ausländischer PatientInnen an der Univ.-Frauenklinik AKH: 41%
2. Csitkovics M, Eder A, Matuschek H (1997) Die Gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien (Dokumentation 12/1) Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung
3. Pöchhacker F (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Dokumentation 12/2; S 91–97) Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung
4. Drennan G (1996) Counting the cost of language services in psychiatry. *South African Medical Journal* 86/4: 343–345
5. Clark E (1997) Interpreting for speech pathology: an ethnographic study. M.A. thesis. Department of Applied Linguistics, University of Melbourne
6. Hornberger J, Itakura H, Wilson SR (1997) Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Rep* 112/5: 410–417
7. Hornberger J (1998) Evaluating the costs of bridging languages barriers in health care. *J Health Care Poor Underserved* 9 [Suppl]: 26–39
8. Salman R (1996) Zur Verständigungsproblematik im Sozial- und Gesundheitswesen. *Pro Familia* 1/96: 10
9. Rehbein J (1985) Einführung in die interkulturelle Kommunikation. In: Rehbein J (Hrsg) *Interkulturelle Kommunikation (Kommunikation und Institution 12; 7–39)* Gunter Narr Verlag, Tübingen
10. Pöchhacker F (1998) *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*, Kap. 5. Habilitationsschrift Univ. Wien
11. Ebdon P, Carey OJ, Bhatt A, Harrison B (1988) The bilingual consultation. *Lancet* ii (8581) : 347
12. Woloshin S, Bichell N, Schwartz L, Gany F, Welch HG (1995) Language barriers in medicine in the United States. *J Am Assoc* 273/9: 724–728
13. Ipsiroglu OS, Stekel H, Pollak A, Kaspar L (2000) Viennese SIDS prevention campaign – a quality management project. *Wien Klin Wochenschr.* 112/5: 221–225
14. Raaphorst MGB (1999) Einrichtung der Standards in den Niederlanden: Regierungsverantwortung für adäquate Dolmetscher- und Übersetzungsdienste – persönliche Mitteilung in der 1. Babelea Konferenz über Dolmetschen im Gesundheitswesen, Wien, 3–5. 11. 1999

Korrespondenz: Dr. Osman S. Ipsiroglu, SIDS-Beratungs-, Forschungs- und Koordinationszentrum AKH, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Österreich, E-mail: osman.ipsiroglu@akh-wien.ac.at