



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Polnisch in der Ordination
Transkulturelle Arzt-Patient-Kommunikation
ohne DolmetscherIn“

verfasst von / submitted by

Anna Jaworski, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 070 331 375

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Translation Deutsch Polnisch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Danksagung

Mein Dank gebührt zuerst meinem Betreuer, Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchhacker. Ich bedanke mich für die hilfreichen Ratschläge, Anregungen und Literaturempfehlungen sowie die rasche und verlässliche Beantwortung all meiner Fragen.

Ein besonderer Dank gilt der Ärztin, die diese Fallstudie in ihrer Arztpraxis ermöglichte und Zeit für ein ausführliches Interview hatte. Zudem bedanke ich mich bei den befragten PatientInnen für die Möglichkeit, Bild- und Tonaufnahmen von den Arzt-Patient-Gesprächen zu machen und anschließend Befragungen durchzuführen.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinen Eltern und meinen FreundInnen für die immerwährende Unterstützung bedanken. Ein herzliches Dankeschön an Andreas für die zahlreichen Ratschläge, Tipps und konstruktive Kritik - du bist mein zweiter, inoffizieller Betreuer. Danke schön Clara, meine Grammatikheldin und danke schön Papa, mein Sprachexperte. Ein riesengroßes Dankeschön gilt meiner größten Stütze im Leben, meiner Mama.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis	5
Einleitung	6
1 Transkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen	9
2 Arzt-Patient-Kommunikation.....	12
2.1 Machtgefüge in der Arzt-Patient-Kommunikation.....	13
2.2 Gesprächsqualität in der Arzt-Patient-Kommunikation	14
2.3 Arzt-Patient-Beziehung	17
2.4 Patientenorientierung.....	18
2.5 Patientenzufriedenheit	19
3 Dolmetschen im Gesundheitswesen.....	21
3.1 Situation in Österreich	22
3.2 Gesprächskonstellation mit DolmetscherIn.....	26
3.3 Machtgefüge in der Arzt-Patient-Kommunikation mit DolmetscherIn.....	28
3.4 Nicht-professionelle DolmetscherInnen	29
4 Die polnische Sprache und ihre SprecherInnen	31
4.1 Polnisch als Fremdsprache	31
4.2 Code-Switching & Code-Mixing.....	33
5 Forschungsdesign	35
5.1 Datenerhebung.....	35
5.1.1 Arzt-Patient-Kommunikation.....	36
5.1.2 Interviews mit den Patientinnen	38
5.1.3 Interview mit der Ärztin	40
5.1.4 Feldnotizen	41
5.2 Datenaufbereitung	42
5.3 Analysemethode	47
6 Ergebnisse	50
6.1 Interview mit der Ärztin	50
6.2 Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 1.....	54
6.2.1 RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 1	64
6.2.2 Interview mit Patientin 1	65
6.3 Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 2.....	65
6.3.1 RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 2	75

6.3.2	Interview mit Patientin 2	76
6.4	Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 3.....	77
6.4.1	RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 3	84
6.4.2	Interview mit Patientin 3	85
6.5	Erfahrungen mit DolmetscherInnen	86
7	Diskussion und Schlussfolgerungen.....	89
	Bibliografie.....	101
	Anhang	107

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gesprächsverlauf einer Arzt-Patient-Kommunikation (Fazekas 2019: 28)	12
Abb. 2: Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 39)	24
Abb. 3: Der/die sichtbare DolmetscherIn (Angelelli 2004: 10)	27
Abb. 4: Skizze des ersten Behandlungsraumes (P ₁)	44
Abb. 5: Skizze des zweiten Behandlungsraumes (P ₂)	45
Abb. 6: Skizze des zweiten Behandlungsraumes (P ₃)	46

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Dauer der Bild- und Tonaufnahmen sowie der Arzt-Patient-Kommunikation	38
Tab. 2: RIAS-Kategorien mit Erklärungen (Kürten & Koller 2008: 17-19)	49
Tab. 3: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P ₁	54
Tab. 4: Blutuntersuchung	56
Tab. 5: Witze machen und gemeinsam Lachen	57
Tab. 6: Impfbesprechung	58
Tab. 7: Austausch zu nichtmedizinischen Themen	60
Tab. 8: Terminvereinbarung	60
Tab. 9: Hilfe anbieten und Arzt-Patient-Gespräch beenden	62
Tab. 10: Voruntersuchung durch O _T	66
Tab. 11: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P ₂	67
Tab. 12: Überweisung	68
Tab. 13: Untersuchung von K ₂ und Überweisung	70
Tab. 14: Untersuchung von K ₂	71
Tab. 15: Grippeimpfung	72
Tab. 16: Verabschiedung	74
Tab. 17: Voruntersuchung durch O _Ö	77
Tab. 18: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P ₃	79
Tab. 19: Behandlung und Medikamentenbesprechung	80
Tab. 20: Medikamentenbesprechung	81
Tab. 21: Beratung	82
Tab. 22: Überweisung und Verabschiedung	83

Abkürzungsverzeichnis

AIIC - Internationaler Konferenzdolmetscherverband
BMBWF – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGS – Bundesministerium für Gesundheit
BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
GQG – Gesundheitsqualitätsgesetz
ÖÄZ – Österreichische Ärztezeitung

Einleitung

Sprache wird im täglichen Leben als etwas Selbstverständliches wahrgenommen. Sobald Kommunikation nicht mehr zufriedenstellend gelingt und man an die Grenzen der Verständigung stößt, stellt sich die Frage, wie dieses Problem gelöst werden kann. Wo liegen also die Grenzen der Kommunikation und wie kann man Sprachbarrieren überwinden? In der vorliegenden Masterarbeit werden diese Fragestellungen am Beispiel von transkultureller Arzt-Patient-Kommunikation diskutiert.

Transkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen ist ein hochrelevantes und komplexes Thema, das erst in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit erhielt (vgl. Fazekas 2019: 10). Mit der wachsenden Zuwanderung steigt auch in Österreich der Bedarf an multilingualer Kommunikation im medizinischen Bereich. Mehrsprachigkeit im Gesundheitswesen ist bereits zu einem Alltagsfaktor geworden, mit dem Verständigungsprobleme einhergehen können. Gesundheitspersonal wird durch die sprachliche und kulturelle Vielfalt vor große Herausforderungen gestellt (vgl. Menz et al. 2013: 17). Da adäquate Kommunikation einen ähnlich starken Einfluss auf den Gesundheitszustand der PatientInnen haben kann wie die medizinische Behandlung an sich, ist weitere Forschung in diesem Bereich notwendig (vgl. BMGF 2016).

Der hohe Stellenwert dieser Thematik war der Leitgrund für die in der vorliegenden Masterarbeit durchgeführte qualitative Fallstudie, in der Bild- und Tonaufnahmen von drei authentischen transkulturellen Arzt-Patient-Gesprächen in einer Kinderarztpraxis gemacht wurden. Darauf folgten Interviews mit den PatientInnen und ein ausführliches Gespräch mit der Ärztin. An dieser Stelle ist anzumerken, dass mit PatientInnen die gesetzlichen VertreterInnen der Kinder gemeint sind, da die Letzteren zu jung gewesen wären, um aktiv an der Studie teilzunehmen.

Ursprünglich aus Österreich stammend, erlernte die Ärztin in Eigeninitiative Polnisch als Fremdsprache, mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation, um sich direkt mit ihren zahlreichen polnischsprachigen PatientInnen verständigen zu können. Anhand der erhobenen Daten wird folgenden Forschungsfragen nachgegangen:

- Wie verläuft eine medizinische Untersuchung von polnischsprachigen PatientInnen in einer österreichischen Kinderarztpraxis durch eine Ärztin, die Polnisch als Fremdsprache erlernte?
- Wie gelungen ist die Kommunikation und wie zufrieden sind die PatientInnen?

Im Rahmen der Datenanalyse wird unter anderem untersucht, welchen Einfluss Sprachfehler, Akzent und ein eingeschränkter Wortschatz der Ärztin sowie die nonverbale Kommunikation und Raumaufteilung auf die Verständigung mit polnischsprachigen PatientInnen haben. Die

Fragestellungen werden aus der Sicht einer Studentin der Translationswissenschaft, mit Spezialisierung im Dialogdolmetschen in den Sprachen Deutsch, Polnisch und Englisch, diskutiert, sodass ein Bogen zum Dolmetschen gespannt wird. Zudem ist die Verfasserin dieser Arbeit primär im Bereich des Medizindolmetschens tätig, wodurch diese spezielle Form der Arzt-Patient-Interaktion von besonderem Interesse ist. Es soll geklärt werden, ob DolmetscherInnen in diesem Fall erfolgreich „ersetzt“ wurden und inwieweit transkulturelle Kommunikation ohne Beiziehung eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin zufriedenstellend möglich ist.

Die an der Arzt-Patient-Kommunikation teilnehmende Ärztin könnte zur Lösung der Probleme im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Mangel an professionellen DolmetscherInnen im Gesundheitswesen und dem steigenden Bedarf an medizinischen Gesprächen in Fremdsprachen beitragen. Dadurch könnte die Benachteiligung von Nichtdeutschsprachigen im österreichischen Gesundheitswesen minimiert und das Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen, die mit zusätzlichen Kosten und Mehraufwand verbunden sind, gesenkt werden. Mit jedem Arzt und jeder Ärztin, die bereit wären, eine (zusätzliche) Fremdsprache mit Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation zu erlernen, würde die Partizipation von Anderssprachigen im österreichischen Gesundheitswesen steigen. Ziel dieser Arbeit ist es jedoch nicht, ÄrztInnen jegliche Verantwortung für gelungene Kommunikation zuzuschreiben, sondern vielmehr eine Möglichkeit zu präsentieren, wie manchen der momentan benachteiligten Personen in Österreich der gleiche Zugang zum Gesundheitswesen gewährleistet werden könnte.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich wie folgt: Zu Beginn wird ein Überblick über die transkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen gegeben. Im darauffolgenden Kapitel wird die Arzt-Patient-Kommunikation mit Fokus auf das Machtgefüge, die Gesprächsqualität, die Arzt-Patient-Beziehung, die Patientenorientierung sowie die Patientenzufriedenheit dargestellt. Das dritte Kapitel umfasst das Dolmetschen im Gesundheitswesen. Es wird vor allem die momentane Situation in Österreich diskutiert, um die untersuchte transkulturelle Arzt-Patient-Kommunikation in einen Kontext einzubetten. In diesem Kapitel werden die Gesprächskonstellation und das Machtgefüge in der Arzt-Patient-Kommunikation zu jenen mit DolmetscherInnen verglichen. Da im Gesundheitsbereich häufig nicht-professionelle DolmetscherInnen sprachmitteln, wird jene Thematik ebenfalls diskutiert.

In Kapitel 4 folgt ein Überblick über die polnische Sprache und ihre SprecherInnen. Es werden Besonderheiten der polnischen Sprache aufgezeigt und im Hinblick auf den Fremdsprachenerwerb mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation in der Kinderheilkunde diskutiert. Bei Code-Switching und Code-Mixing handelt es sich ebenfalls um für diese Masterarbeit relevante Themen, weswegen diese in Kapitel 4.2 ausgeführt werden.

Kapitel 5 umfasst das Forschungsdesign, die Datenerhebung, -aufbereitung und Analyse-methode. Darin werden das Korpus der Untersuchung und die erhobenen Daten beschrieben und die Aufbereitung der Daten dargelegt. Anschließend wird die Analyse-methode, mit der die Bild- und Tonaufnahme ausgewertet werden, vorgestellt.

Das nächste Kapitel widmet sich den Ergebnissen der Fallstudie. Es werden darin Transkriptionsausschnitte aus den drei aufgenommenen Arzt-Patient-Gesprächen dargelegt und beschrieben. Die Interviews mit den Patientinnen und der Ärztin werden zusammenfassend aufbereitet und die darin geschilderten Erfahrungen mit DolmetscherInnen werden in einem separaten Unterkapitel dargelegt.

Abschließend werden in Kapitel 7 die Analyseergebnisse in einen Kontext gestellt und diskutiert sowie die daraus folgenden Schlüsse gezogen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie auf Wunsch der gefilmten Personen wurden die Bild- und Tonaufnahmen nach der Ausarbeitung gelöscht. Die Transkriptionen sind in polnischer Sprache und werden auf Ersuchen der beteiligten Personen nicht veröffentlicht, jedoch stellenweise in übersetzter Form und anonymisiert in dieser Masterarbeit verwendet.

1 Transkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen

Verstehen und verstanden werden, das sind unmittelbare Bedürfnisse des Menschen. „Wer sich nicht verständigen kann, wird sprachlos und damit auch hilflos.“ (Glanzer 2003: 13) Es bedarf jedoch fortgeschrittener sprachlicher und kultureller Fertigkeiten, um diese „Hilflosigkeit“ zu überwinden. Versucht man sich in einem fremden Land, in welchem eine andere als die eigene Muttersprache gesprochen wird, zu verständigen, so kommt es zu transkultureller Kommunikation. Dabei spielen nicht nur die Unterschiede in der Sprache, sondern auch jene in der Kultur eine entscheidende Rolle, das heißt es wird über Landes- und Kulturgrenzen hinweg kommuniziert (vgl. Kadrić et al. 2012: 59f.). Transkulturelle Kommunikation nimmt aufgrund der zunehmenden Globalisierung, Mobilität und des Massentourismus stark an Bedeutung zu. Damit gehen jedoch auch Sprach- und Kulturbarrieren einher. Dass in Österreich vermehrt transkulturell kommuniziert wird, liegt mitunter an der Zuwanderung. Was in den 1960er Jahren vorwiegend mit Arbeitsmigration begann, wurde im Laufe der Zeit zur Einwanderung (vgl. Pöchhacker 2000a: 113). Familienangehörige, geflüchtete und asylsuchende Personen sowie BinnenmigrantInnen aus der Europäischen Union prägen nun die Bevölkerungslandschaft Österreichs. Im Jahr 2009 lebten ca. 860.000 AusländerInnen¹ in Österreich, im Jahr 2019 waren es bereits ca. 1.430.000, d.h. 16,7% der österreichischen Bevölkerung sind AusländerInnen (vgl. Statistik Austria 2020). Dieser hohe AusländerInnenanteil hat direkten Einfluss auf die Kommunikation, denn das Aufeinandertreffen unterschiedlicher „Welten“ kann Herausforderungen und Schwierigkeiten im Verständnis verursachen (vgl. Wimmer 2011: 238).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass laut Meyer (2009) Dolmetschdienste trotz ausreichender Fremdsprachenkompetenzen von AusländerInnen in Anspruch genommen werden. Das liegt an den individuell und ungesteuert erworbenen Fremdsprachenkompetenzen, die nicht in allen Lebensbereichen auf Muttersprachenniveau ausgeprägt sind. Dieser ungesteuerte Fremdsprachenerwerb führt somit zu verschiedenen Sprachniveaus in unterschiedlichen Lebensbereichen und Kontexten (vgl. Meyer 2009: 141). Die Kommunikation funktioniert daher zwar in gewohnten Bereichen des alltäglichen Lebens, sei es in der Arbeit oder bei Treffen mit Bekannten, doch sobald man aus diesem Sprachumfeld ausbricht, können Verständigungsschwierigkeiten entstehen. Ein Beispiel hierfür wäre ein deutschsprachiges Arzt-Patient-Gespräch, zu dem ein/e DolmetscherIn beigezogen werden muss, da der/die PatientIn die

¹ „Als Ausländer gelten Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Diese Daten stammen aus dem Zentralen Melderegister (ZMR).“ (Statistik Austria 2020)

medizinische Fachsprache nicht ausreichend beherrscht.

Effiziente Kommunikation im Gesundheitswesen sollte jedem Menschen unabhängig von Herkunft und Sprache ermöglicht werden. In Österreich jedoch können sich viele Menschen nicht in diesem Bereich verständigen, wobei gelungene Kommunikation entscheidend für die Gesundheit der PatientInnen und den Therapieerfolg ist (vgl. Pöllabauer 2003: 17). Egger und Wedam (2003) stellen fest, dass Sprachbarrieren zu Missverständnissen führen können, die vor allem bei der Erklärung von Beschwerden und Symptomen verheerend sein können. Zudem unterscheiden sich meist das Gesundheitssystem, die erlernten Muster der Kontaktherstellung und die Beziehungsgestaltung je nach Landeskultur. Dies führt zu einer veränderten Selbstdarstellung im Arzt-Patient-Gespräch, die wiederum stärkere kommunikative Probleme verursachen kann als unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit. Des Weiteren kann das Ausdrücken der eigenen Gefühle, wie zum Beispiel Schmerz oder Angst, in einer Fremdsprache für manche Personen eine Herausforderung darstellen. Erschwerend bei der transkulturellen Kommunikation ist auch der potenzielle Mangel an „äquivalenten“ Beschreibungsmöglichkeiten von Emotionen. Schmerz zum Beispiel wird in jeder Kultur anders beschrieben und gehandhabt, sodass schon bei der Beschreibung von Symptomen Asymmetrien in den Sprachen erkennbar werden können. Hinzu kommen außerdem Faktoren wie der Tonfall, die Lautstärke der Stimme sowie die Satzstellung, die das gegenseitige Verständnis beeinflussen können (vgl. Egger/Wedam 2003: 83f.).

Roter et al. (2006) argumentieren, dass nicht nur die Prosodie und verbale Äußerungen Kommunikation bedingen. Besonders Emotionen werden durch nonverbale Kommunikation vermittelt, wobei diese auch Anwendung beim Sprecherwechsel findet. Unter nonverbaler Kommunikation werden Mimik, Gestik, Augenkontakt, Kopfnicken und Körperhaltung (offene oder verschlossene Haltung) verstanden. In einem Gespräch wird dadurch dem Gesagten eine Bedeutung verliehen, indem diese durch Mimik und Gestik verstärkt oder gar widersprüchlich wird. Nonverbaler Kommunikation kommt große Bedeutung zu, da sie in der Arzt-Patient-Beziehung den Behandlungserfolg, die Patientenzufriedenheit, Therapieeinhaltung und die Behandlungsergebnisse beeinflusst (vgl. Roter et al. 2006: 28).

Um die sprachlichen und kulturellen Asymmetrien auf ein Minimum zu reduzieren, wäre eine Sensibilisierung auf jene Unterschiede in Kommunikationstrainings für ÄrztInnen essenziell. Erst wenn man ein Bewusstsein für die eigenen Kommunikationsmuster entwickelt, werden die kulturellen Unterschiede sichtbar. (vgl. Menz 2011: 226f.).

An dieser Stelle ist es jedoch notwendig anzumerken, dass laut Menz et al. (2013) eine gewisse „Fremdheit“ nicht nur bei unterschiedlichen Kulturen und Sprachen, sondern auch

innerhalb eines Landes oder einer Sprachgemeinschaft entstehen kann (z.B. durch den sozio-ökonomischen Status). Zudem kann das Gesundheitswesen an sich als ein gesondertes Kultursystem betrachtet werden, in dem Unterschiede zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bestehen, sodass auch einsprachige Arzt-Patient-Gespräche eine Hürde darstellen können. Würde man Verständigungsschwierigkeiten bei bilingualen Gesprächen ausschließlich von kulturellen und sprachlichen Asymmetrien ableiten, so wäre diese Argumentation nicht ausreichend. Einerseits ist das Gefühl von Schmerz individuell, sodass selbst bei einer monolingualen Kommunikation ein gemeinsames Verständnis dafür geschaffen werden muss. Andererseits ist der Kulturbegriff sehr breit gefächert und nicht genau definierbar. Menz et al. (2013) setzen fort, dass kulturelle Identität kein striktes Konstrukt ist. Diese wird erst in einem Gespräch ersichtlich und entsprechend angepasst. Das bedeutet, dass Kommunikationsprobleme nicht nur wegen eines Faktors, dem der Kultur allein, auftreten können. Der Ursprung solcher Probleme kann zum Beispiel auf die Persönlichkeiten der Gesprächsparteien (Offen- bzw. Verschlussenheit), die Tagesverfassung, die Gesprächsumstände (Raumaufteilung, Zeitdruck) etc. zurückzuführen zu sein (vgl. Menz et al. 2013: 17f.).

Daraus geht hervor, dass jedes Arzt-Patient-Gespräch, unabhängig davon, ob es mono- oder bilingual ist, ein gewisses Fehlerrisiko in sich birgt. Laut Meyer (2009) sind Gespräche, in denen bereits die Sprache eine Barriere darstellt, anfälliger für Kommunikationsschwierigkeiten, da Missverständnisse und Störungen in einer gemeinsamen Muttersprache leichter zu korrigieren sind. Hinzu kommt, dass Probleme bei transkultureller Kommunikation teilweise als solche nicht erkennbar sind (vgl. Meyer 2009: 143).

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Arzt-Patient-Kommunikation ist ein Beispiel für transkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen. Diese spezielle Interaktionskonstellation bildet einen Rahmen, in den sich die Arzt-Patient-Kommunikation (siehe Kapitel 2), das Dolmetschen im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 3) und der Spracherwerb (siehe Kapitel 4) einfügen. Die erhobenen Daten werden im Hinblick auf diese drei Thematiken analysiert und diskutiert.

2 Arzt-Patient-Kommunikation

Die Arzt-Patient-Kommunikation stellt das Fundament der vorliegenden Arbeit dar und wird somit in diesem Kapitel ausführlich diskutiert. Menz (2010) schreibt, dass sich diese Thematik nicht nur auf die Medizin beschränkt, sondern auch Disziplinen wie die Linguistik, Translationswissenschaft, Soziologie, Psychologie etc. betrifft. Um die Vielzahl unterschiedlicher Aspekte solch einer speziellen Gesprächskonstellation zu analysieren, ist eine interdisziplinäre Perspektive vonnöten (vgl. Menz 2010: 331). Diese Arbeit fokussiert sich bei der Arzt-Patient-Kommunikation vor allem auf die Mehrsprachigkeit, welche mitunter in den Forschungsbereich der Translationswissenschaft fällt. Die untersuchten Gespräche werden daher aus jener Perspektive analysiert.

Der Terminus Arzt-Patient-Kommunikation verrät bereits grob, was darunter zu verstehen ist: Es handelt sich um verbale sowie nonverbale Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Diese findet im medizinischen Kontext statt und hat einen mehr oder weniger geregelten Gesprächsverlauf, der sich in fünf Phasen unterteilt (siehe Abb. 1).

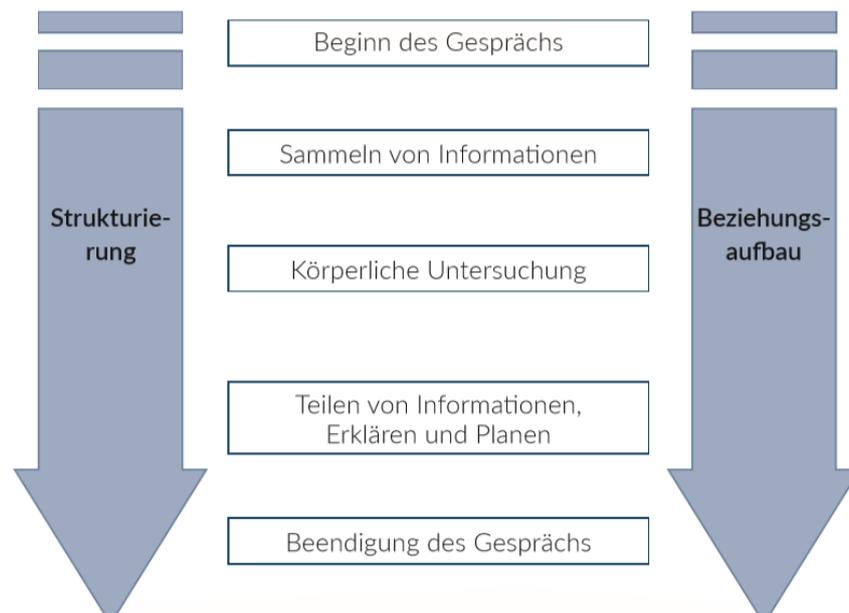


Abb. 1: Gesprächsverlauf einer Arzt-Patient-Kommunikation (Fazekas 2019: 28)

Die Abbildung wurde auf Grundlage des *Calgary-Cambridge-Modells* von Fazekas (2019) in der Österreichischen Ärztezeitung adaptiert. Das Arzt-Patient-Gespräch beginnt mit einer Begrüßung, woraufhin die ÄrztInnen meist nach dem Wohlbefinden der PatientInnen fragen. Dann findet die Anamnese statt, bei der Symptome und andere medizinische Informationen besprochen werden. Darauf folgt die Untersuchung, bei der die vermutete Diagnose und die

Symptome bestätigt werden sollen, um eine mögliche Therapie zu besprechen. Als nächstes werden diesbezüglich Informationen geteilt, erklärt und es wird eine Behandlung geplant. Wurden all jene Punkte zufriedenstellend erfüllt, wird das Gespräch beendet (vgl. Fazekas 2019: 28).

Roter und Hall (2006) argumentieren, dass sich die Arzt-Patient-Kommunikation durch Routine und „Skripte“, d.h. typische Gesprächsverläufe, auszeichnet. Die Skripte lassen den Gesprächsparteien jedoch nicht viele Möglichkeiten, den Gesprächsablauf zu verändern, z.B. aus der Frage-Antwort-Routine auszubrechen. Diese typischen Gesprächsverläufe führen mitunter zu einem mangelnden Bewusstsein für den hohen Stellenwert, der der Arzt-Patient-Kommunikation zukommt. Der routinierte Informationsaustausch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird daher häufig als etwas Selbstverständliches, dem keine besondere Beachtung geschenkt werden muss, angesehen, obwohl er großen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung (siehe Kapitel 2.3) und den Behandlungserfolg hat (vgl. Roter & Hall 2006: 3f.).

2.1 Machtgefüge in der Arzt-Patient-Kommunikation

In der Arzt-Patient-Kommunikation wird die Ungleichheit zwischen den Gesprächsparteien durch die Rollenkonstellation erkennbar: Die PatientInnen, die meist nur ein beschränktes medizinisches Fachwissen besitzen, sind auf jenes der ÄrztInnen angewiesen, wodurch automatisch ein Machtgefälle entsteht. Die Ungleichheit der Gesprächsparteien betrifft auch deren sozioökonomischen Status und Bildungshintergrund (vgl. Pöchlhammer 2000b: 40).

Die Machtasymmetrie wird auch anhand der Fachsprache, die die ExpertInnen im Gegensatz zu PatientInnen beherrschen, ersichtlich. Die Fachsprache umfasst „die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.“ (Hoffmann 1987: 53) Das bedeutet, dass die Fachsprache in der Arzt-Patient-Kommunikation den medizinischen Bereich umfasst und der Verständigung zwischen ÄrztInnen dient. Gemeinsprache hingegen wird von allen Angehörigen einer Sprachgemeinschaft verwendet und verstanden (vgl. Hoffmann 1987: 48). Sie ist daher nicht auf einen bestimmten Bereich beschränkt. Beim Austausch von Fachinhalten zwischen ExpertInnen und Nicht-ExpertInnen, kommt es zu „fachexterner Kommunikation“ (Möhn & Pelka 1984: 150). Das Arzt-Patient-Gespräch ist dabei eine traditionelle Form der fachexternen Kommunikation (vgl. ebd.:150). Ziel der fachexternen Kommunikation ist daher, „fachliche Inhalte in sachlich angemessener und sprachlich verständlicher Form darzustellen.“ (ebd.: 151) Werden die fachlichen Inhalte

durch die ExpertInnen nicht verständlich vermittelt, so kann die „Wissensasymmetrie“ (Bromme et al. 2004: 176) zu Kommunikationsproblemen führen. Der Ärzteschaft kommt daher eine große Verantwortung bei der Vermittlung von fachlichen Kommunikationsinhalten zu, um eine Balance zwischen der Fach- und der Gemeinsprache in der Arzt-Patient-Kommunikation herzustellen.

Borowski et al. (2019) argumentieren, dass das Machtverhältnis zwischen den Gesprächsteilnehmenden auf Rollen und Skripte zurückzuführen ist (siehe Kapitel 2). Das bedeutet, dass ÄrztInnen und PatientInnen bestimmte Verhaltensweisen zugeschrieben werden und das Gespräch einen „typischen“ Verlauf nimmt. Dadurch können manche Kommunikationsprobleme überbrückt, jedoch auch verschleiert werden. Denn beide Gesprächsparteien werden ihren Rollen gerecht, unabhängig davon, ob Verständnis erzielt wurde oder nicht. Dies könnte zum Ausbleiben von Rückfragen führen. PatientInnen äußern Unsicherheiten hinsichtlich des Verständnisses meist nicht, denn dafür müssten sie die ÄrztInnen unterbrechen. Solch ein Verhalten würde nicht zur Rolle der PatientInnen im Gespräch passen, sodass die Person, der die meiste Macht zukommt, nicht gestört und in ihrer Autorität nicht angezweifelt wird. Zusätzlich geben sich PatientInnen eher selbst die Schuld für mangelndes Verständnis anstatt den ÄrztInnen. Es wird von PatientInnen als normal wahrgenommen, vereinzelte Kommunikationsinhalte eines Arzt-Patient-Gesprächs nicht zu verstehen, da sie nicht die ExpertInnen sind. Dieses Verhalten vermittelt ÄrztInnen wiederum den Anschein, ihre PatientInnen hätten alles verstanden (vgl. Borowski et al. 2019: 7f.). Das aus den zugeschriebenen Rollen und Skripten resultierende Machtgefüge kann daher einen großen Einfluss auf die Arzt-Patient-Kommunikation haben.

2.2 Gesprächsqualität in der Arzt-Patient-Kommunikation

Folgendes Zitat von Ha und Longnecker (2010) beschreibt den Stellenwert gelungener Arzt-Patient-Kommunikation treffend: „Effective doctor-patient communication is a central clinical function in building a therapeutic doctor-patient relationship, which is the heart and art of medicine.“ (Ha & Longnecker 2010: 38) Erfolgt wirksame Kommunikation im Gesundheitswesen, so hat dies positive Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Zusätzlich kann effiziente Arzt-Patient-Kommunikation folgende Ergebnisbereiche verbessern:

- Patientengesundheit
- Gesundheitsverhalten (Compliance)
- Patientenzufriedenheit
- Patientensicherheit
- Qualität der Arzt-Patient-Beziehung
- Diagnostische Genauigkeit
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Behandlungsergebnisse (vgl. Fazekas 2019: 27/ Sator et al. 2015: 14).

Ist der Kommunikationsinhalt für PatientInnen nachvollziehbar, so werden Gesundheitsprobleme, Behandlungsmöglichkeiten und die Vorgaben für die Medikamenteneinnahme besser verstanden und somit das Verhalten der PatientInnen während einer Therapie positiv beeinflusst. Darüber hinaus hat effiziente Arzt-Patient-Kommunikation ähnliche Auswirkungen auf den Behandlungserfolg wie die Einnahme von Medikamenten (vgl. Travaline et al. 2015: 13). Gelungene Kommunikation führt des Weiteren zu einer höheren Gesprächsqualität und somit auch zu größerer Patientenzufriedenheit (siehe Kapitel 2.5).

Hohe Gesprächsqualität in der Arzt-Patient-Interaktion kann laut Sator et al. (2015) auf vier Ebenen gewährleistet werden:

1) Medizinisch-inhaltliche Ebene („gute Medizin“)

Die erste Ebene bezieht sich auf den medizinischen Kommunikationsinhalt der Arzt-Patient-Kommunikation. Die Fachinhalte werden hauptsächlich von den ÄrztInnen vermittelt, jedoch müssen auch medizinische Informationen von den PatientInnen erhoben werden. Das kann zum Beispiel in Form eines Anamnesegesprächs, in dem die Symptome, frühere Erkrankungen, Medikamenteneinnahme etc. besprochen werden, oder eines Aufklärungsgesprächs über den Nutzen und mögliche Risiken von Behandlungen stattfinden. Wenn alle Gesprächsinhalte für die PatientInnen nachvollziehbar sind, kann maximale Patientensicherheit gewährleistet werden, denn nur aufgeklärte PatientInnen können eine vorgeschriebene Behandlung adäquat einhalten. Das Ziel bei der medizinisch-inhaltlichen Ebene ist die verständliche Mitteilung von klinisch relevanten Inhalten.

2) Psychosoziale Ebene („gutes Herz“)

Die zweite Ebene umfasst die Arzt-Patient-Beziehung (siehe Kapitel 2.3), die durch die verschiedenen Haltungen und Einstellungen der Gesprächsparteien mitgestaltet wird. In der

psychosozialen Ebene gilt es eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehung zu schaffen, die vor allem durch patientenorientiertes Handeln (siehe Kapitel 2.4) erzielt werden kann.

3) Sprachlich-interaktive Ebene („gute Gesprächsführung“)

In der sprachlich-interaktiven Ebene werden verbale und nonverbale Mittel zur Verständigung genutzt, d.h. es werden Fachinhalte, Haltungen und Einstellungen ausgetauscht sowie Emotionen vermittelt. Zu einer guten Gesprächsführung gehören auch die in Kapitel 2 besprochenen Gesprächsphasen sowie der Gesprächsverlauf.

4) Ebene des Gesprächssettings („gutes Umfeld“)

Die letzte Ebene umfasst die räumlichen und technischen Gegebenheiten sowie die Zeiteinteilung. Darunter fallen die Raumatmosphäre im Allgemeinen, die Raumaufteilung, die Sitzordnung zwischen den Gesprächsteilnehmenden etc. Unter Zeiteinteilung ist die für Gespräche vorgesehene Dauer zu verstehen. Für Anamnesegespräche zum Beispiel sollten mindestens zehn Minuten eingeplant werden, ohne dabei durch Telefonate oder andere Gespräche gestört zu werden. Die vier Ebenen hängen mehr oder weniger miteinander zusammen, wobei die größte Bedeutung der sprachlich-interaktiven Ebene zukommt, da nur anhand jener die restlichen Ebenen vermittelt werden können (vgl. Sator et al. 2015: 4-9).

Das bedeutet, dass das Arzt-Patient-Gespräch ein „verstehendes Gespräch“ (Meerwein 1998: 60) sein sollte, um den PatientInnen das Gefühl von Verständnis und Akzeptanz zu vermitteln (vgl. ebd).

Der Stellenwert von guter Gesprächsqualität wird vor allem dann deutlich, wenn die Arzt-Patient-Kommunikation nicht zufriedenstellend funktioniert. Erhebliche Kommunikationsschwierigkeiten können zu folgenden Problemen führen:

- Fehldiagnosen
- längere Wartezeiten bei Diagnose und Therapie
- länger als benötigte Aufenthalte im Krankenhaus
- Entstehung chronischer Krankheiten und damit verbundene Langzeittherapien
- Mangel an Vertrauen
- unzureichende Einhaltung der Therapie bzw. Widerstand gegen diese
- schlechte Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Wimmer 2011: 240).

Das bedeutet, dass Kommunikationsschwierigkeiten nicht nur den Behandlungserfolg negativ beeinflussen, sondern auch die Arzt-Patient-Interaktion erheblich belasten können. Bei guter

Gesprächsqualität jedoch können die genannten Probleme vermieden werden (vgl. Sator et al. 2015: 14).

2.3 Arzt-Patient-Beziehung

Ein wichtiges Ziel der Arzt-Patient-Kommunikation ist die Schaffung einer guten Beziehung zwischen den Gesprächsparteien. Roter und Hall (2006) schreiben dazu: „Talk is certainly the fundamental instrument by which the doctor-patient relationship is crafted and by which therapeutic goals are achieved.“ (Roter & Hall 2006: 4) Das bedeutet, dass gelungene Kommunikation das Fundament einer guten Arzt-Patient-Beziehung bildet und maßgeblich zum Behandlungserfolg beiträgt. Die Beziehung wird verstärkt, wenn Empathie im Zentrum des Gesprächs steht. Das heißt, auf Gefühle wertlegen, die PatientInnen bestärken, paraphrasieren und reflektieren, Stille anwenden, den PatientInnen zuhören bzw. auch darauf achten, was nicht gesagt und wie nonverbal kommuniziert wird (vgl. Ong et al. 1995: 904). Die Berücksichtigung des Zusammenspiels von nonverbaler und verbaler Kommunikation ist essenziell, da auf diese Art Gefühle vermittelt werden. Außerdem beeinflusst der Umgang mit Emotionen das Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. Reisinger 2003: 127).

Mit einer guten Arzt-Patient-Beziehung geht gegenseitige Sympathie einher. Ist man mit dem Arzt oder der Ärztin zufrieden, so mag man diese/n auch. „[...] [L]iking and satisfaction are likely to have a reciprocal relation, such that more liking leads to more satisfaction and more satisfaction leads to more liking.“ (Hall et al. 2002: 70) Man neigt auch eher dazu, eine Person zu mögen, wenn man annimmt, dass man von dieser gemocht wird (vgl. Hall et al. 2002: 74). Diesbezüglich wurde von Hall et al. (2002) eine Studie in Kalifornien durchgeführt. Es wurden darin 261 PatientInnen und 44 ÄrztInnen nach der Behandlung zu folgenden Themen befragt: Patientengesundheit, Ärzte- und Patientenzufriedenheit (siehe Kapitel 2.5) und gegenseitige Sympathie. Ein Jahr später wurde die Befragung mit denselben Studienteilnehmenden und Fragestellungen durchgeführt. Die PatientInnen wurden dabei zusätzlich gefragt, ob sie in diesem Zeitraum ihre/n Arzt/Ärztin wechseln wollten. Aus den Befragungen ging folgendes hervor: Eine gute Arzt-Patient-Beziehung steht im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und der Befindlichkeit der PatientInnen sowie mit den Bewertungen des Verhaltens der ÄrztInnen und der Patientenzufriedenheit. Das bedeutet, je gesünder die PatientInnen, je positiver sie das Verhalten der ÄrztInnen bewerten und je größer die Zufriedenheit, desto eher werden ÄrztInnen gemocht (vgl. Hall et al. 2002: 74-76).

Ob sich die im Rahmen dieser Masterarbeit untersuchten PatientInnen und die Ärztin

mochten, wird in der Analyse der Gespräche und der Interviews diskutiert und dabei der Einfluss der zwischenmenschlichen Beziehung auf die Bewertung der Patientenzufriedenheit berücksichtigt.

2.4 Patientenorientierung

Im vorhergehenden Kapitel wurde argumentiert, dass Empathie und gute Kommunikationsfähigkeiten seitens der Ärztin einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung haben. Laut Ong et al. (1995) zählen weitere förderliche Eigenschaften, wie zum Beispiel Geduld und Verständnis für die Gefühlslage der PatientInnen, zu patientenorientiertem Handeln. In der Medizin wird der Einfluss der Patientenorientierung auf eine mögliche Erhöhung der Gesprächsqualität untersucht (vgl. Ong et al. 1995: 904). Da jedoch Meinungsverschiedenheiten bei der Bedeutungsabgrenzung herrschen, soll eine für Österreich zutreffende Definition angeführt werden. Gemäß § 2 Z 3 GQG wird Folgendes unter Patientenorientierung verstanden: „Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.“ Das bedeutet, PatientInnen solle mehr Handlungsmacht zukommen, indem sie aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden.

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragte für den Zeitraum von 2002 bis 2004 ein Projekt zur „Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ mit dem Ziel, Patientenorientierung in der Krankenhausbetreuung zu verbessern. Dabei wurde festgestellt, dass sich PatientInnen „neben einer strukturell gesicherten, fachlich guten und gut koordinierten Behandlung“ (Trummer et al. 2004: 8) vor allem verstärkte Kommunikation und verbesserte Informationsqualität wünschen. Daraus kann geschlossen werden, dass erfolgreicher Kommunikation und der damit verbundenen Vermittlung von Informationen ein hoher Stellenwert im Arzt-Patient-Gespräch zukommt. Bei patientenorientierten Behandlungen stehen daher die Bedürfnisse und Erwartungen der PatientInnen im Mittelpunkt (vgl. BMGS 1997). Schaller und Baller (2008) fassen auf Grundlage eines 1999 veröffentlichten Berichts des Bundesministeriums für Gesundheit den Rang der Erwartungen der PatientInnen (abgesehen von einer vollständigen Genesung) wie folgt zusammen:

- „1. genügend Zeit haben
2. förderliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen (Geduld, Ehrlichkeit, Zuhören können)
3. ausführliche und verständliche Informationen geben können
4. fachliche Kompetenz
5. Autonomie gewähren
6. Empathie zeigen
7. eigene Grenzen erkennen
8. erreichbar sein
9. Menschlichkeit zeigen
10. kundenorientiert arbeiten.“ (Schaller und Baller 2008: 141)

Der primäre Wunsch der PatientInnen ist, genügend Zeit beim Arzt-Patient-Gespräch zu haben, da ansonsten die restlichen Bedürfnisse nicht erfüllt werden können. Die zu Beginn des Kapitels genannten positiven Charaktereigenschaften sind an zweiter, fünfter, sechster, neunter und zehnter Stelle vertreten. Daraus wird ersichtlich, dass der Wunsch nach Patientenorientierung seitens der PatientInnen vorhanden ist. Der dritte Punkt bezieht sich einerseits auf die Informationsdichte und anschauliche Mitteilung von Inhalten, andererseits auf die Sprache, die die Kommunikation bedingt, da Informationen nur mittels einer gemeinsamen Sprache ausgetauscht werden können. Sprachliche Fehler und ein Akzent, zum Beispiel, können zwar die Verständlichkeit zu einem gewissen Grad erschweren, doch wird dadurch die Gesprächsqualität an sich nicht in Mitleidenschaft gezogen, da die relevanten Inhalte dennoch bei den PatientInnen ankommen. Es ist zudem anzunehmen, dass bei zufriedenstellender Erfüllung der übrigen neun Punkte Kulanz im Hinblick auf sprachliche Fehler entgegengebracht wird.

2.5 Patientenzufriedenheit

Bei der Untersuchung von Arzt-Patient-Interaktionen ist die Patientenzufriedenheit der am häufigsten erhobene Outcome-Parameter. Die Zufriedenheit wird in Form von Patientenbefragungen untersucht, da sie nicht objektiv messbar ist (vgl. Roter 2006: 30).

Sator et al. (2015) stellen fest, dass bei der Bewertung der Qualität von Arzt-Patient-Kommunikation meist die Zufriedenheit mit der gesamten ärztlichen Behandlung beurteilt wird und die kommunikativen Aspekte in den Hintergrund rücken. „Dabei ist die Gesamtzufriedenheit von Patienten/Patientinnen aber in hohem Maße von der Zufriedenheit mit der Kommunikation abhängig.“ (Sator et al. 2015: 48) Das bedeutet, dass, wie bereits in Kapitel 2.2

argumentiert, gute Kommunikationskompetenzen eine positive Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit haben (vgl. Sator et al. 2015: 14).

Roter et al. (2008) argumentieren, dass PatientInnen zufriedener sind, wenn sie aktiv in das Gespräch einbezogen werden. Bei häufigeren Sprecherwechseln kommen PatientInnen öfter zu Wort, was die Möglichkeit eines regen Informationsaustausches bietet. Wird PatientInnen auf diese Weise die aktive Teilnahme am Arzt-Patient-Gespräch ermöglicht, so handelt es sich um patientenorientierte Interaktion (vgl. Roter et al. 2008: 31). Das bedeutet, dass die Zufriedenheit bei jener Form der Interaktion positiver von PatientInnen bewertet wird (vgl. Ha 2010: 39).

Robinson und Heritage (2006) schreiben Folgendes zu Zufriedenheit, die aus patientenorientiertem Handeln resultiert: “This type of satisfaction has been shown to increase patients’ levels of physical functioning and adherence to medical recommendations, and to decrease patients’ levels of doctor shopping and malpractice litigation.” (Robinson & Heritage 2006: 283) Das heißt, dass hohe Patientenzufriedenheit positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, die Medikamenteneinnahme und die Arzt-Patient-Beziehung im Allgemeinen hat.

Da der Patientenzufriedenheit ein hoher Stellenwert in der Arzt-Patient-Interaktion zukommt, wird diese im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit ergänzend in den Patienteninterviews untersucht und die Ergebnisse werden in Kapitel 6.4 der vorliegenden Arbeit dargelegt.

3 Dolmetschen im Gesundheitswesen

Die im ersten Kapitel dieser Arbeit besprochene transkulturelle Kommunikation geht eng mit dem Dolmetschen einher, da dies eine Möglichkeit des Informationsaustausches darstellt, wenn keine gemeinsame Sprache gesprochen wird. Möchte man trotz Sprach- und Kulturbarrieren kommunizieren, so können DolmetscherInnen gemeinsames Verständnis ermöglichen. In der vorliegenden Arbeit werden jedoch nicht alle Einsatzbereiche des Dolmetschens vorgestellt, da dies den Rahmen sprengen würde. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt daher auf dem Dolmetschen im Gesundheitswesen, das einen Subtyp des „Kommunaldolmetschens“ (Pöchlhacker 2000b: 39) oder auf Englisch *Community Interpreting* darstellt. Das Kommunaldolmetschen bezeichnet das Dolmetschen von Dialogen, Gesprächen in öffentlichen Einrichtungen im medizinischen, sozialen und rechtlichen Bereich (vgl. Pöchlhacker 2000b: 37). Es findet zwischen Personen statt, die in derselben *Community* leben, jedoch nicht dieselbe Sprache sprechen (vgl. Hale 2015: 65). Werden in medizinischen Einrichtungen Gespräche gedolmetscht, so spricht Tebble (1999) vom Dolmetschen im Gesundheitswesen. Es wird zwischen MigrantInnen, GastarbeiterInnen, geflüchteten Personen, TouristInnen, Einheimischen und dem Gesundheitspersonal, d.h. der Ärzteschaft, den KrankenpflegerInnen, PsychotherapeutInnen, etc., vermittelt. Das Sprachmitteln kann in Krankenanstalten, Arztpraxen oder zuhause bei den PatientInnen stattfinden (vgl. ebd.: 179f.). DolmetscherInnen gewährleisten auf diesem Wege Zugang zu grundlegenden Leistungen des Gesundheitssystems (vgl. Hale 2015: 66). Sie müssen im Gesundheitswesen „[...] mit einem weit größeren Repertoire an sprachlichen Codes, Registern, Regionalismen bzw. Code-Switching-Operationen vertraut sein [...] als etwa Dolmetscher auf Fachkonferenzen, die einen weitgehend standardisierten (fachsprachlichen) Code der Expertensoziokultur beachten müssen.“ (Pöllabauer 2002: 293). Das bedeutet, dass DolmetscherInnen im Gesundheitswesen bei diesen Aspekten mehr Flexibilität abverlangt wird, um zwischen den verschiedenen Gesprächsparteien erfolgreich zu vermitteln.

DolmetscherInnen erfüllen eine Brückenfunktion, indem sie „zwischen der Kultur der ExpertInnen des Fachbereichs Medizin und der Kultur der Laien sprachlich und interkulturell vermitteln.“ (Wimmer: 2011: 249) Sie übernehmen die Verantwortung für das gegenseitige Verständnis der Gesprächsparteien, indem sie nicht nur das Gesagte korrekt dolmetschen, sondern auch die Asymmetrie zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen transparent machen, damit auf einem gemeinsamen Sprachniveau kommuniziert werden kann (vgl. ebd.). Bowen (2003) argumentiert, dass dabei eine gute zwischenmenschliche Kompetenz entscheidend ist. Bei Gesprächen mit wenigen Beteiligten wird ein gekonnter Umgang mit Menschen noch sichtbarer

als zum Beispiel in einem Vortragssaal mit vielen Konferenzteilnehmenden. Der/die DolmetscherIn wird in medizinischen Gesprächen oftmals zu einer Vertrauensperson, da im Bereich des Kommunaldolmetschens die ausländischen KlientInnen meist nicht daran gewöhnt sind, sich durch eine/n SprachmittlerIn zu verständigen (vgl. Bowen 2003: 320). Dieses Verhalten hat jedoch einen Einfluss auf die Neutralität der DolmetscherInnen.

Bot (2003) stellt fest, dass je nach Gesprächs-Setting vollständige Neutralität nicht möglich sei und dass es sich dabei um einen Mythos handle (vgl. ebd.: 30). Zwar sind Unvoreingenommenheit und Unparteilichkeit beim Gerichtsdolmetschen in Österreich durch einen Berufs- und Ehrenkodex vorgeschrieben, doch gibt es beim Dolmetschen im Gesundheitswesen keine festgelegten Verhaltensregeln. Viele professionelle DolmetscherInnen richten sich unabhängig vom Einsatzbereich nach einem Berufskodex. Das kann der obengenannte Kodex sein, die Berufs- und Ehrenordnung der Universitas Austria oder der „Code of Ethics“ des Internationalen Konferenzdolmetscherverbandes (AIIC). Damit wird ein Bewusstsein für die Bedeutung von Neutralität im Gespräch geschaffen. Professionelle DolmetscherInnen entscheiden dann situationsbedingt, wann und ob „vollständige“ Neutralität notwendig ist. Bot (2003) argumentiert, dass persönliche Anmerkungen der DolmetscherInnen bei der Arzt-Patient-Kommunikation auch positiv zum Gesprächsverlauf beitragen können, indem bei Missverständnissen eingegriffen wird. Das bedeutet zugleich, dass DolmetscherInnen nicht nur als „Übersetzungsmaschine“ dienen, sondern eine vollwertige Gesprächspartei darstellen (vgl. ebd.: 30). Dies ist vor allem im Dolmetschen im Gesundheitswesen vonnöten, da den nicht-deutschsprachigen PatientInnen nicht nur die Landessprache sondern auch die landesüblichen Prozesse, die Kultur und Gepflogenheiten fremd sind (vgl. Pöllabauer 2002: 287).

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass DolmetscherInnen nicht nur Sprach- sondern auch KulturmittlerInnen, interkulturelle ExpertInnen, Vertrauens- und Ansprechpersonen und HelferInnen bei Fragen, Unsicherheiten und Missverständnissen sind (vgl. Pöllabauer 2002: 287). Ob und inwieweit eine österreichische Ärztin, die Polnisch als Fremdsprache erlernte, professionelle DolmetscherInnen ersetzen kann, wird in Kapitel 7 diskutiert.

3.1 Situation in Österreich

Im folgenden Kapitel wird die Dolmetschsituation in Österreich diskutiert, damit die Beweggründe der österreichischen Ärztin für den Fremdsprachenerwerb sowie ihre Situation als praktizierende Kinderärztin in einem multikulturellen Land nachvollziehbar werden. Es ist an dieser Stelle notwendig, zum Thema der Zuwanderung zurückzukehren, da mit dieser ein erhöhter

„intrasozietärer Kommunikationsbedarf mit Anderssprachigen“ (Pöchlhacker 2000b: 141) einhergeht. Unter intrasozietärer Kommunikation versteht man den Kontakt zwischen Gemeinschaften („Sozietäten“), die sich in ihrer Sprache unterscheiden sowie verschiedensprachigen Mitgliedern einer sozialen Gemeinschaft (vgl. Pöchlhacker 2000b: 22). Dadurch ergibt sich mitunter im Gesundheitswesen ein verstärkter Kommunikationsbedarf, welcher das Personal vor Herausforderungen bei der Versorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen stellt (vgl. Pöchlhacker 2000b: 147).

Die *Österreichische Plattform Patientensicherheit* führte von 2012 bis 2015 ein Pilotprojekt zur „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen“ mit speziellem Fokus auf das Videodolmetschen durch. Dabei wurde der Dolmetsch- und Kommunikationsbedarf mit Anderssprachigen in 12 österreichischen Ambulanzen untersucht. Bei der Fragebogenerhebung des Gesundheitspersonals gaben 71% der Befragten an, „[...] in der Ausübung ihrer Arbeit mindestens zwei bis drei Mal pro Woche, wenn nicht sogar täglich mit Sprachbarrieren konfrontiert zu sein.“ (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 32) Die drei häufigsten Probleme bei der Versorgung von PatientInnen, die auf Kommunikationsschwierigkeiten zurückzuführen waren, stellten die Beschreibung von Symptomen (80%), Information und Aufklärung der PatientInnen (76%) und Dokumentation von Vorerkrankungen (63%) dar. 78% der Befragten gaben an, dass ein Gespräch mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen „nur eingeschränkt möglich“ sei und 7% gaben an, dass ein Gespräch mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen „gar nicht möglich“ sei. Bei der Überwindung von Sprachbarrieren wurden unterschiedliche Lösungsstrategien angewendet, welche in Abb. 2 angeführt werden. Aus dieser wird ersichtlich, dass am häufigsten nicht-professionelle DolmetscherInnen (siehe Kapitel 3.4), d.h. Familienangehörige, Bekannte und medizinisches Personal, zum Sprachmitteln rekrutiert wurden. Zudem kamen auch andere Mittel, z.B. die Verständigung mit Händen und Füßen (66%), zur Anwendung. Nur 37% der Befragten gaben an, dass zu transkultureller Kommunikation externe professionelle DolmetscherInnen beigezogen werden (siehe Abb. 2). Bei der Zufriedenheitsbewertung der in Abb. 2 aufgezählten Lösungsstrategien wurde ersichtlich, dass „[...] die Mehrheit der MitarbeiterInnen wenig bis gar nicht zufrieden ist.“ (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 49)

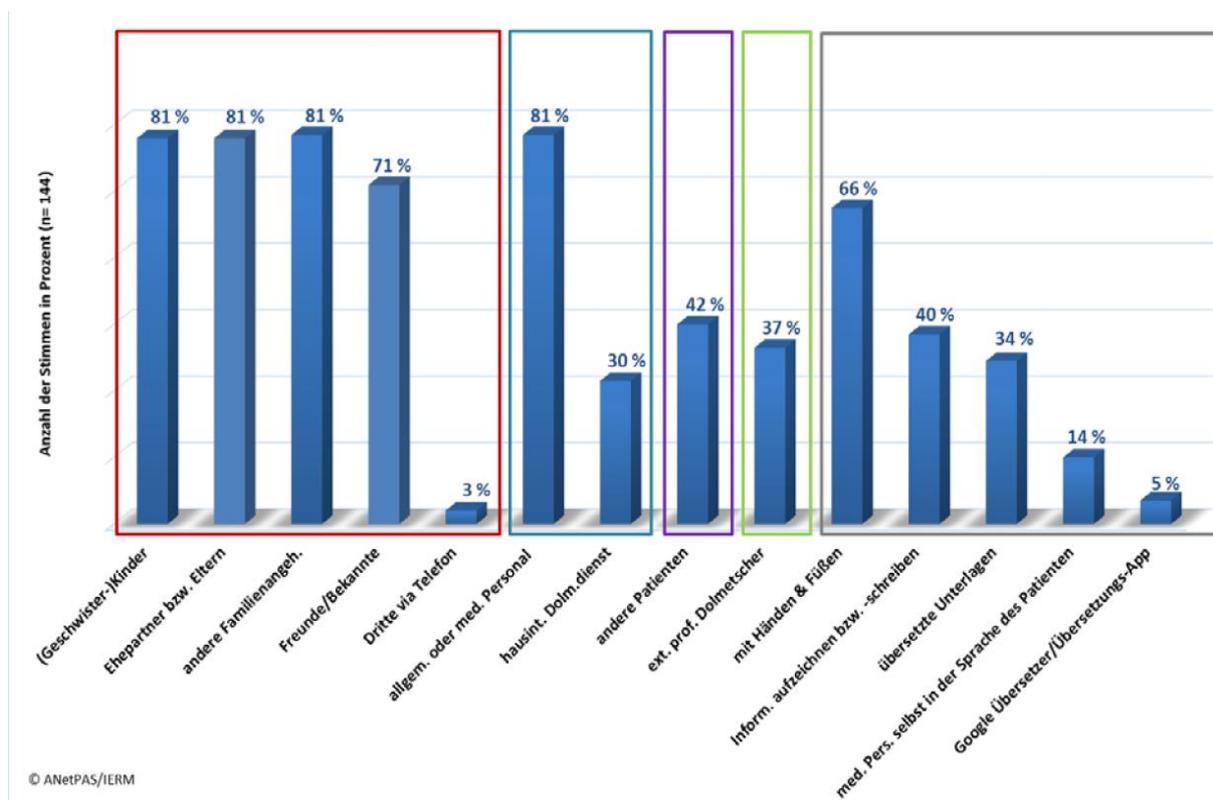


Abb. 2: Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 39)

Pöchhacker (2000b) führte 1996 eine umfassende Studie über den Kommunikationsbedarf bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen in zwölf Wiener Krankenhäusern aus der Sicht des Personals durch. Im Rahmen dieser Studie wurde mitunter ersichtlich, dass 95% des Gesundheitspersonals PatientInnen zu versorgen hatten, „die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch verständigen [konnten].“ (Pöchhacker 2000b: 153) Jede/r KrankenhausmitarbeiterIn hatte wöchentlich ca. fünf nicht-deutschsprachige PatientInnen zu betreuen. Damals wie auch heute wurden mehrheitlich Familienangehörige und bilinguales Krankenhauspersonal zum Dolmetschen herangezogen (vgl. Pöchhacker 2000b: 158-162).

Die Ergebnisse des Pilotprojekts zur „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen“ und der von Pöchhacker (2000b) durchgeführten Studie belegen den seit Jahren vorherrschenden Kommunikationsbedarf mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen im österreichischen Gesundheitswesen und verdeutlichen die Verständigungsproblematik in diesem Bereich. Es kann daher geschlussfolgert werden, dass ein unzweifelhafter Dolmetschbedarf im Gesundheitswesen besteht (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 32-51).

Laut medonline (2015) müssen die PatientInnen oder das Gesundheitspersonal in den

meisten Fällen DolmetscherInnen in Eigeninitiative bestellen. Aus diesem Grund wird mitunter auf nicht-professionelle DolmetscherInnen zurückgegriffen. In einigen Spitälern Österreichs gibt es jedoch auch neue Methoden und Ansätze, um Dolmetschleistungen kostenfrei für PatientInnen anzubieten. Es werden vermehrt neue Formen des Dolmetschens, wie das Telefon- und Videodolmetschen, verwendet. Dabei werden DolmetscherInnen für ausgewählte Sprachen in einem bestimmten Zeitraum per Telefon oder Videoanruf kontaktiert, um auf Distanz zu dolmetschen. Im Rahmen des obengenannten Forschungsberichts konnten wertvolle Erkenntnisse für das Videodolmetschen gewonnen werden, wonach sich die relativ neue Form des Dolmetschens in vielen Bereichen des österreichischen Gesundheitswesens bereits gut etablierte (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 128).

In Gesundheitseinrichtungen, wie zum Beispiel dem Allgemeinen Krankenhaus in Wien und Linz, dem St. Anna Kinderspital in Wien sowie Sozialorganisationen wie dem Neunerhaus oder Ambermed, werden Dolmetschdienste aus öffentlichen Geldern finanziert oder ehrenamtlich angeboten (vgl. medonline 2015/ St. Anna Kinderspital). In den meisten Fällen müssen Privatpersonen für die Dolmetschkosten jedoch selbst aufkommen, sodass aus Sparsamkeitsgründen auf professionelle DolmetscherInnen verzichtet wird. Dies resultiert wiederum in einem eingeschränkten Informationszugang und somit einer höheren Gesundheitsgefährdung (vgl. Pöllabauer 2003: 18).

Wimmer (2011) argumentiert, dass aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem entstehen können. Werden professionelle DolmetscherInnen nur in seltenen Fällen beigezogen, so sind Kommunikationsprobleme unvermeidbar. Es stellt sich daher die Frage, ob es für eine Gesellschaft nicht effizienter wäre, zunächst einen (finanziellen) Mehraufwand bei der Gewährleistung von professionellen Dolmetschdiensten mit speziellem Fokus auf das Gesundheitswesen zu betreiben, um somit hohe durch Kommunikationsschwierigkeiten verursachte Folgekosten zu minimieren.

Wenn durch professionell vermittelte Kommunikation teure und unnötige Folgeuntersuchungen und -gespräche aufgrund von Fehlentscheidungen, Fehldiagnosen aber auch Missverständnisse, Frustration, Wut auf die KlientInnen, Falschauskünfte, längere stationäre Aufenthalte, insgesamt menschliches Leid sowie Vergeudung von Zeit, Energie und Expertise vermieden werden können, trägt dies zweifelsohne zur Kostenreduzierung und zur Steigerung der Effektivität des Systems bei. (Wimmer 2011: 244)

Bei weitgehender Deckung des Dolmetschbedarfs in diesem Sektor könnte allen Mitgliedern einer Gesellschaft derselbe Zugang zum Gesundheitswesen gewährleistet und Verständigungsprobleme, die auf Sprachbarrieren zurückzuführen sind, minimiert werden.

Die Art und Weise, wie diese Thematik in der Gesellschaft gehandhabt wird, spiegelt

letztendlich den Stellenwert wider, der ihr beigemessen wird. Die Maßnahmen, die diesbezüglich im Gesundheitswesen getroffen werden, sind dürftig und werden zu langsam umgesetzt. Es scheint, als wäre das Bewusstsein für die bedeutsame Rolle professioneller DolmetscherInnen in der Gesellschaft noch nicht ausreichend ausgeprägt (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 128f.).

3.2 Gesprächskonstellation mit DolmetscherIn

Im folgenden Kapitel wird der Einfluss einer zusätzlichen Person, in diesem Fall eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin, und dessen/deren Sichtbarkeit in einem transkulturellen Gespräch diskutiert. Laut Bahadir (2003) ist die klassische Gesprächskonstellation mit einem/einer DolmetscherIn die Triade. Nehmen an einer Kommunikation mindestens drei Personen teil, die ihren eigenen kulturellen und sozialen Hintergrund einbringen, so spricht man von triadischer Kommunikation. Der „Dreh- und Angelpunkt“ einer triadischen transkulturellen Kommunikation ist der/die DolmetscherIn (vgl. ebd.: 61).

Am Zentrum für Translationswissenschaft wird gelehrt, dass DolmetscherInnen bei Gesprächen im Hintergrund stehen sollen, um „unsichtbar“ zu bleiben (vgl. Menz 2011: 228). Doch ist Unsichtbarkeit und Passivität seitens der DolmetscherInnen in einem Arzt-Patient-Gespräch möglich oder sogar erwünscht? Anhand der nachstehenden Verhaltensweisen in Gesprächen werden DolmetscherInnen nolens volens sichtbar:

DolmetscherInnen stellen sich als am gedolmetschten Interaktionsereignis teilnehmendes Mitglied vor; sie verbalisieren Interaktionsregeln (z.B. Turnübernahmen); sie paraphrasieren (Fach-)Ausdrücke oder Konzepte; sie ändern Register nach oben oder unten (z.B. informelles Übersetzen als die ursprüngliche Äußerung); sie filtern Informationen; sie übernehmen Perspektiven einer Partei. (Menz 2011: 228)

DolmetscherInnen sind daher als aktive TeilnehmerInnen eines Gesprächs zu betrachten. „Vollkommene Unsichtbarkeit“ der DolmetscherInnen ist nicht nur kontraproduktiv, sondern schlicht unmöglich. Im Bereich des Kommunaldolmetschens wird sogar von manchen Personen „emanzipatorische Hilfestellung und Intervention in einer Fürsprecherrolle (*advocacy*) gefordert und auch praktiziert [...]“ (Pöchhacker 2000b: 38)

Beim Dolmetschen werden ständig Entscheidungen getroffen, die zum Kommunikationserfolg beitragen. Soll ein Fachterminus beibehalten oder erklärt werden? Wann findet der Sprecherwechsel (Turnübernahmen) statt und wie wird dieser durch die DolmetscherInnen signalisiert? Welches Sprachregister wird verwendet und wieso? Wie hat man sich in emotionalen

Situationen zu verhalten? Dies sind nur einige von vielen Fragen, die sich während eines Dolmetscheinsatzes stellen.

Hinzu kommt die Tatsache, dass DolmetscherInnen ihre eigenen Ansichten, Überzeugungen sowie kulturellen Normen nicht vollständig ausblenden können, um lediglich als „Sprachrohr“ in einem Gespräch zu dienen. Kein Gespräch findet in einem sozialen Vakuum statt, sodass die aktive Teilnahme der DolmetscherInnen am Gespräch etwas Natürliches und Unvermeidbares darstellt (vgl. Angelelli 2004: 26). Dies wird in Abb. 2 anschaulich dargestellt:

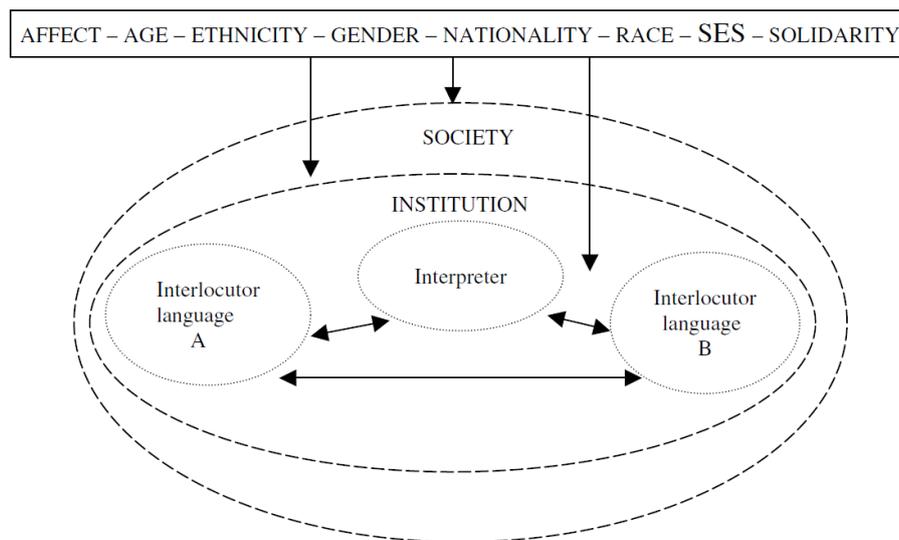


Abb. 3: Der/die sichtbare DolmetscherIn (Angelelli 2004: 10)

Das Konzept der Sichtbarkeit von DolmetscherInnen geht über die Teilnahme an sprachlicher Interaktion hinaus und schließt die Macht (siehe Kapitel 3.3), die den DolmetscherInnen dabei zukommt, mit ein. Anhand der Abbildung wird ersichtlich, dass die DolmetscherInnen nicht nur durch Sprache, sondern auch soziale und kulturelle Faktoren sichtbar werden. Dazu zählen das Alter, die Herkunft, das Geschlecht, die Staatszugehörigkeit, der sozioökonomische Status etc. der DolmetscherInnen. Diese und andere Eigenschaften tragen zur Interaktion mit den GesprächsteilnehmerInnen bei. Es wird daher beim Dolmetschen nicht nur sprach- und kulturgemittelt, sondern auch eine Balance zwischen den verschiedenen sozialen Faktoren aller GesprächsteilnehmerInnen hergestellt.

Das oberste Feld von Abb. 3 repräsentiert die kulturellen Normen. Das Feld mit der Inschrift „Society“ steht für den Umgang mit den kulturellen Normen innerhalb einer Gesellschaft. Der darauffolgende Bereich zeigt, wie die Normen innerhalb einer Institution umgesetzt werden. Die GesprächsteilnehmerInnen sowie der/die DolmetscherIn bringen ihre persönlichen Ansichten über die im obersten Feld genannten Eigenschaften in die Kommunikation ein (vgl.

Angelelli 2004: 9f.). Daraus wird ersichtlich, dass nicht nur die Sprache allein eine Herausforderung in transkultureller Kommunikation darstellen kann.

Das Modell von Angelelli (2004) wird auf die im Rahmen dieser Masterarbeit untersuchten Arzt-Patient-Gespräche übertragen mit dem Unterschied, dass kein/e DolmetscherIn anwesend war. Es dient als Analyserahmen für die Beschreibung der an der Arzt-Patient-Kommunikation teilnehmenden Personen.

3.3 Machtgefüge in der Arzt-Patient-Kommunikation mit DolmetscherIn

In Kapitel 2.1 wurde bereits festgestellt, dass Asymmetrien und Ungleichheiten hinsichtlich des Machtverhältnisses zwischen den Kommunikationsteilnehmenden im Gesundheitswesen bestehen. Pöchlhacker (2000b) stellt fest, dass im Gegensatz zum Konferenzdolmetschen die Gesprächsparteien beim Dolmetschen im Gesundheitswesen „ungleich“ sind, d.h. unterschiedliches Vorwissen besitzen. Auf Konferenzen kommen ExpertInnen zusammen, um sich über ein gemeinsames Thema auszutauschen, wohingegen beim Dolmetschen im Gesundheitswesen eine Gesprächspartei vom Fach (z.B. die Ärzteschaft) und die andere auf die Kompetenz der ersteren angewiesen ist. Dadurch entsteht ein asymmetrisches Machtverhältnis. Es ist daher für DolmetscherInnen schwierig, die „neutrale Mitte“ im Gespräch zu sein, wenn ein Machtgefälle zwischen den Gesprächsteilnehmenden besteht. DolmetscherInnen können vor allem durch die physische Anwesenheit sowie die Nähe der Gesprächsparteien und die stärker wahrnehmbare nonverbale Kommunikation nur schwer das neutrale Zwischenglied sein. Im Gegensatz dazu ist das Konferenzdolmetschen anzuführen, bei dem die KommunikationspartnerInnen meist gleichberechtigt und nur selten in direkter Nähe der DolmetscherInnen sind, sodass der Neutralität und dem Machtgefälle in diesem Kontext weniger Bedeutung zukommt (vgl. Pöchlhacker 2000b: 40f.).

Angelelli (2004) argumentiert, DolmetscherInnen seien sichtbare GesprächsteilnehmerInnen, denen viel Macht bei der Vermittlung zukommt. Sie schreibt: “[Interpreters] are powerful parties who are capable of altering the outcome of the interaction, for example, by channelling opportunities of facilitating access to information. They are visible co-participants who possess agency.” (Angelelli 2004: 9) Das bedeutet, dass DolmetscherInnen den Kommunikationsinhalt für beide Gesprächsparteien „produzieren“, wodurch die Letzteren automatisch zu „KonsumentInnen“ werden. DolmetscherInnen sind im Stande, sich sowohl mit den ExpertInnen als auch den PatientInnen zu verständigen. Sie besitzen die für die transkulturelle Kommunikation notwendige Sprach- und Kulturkompetenz und können gegebenenfalls das

Sprachregister an die Gesprächsteilnehmenden anpassen, sodass ein gegenseitiges Verständnis gewährleistet werden kann (vgl. Angelelli 2004: 28).

3.4 Nicht-professionelle DolmetscherInnen

In Kapitel 3.1 wurde bereits erwähnt, dass nur in seltenen Fällen professionelle DolmetscherInnen zu transkulturellen Gesprächen im Gesundheitswesen beigezogen werden. Da dieser Thematik ein großer Stellenwert zukommt, soll in diesem Unterkapitel genauer darauf eingegangen werden.

Pöchhacker (2000b) schreibt, dass im Gesundheitswesen meist nicht ausgebildete mehrsprachige Personen, z.B. Familienmitglieder oder (Krankenhaus-)Personal, sprachmitteln. Wird kurzfristig mehrsprachiges Personal zum Dolmetschen beigezogen, so wird ad hoc gedolmetscht. Das sind meist Putzkräfte, Krankenpflegende oder in seltenen Fällen ÄrztInnen (vgl. ebd.: 175).

Menz (2011) unterteilt nicht-professionelle DolmetscherInnen in verschiedene Personengruppen, die sich in ihren Kompetenzen unterscheiden. Die erste Gruppe setzt sich zusammen aus Familienmitgliedern und Bekannten, die zum Dolmetschen mitgenommen werden. Das sind häufig Kinder, die jedoch aus ethischer Perspektive Probleme aufwerfen und aufgrund ihrer emotionalen Bindung zu ihren Familienangehörigen zu stark in das Geschehen involviert werden. Zudem beherrschen sie nicht die notwendige Fachterminologie, um korrekt zu dolmetschen. Dies trifft jedoch auch auf andere Familienangehörige und Bekannte zu. Bei solchen „Terminologielücken“ wird versucht, den Terminus zu beschreiben, diesen in der Ausgangssprache zu belassen oder mithilfe von Deuten und wortwörtlichen Übersetzungen eine Lösung zu finden. Weiters werden bei FamiliendolmetscherInnen die Kommunikationskonventionen nicht eingehalten. Die DolmetscherInnen antworten zum Beispiel direkt auf die Fragen der ÄrztInnen, ohne diese gedolmetscht zu haben. Kommt es zu einem Gespräch zwischen den Familienangehörigen, so wird dieses meist nicht für die ÄrztInnen gedolmetscht. Darüber hinaus wird meist in der dritten Person mit dem Zusatz „er/sie sagt“ gedolmetscht. Beim Sprachmitteln in solch einer Gesprächskonstellation können Familienangehörige daher nicht neutral bleiben. Bei der zweiten Personengruppe der nicht-professionellen DolmetscherInnen handelt es sich um das bereits genannte Gesundheitspersonal, das vor Ort ist und meist ad hoc zum Dolmetschen herangezogen wird. Zwar kennt dieses die medizinischen Abläufe und ist mit der Fachsprache vertraut, doch meist nur in einer Sprache. Zudem befähigt einen die Beherrschung mehrerer Sprachen nicht zum Dolmetschen. Weiters kann in solchen Fällen die Verschwiegenheit

seitens des Gesundheitspersonals nicht garantiert werden. All jene Probleme führen zu einem Anstieg des Fehlerrisikos und einer Minimierung der Gesprächsqualität (vgl. Menz 2011: 230). Man kann daher festhalten, dass nicht-professionelle DolmetscherInnen keine zufriedenstellende Lösung für transkulturelle Kommunikation darstellen.

Reisinger (2003) stellt fest, dass durch den geringen Einsatz von professionellen DolmetscherInnen im Gesundheitswesen die Gesprächsqualität in diesem Bereich sinkt. Eine gute Dolmetschung verbessert die Arzt-Patient-Beziehung und führt zugleich zu einem höheren Heilungserfolg. „Gute Dolmetschung“ bedeutet im Konkreten: DolmetscherInnen müssen die notwendige Sprachkompetenz in beiden Sprachen besitzen, beide Kulturen kennen und die fachspezifische Terminologie beherrschen. Sie sollten neutral, unparteiisch und verschwiegen sein. Dies sind alles Anforderungen, die Kinder, Familienangehörige oder Bekannte nicht erfüllen (vgl. ebd.: 138).

4 Die polnische Sprache und ihre SprecherInnen

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über die in Österreich lebenden Polen, die polnische Sprache und das Code-Switching sowie Code-Mixing geschaffen, der einen Rahmen für die Fremdsprachenkompetenzen der Ärztin bildet.

Mit Stand vom 1. Januar 2020 waren 64.454 PolInnen, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, in Österreich gemeldet (vgl. Statistik Austria 2020). PolInnen stellen damit die achtgrößte Zuwanderungsgruppe dar, von der zwei Drittel in Wien leben (vgl. Forum Polonii). Der Zustrom polnischer StaatsbürgerInnen nahm besonders in den 1980er Jahren zu, als in Polen das Kriegsrecht verhängt wurde. Nach dem Fall des Eisernen Vorhangs erreichte die wirtschaftliche und politische Auswanderung aus Polen ihren Höhepunkt. In dieser Zeit entstanden zahlreiche neue polnische Organisationen in Österreich, die in dem 1993 gegründeten Dachverband Gemeinschaft Polnischer Organisationen „Forum der Polen“ vereinigt sind (vgl. Forum Polonii).

In Österreich gibt es verschiedene Möglichkeiten, die polnische Sprache zu erlernen. Laut Angaben auf der Website „Certyfikat Polski“ lernen weltweit ca. 10 000 Personen Polnisch als Fremdsprache, davon ein Drittel an Universitäten und Sprachschulen in Polen (vgl. Certyfikat Polski). An österreichischen Schulen wird muttersprachlicher Unterricht für Jugendliche angeboten, um deren Muttersprachenkompetenzen zu fördern. Dieser wurde vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur für ganz Österreich entwickelt (vgl. BMBWF 2005). Die polnische Sprache wird auch an der Schule „Jan III. Sobieski“ in Wien unterrichtet (vgl. Forum Polonii). Auf Hochschulniveau kann Polnisch im Studiengang Slawistik erlernt werden. Das Bachelorstudium Transkulturelle Kommunikation bietet ebenfalls die Möglichkeit, bereits vorhandene Polnischkenntnisse zu vertiefen (vgl. Curriculum 2020). Das Polnische Institut in Wien bietet darüber hinaus Polnischkurse an (vgl. Polnisches Institut).

4.1 Polnisch als Fremdsprache

Beim Erlernen der polnischen Sprache mit besonderem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation in der Kinderheilkunde gibt es einige Besonderheiten, die beachtet werden müssen. In diesem Unterkapitel werden die für diese Masterarbeit relevanten Themenbereiche in Kürze vorgestellt, da eine ausführliche Beschreibung der polnischen Sprache den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Polnisch ist eine slawische Sprache im Gegensatz zum Deutschen, das zur germanischen Sprachfamilie gehört. Es wird das lateinische Alphabet verwendet, wobei die deutschen

Umlaute und das „ß“ wegfallen. Folgende Buchstaben werden im polnischen Alphabet ergänzt: ą, ć, ę, ł, ń, ó, ś, ź und ż. Darüber hinaus gibt es folgende Buchstabenkombinationen: chi, ci, cz, drz, dz, dzi, dź, dż, si, sz, rz, zi. Polnisch ist die einzige slawische Sprache mit Nasalvokalen: ą und ę. Es besitzt zwölf Zischlaute: c, ć/ci, cz, dz, drz/dź, dź/dzi, s, ś/si, sz, rz/ż, z, ź/zi. Das Polnische hat im Gegensatz zum Deutschen sieben Fälle: Nominativ, Genitiv, Dativ, Akkusativ, Instrumental, Lokativ, Vokativ. Es werden Substantive, Adjektive, Pronomen, Numeralia usw. je nach Verwendung in die entsprechenden Fälle gesetzt. Verben werden nach Person, Genus und Numerus flektiert. Im Hinblick auf den Satzbau unterscheidet sich die polnische von der deutschen Sprache durch die Verbzweitstellung. Das Polnische besitzt ein komplexes Aspektsystem, hat jedoch nur drei Tempora: Präsens, Präteritum, Futur (vgl. Mossakowski 2016: 3-10). Die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem polnischen Alphabet und der Aussprache können zu Schwierigkeiten beim Spracherwerb und einem Akzent führen.

Die Anrede einer Person erfolgt im Polnischen im Vokativ mit „Panie“ (Herr) oder „Pani“ (Frau). Darauf folgt meist der Vorname einer Person, wodurch eine höfliche Vertrautheit ausgedrückt wird. Das deutsche „Sie“ wird ebenfalls durch „Pan“ (Herr) und „Pani“ (Dame) ausgedrückt (vgl. Mossakowski 2016: 6). Die Frage „Verstehen Sie?“ würde daher „Rozumie Pan/Pani?“ lauten. Die richtige Anredeform ist für die Arzt-Patient-Kommunikation von großer Bedeutung, da die GesprächsteilnehmerInnen direkt angesprochen werden.

Bei der polnischsprachigen Arzt-Patient-Kommunikation in der Kinderheilkunde kommt den Verkleinerungsformen ein großer Stellenwert zu. Koecke (1994) stellt fest, dass die polnische Sprache ein „reich facettiertes morphologisches System zur Bildung von Diminutiven [ist].“ (ebd.: 41) Die Möglichkeiten, Diminutive im Polnischen zu bilden, sind im Vergleich zum Deutschen sehr groß und stellen im täglichen Sprachgebrauch eher die Regel als die Ausnahme dar (vgl. Mossakowski 2016: 9). Diminutive finden primär in der Umgangssprache, im Gespräch mit Kindern und im intim-familiären Kreis Anwendung (vgl. Koecke 1994: 50). Es wäre unüblich bzw. falsch, zu einem Kind auf Polnisch zu sagen „Gib mir deine Hand.“ anstatt „Gib mir dein Händchen.“ oder „Mach den Mund auf.“ anstelle von „Mach dein Mündlein auf.“ Sagt die Ärztin zu einem Kind „Kleiner“, so könnte dies auf Polnisch durch zahlreiche Diminutive ausgedrückt werden (malutki, malusieńki, maluteńki, maleństwo, maluczki, maluszek, maluśki, maleńki, etc.), wohingegen im Deutschen die Auswahl deutlich geringer ist. Die Übersetzung „Kleiner“ gibt zudem nicht die Vertrautheit, Freundlichkeit und Herzlichkeit wieder. Im Deutschen werden solche positiven Gefühle durch die Intonation vermittelt, wobei dieser auch im Polnischen große Bedeutung zukommt.

Die zahlreichen Varianten von Diminutiven stellen eine Besonderheit im

Fremdsprachenerwerb dar. Besonders in der Arzt-Patient-Kommunikation im Bereich der Kinderheilkunde spielen Diminutive eine zentrale Rolle, da direkt mit Kindern und über Kinder gesprochen wird. Werden Diminutive im Gespräch mit Kindern nicht verwendet, so könnte dies nicht nur als ungewöhnlich, sondern auch als unhöflich aufgefasst werden. Aus diesem Grund ist die Beherrschung der Diminutive für das Gelingen einer Arzt-Patient-Kommunikation in der Kinderheilkunde von großer Bedeutung.

4.2 Code-Switching & Code-Mixing

Das Verwenden von mehreren Sprachen in ein und demselben Gespräch ist bei Mehrsprachigkeit ein häufiges Phänomen. Code-Switching umfasst laut Angermeyer (2015) den Sprachwechsel zwischen unterschiedlichen Satzteilen in einer Äußerung. Code-Mixing hingegen bezeichnet das Verwenden von verschiedenen Sprachelementen und das Mischen der Grammatik innerhalb einer Aussage (vgl. ebd.: 143). Mußmann (2012) fasste auf Grundlage der Werke von Gumperz (1972), Albrecht (2006), Auer (1998) die Gründe für Code-Switching und Code-Mixing zusammen:

- 1) mangelnde Beherrschung einer der beiden Sprachen
- 2) sozial-emotionale Bindung an die dominante Sprache
- 3) Veränderung des sozialen Kontextes
- 4) Veränderung der GesprächsteilnehmerInnen-Konstellation
- 5) Themen-Wechsel
- 6) Stilistische und metaphorische Gründe, um eine Erzählung auszuschnücken (vgl. Mußmann 2012: 1f.).

Für den Fremdsprachenerwerb der im Rahmen dieser Masterarbeit untersuchten Ärztin sind Punkte 1, 5 und 6 entscheidende Gründe für den Sprachwechsel sowie das Mischen von Sprachen. Das liegt zum einen an den limitierten Sprachkompetenzen der Ärztin und zum anderen am Besprechen von unterschiedlichen Themen während der Arzt-Patient-Kommunikation (siehe Kapitel 6). Punkt 2 spielt in der Arzt-Patient-Kommunikation vermutlich eine geringfügige Rolle, da es sich dabei um routinierte Gespräche im Berufsalltag handelt. Der soziale Kontext (Punkt 3) sowie die GesprächsteilnehmerInnen-Konstellation (Punkt 4) verändern sich während des Arzt-Patient-Gesprächs nicht. Gumperz (1982) argumentierte zudem, dass Code-Switching unbewusst und zum Teil unbemerkt vorkommt, weswegen dem Austausch von Informationen ein größerer Stellenwert zukommt als der Sprache, in der sie vermittelt werden

(vgl. ebd. 61).

Das Code-Switching und Code-Mixing sind bei den in Österreich lebenden PolInnen gebräuchlich. Deutsche Wörter werden entweder unverändert oder nach den polnischen Grammatikregeln im Polnischen verwendet. Massowski (2016) gibt dafür ein Beispiel: „Jadę ubanem do fundamtu w pierwszym becyrku po führerschein. (Ich fahre mit der U-Bahn aufs Fundamt in den ersten Bezirk, um meinen Führerschein zu holen.)“ (ebd.: 6) Für PolInnen ohne Deutschkenntnisse wäre dieser Satz unverständlich, da vier deutsche Wörter verwendet werden. Für in Österreich lebende PolInnen hingegen wäre das Code-Mixing nicht ungewöhnlich und würde das Verständnis nicht beeinträchtigen. Ob das Code-Mixing sprachlich und stilistisch gelungen ist, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden, da der Schwerpunkt der untersuchten Arzt-Patient-Kommunikation auf dem gegenseitigen Verständnis liegt und nicht auf der sprachlichen Korrektheit, solange diese die Kommunikation nicht beeinträchtigt.

5 Forschungsdesign

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden drei authentische transkulturelle Arzt-Patient-Gespräche in einer österreichischen Kinderarztpraxis untersucht. Diese bilden die Grundlage für eine qualitative Studie, in der Bild- und Tonaufnahmen sowie Interviews mit den Gesprächsteilnehmenden durchgeführt wurden. Um die Vollständigkeit der gesammelten Daten zu gewährleisten, wurden zusätzlich Feldnotizen verfasst.

Dabei standen folgende Fragen im Zentrum: Wie verläuft eine medizinische Untersuchung von polnischsprachigen PatientInnen² durch eine Ärztin, die Polnisch als Fremdsprache erlernte, und wie gelungen ist die Kommunikation? Wie zufrieden sind die PatientInnen mit der transkulturellen Arzt-Patient-Kommunikation?

Ziel der Fallstudie war es, die Verständigungspraxis zwischen der Ärztin und den PatientInnen auf ihr Gelingen zu untersuchen und zu diskutieren, ob der Fremdsprachenerwerb seitens der Ärzteschaft mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation DolmetscherInnen zufriedenstellend ersetzen kann.

Die Analyse der Fallstudie mit den Ergebnissen wird in Kapitel 6 dargelegt. Zunächst folgt ein detaillierter Einblick in die Forschungsmethodik.

5.1 Datenerhebung

Die Planung der Fallstudie begann mit der telefonischen Kontaktaufnahme zur Ärztin, die eine Bekannte der Verfasserin dieser Masterarbeit ist. Durch das Ermöglichen der Datenerhebung fungiert die Ärztin in dieser Fallstudie als ein sogenannter „Gatekeeper“ (Froschauer & Lueger 2020: 20), der einen direkten Zugang zum Forschungsfeld schafft. Beim Telefonat wurden das Vorhaben und das Ziel der Studie besprochen. Die Ärztin zeigte großes Interesse an der Forschung und schlug mögliche Termine für die Datenerhebung vor. Als Voraussetzung für die Durchführung der Fallstudie nannte sie den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten aller Gesprächsteilnehmenden. Mittels einer Einwilligungserklärung wurde den Gesprächsparteien vollkommene Anonymität bei der Auswertung der Bild- und Tonaufnahmen sowie Interviews versichert (siehe Anhang).

Beim ersten vereinbarten Termin am 06.11.2019 kamen in einem Zeitraum von drei Stunden fünf polnischsprachige PatientInnen für die Datenerhebung in Frage. Davon stimmten alle einer Beobachtung zu, lehnten jedoch Bild- und Tonaufnahmen ab. Aus diesem Grund

² Mit PatientInnen sind in dieser Arbeit die gesetzlichen VertreterInnen gemeint.

wurden beim ersten Termin fünf Arzt-Patient-Gespräche beobachtet, was als Vorbereitung für die zukünftigen Videoaufnahmen diente. Dabei wurden alle essenziellen oder potenziell erschwerenden Faktoren (Akustik, Raumaufteilung, Gesprächsablauf etc.) für die Bild- und Tonaufnahmen beobachtet und mitnotiert. Nach den Gesprächen mit der Ärztin willigten vier von fünf PatientInnen in Interviews ein. Diese wurden ebenfalls probeweise durchgeführt, um den Interviewleitfaden gegebenenfalls anzupassen. Die beim ersten Termin erhobenen Daten werden in dieser Masterarbeit nicht ausgewertet.

Beim zweiten Termin am 13.11.2019, ausgerüstet mit einer optimierten Kameraausrüstung, stimmten drei von sechs polnischsprachigen PatientInnen Bild- und Tonaufnahmen zu. Die Anzahl der untersuchten Arzt-Patient-Gespräche ergibt sich aus den Einwilligungen der PatientInnen in die Aufnahmen.

Vor dem Gespräch mit der Ärztin wurde den Teilnehmenden im Wartebereich der Arztpraxis die Einwilligungserklärung für Bild- und Tonaufnahmen, mit der Bitte um Unterzeichnung, ausgehändigt. Diese wurde in Anlehnung an die Einwilligungserklärung des Instituts für Anglistik der Universität Oldenburg angefertigt. Da es sich bei den PatientInnen um Kinder handelte, unterzeichneten deren gesetzliche VertreterInnen die Einwilligungserklärungen.

Zum Schutz von personenbezogenen Daten erfolgte die Auswertung der Bild- und Tonaufnahmen sowie der Interviews anonymisiert, d.h. unter Verwendung persönlicher Codewörter. Die Ärztin wurde mit dem Buchstaben „A“, ihre Ordinationshilfen mit „O“ und der dazugehörigen Muttersprache „O_{PL}“ (Polnisch), „O_T“ (Türkisch), „O_Ö“ (Österreichisch), die Patientinnen mit „P₁“ (erste Patientin), „P₂“ (zweite Patientin) und „P₃“ (dritte Patientin) und deren Kinder mit „K₁ und KK₁“ (Kind und Kleinkind der ersten Patientin), „K₂ und KK₂“ (Kind und Kleinkind der zweiten Patientin), „KK₃“ (Kleinkind der dritten Patientin) abgekürzt. Die Teilnehmerinnen willigten einer Veröffentlichung der gesamten Transkription der Gespräche nicht ein, stimmten jedoch einer Verwendung von einzelnen Gesprächssequenzen in übersetzter Form zu. Die Übersetzungen wurden von der Verfasserin dieser Arbeit angefertigt.

In den folgenden Unterkapiteln wird die Datenerhebung betreffend die einzelnen Untersuchungsmethoden dargelegt.

5.1.1 Arzt-Patient-Kommunikation

Aus den Beobachtungen beim ersten Termin wurde ersichtlich, dass Weinen der Kinder oder Telefonklingeln die Tonqualität stark verschlechtern könnte. Zudem fiel auf, dass sich alle Gesprächsteilnehmenden im Raum bewegten, sodass eine gute Akustik nur mittels eines

hochwertigen Mikrofons erzielt werden könnte. Für die Bild- und Tonaufnahmen wurde daher eine Spiegelreflexkamera mit einem Weitwinkelobjektiv, Stativ und externen Mikrofon verwendet. Mithilfe des Weitwinkelobjektivs konnte beinahe der gesamte Behandlungsraum in einer statischen Aufnahme aufgezeichnet werden. Das externe Mikrofon ermöglichte gute akustische Aufnahmen trotz Störfaktoren.

Die Bild- und Tonaufnahmen wurden während des gesamten Arzt-Patient-Gesprächs aus derselben Perspektive gemacht, um das Gespräch durch ein Umplatzen der Kameraausrüstung nicht zu stören. Es wurde versucht, die Rahmenbedingungen so wenig wie möglich zu begrenzen, weswegen die Beobachterin samt Kameraausrüstung an einer freien Stelle entlang der Wand im Behandlungsraum stand (siehe Abb. 4 und 5). Hierfür wurde die Meinung der Ärztin eingeholt, um sicherzustellen, dass der Gesprächsverlauf trotz einer zusätzlichen Person möglichst ungestört bleibt.

Die Anwesenheit der Verfasserin dieser Arbeit beim Arzt-Patient-Gespräch war somit ein weiterer Faktor, der berücksichtigt werden musste. Die Kamera wurde im Raum platziert, eingestellt und während des Gesprächs überwacht, um mögliche technische Probleme beheben zu können. Die Verfasserin entschied sich zusätzlich zu den Aufnahmen für die „wissenschaftliche Beobachtung“ (Greve & Wentura 1997: 26), da die Gesprächsatmosphäre auf diese Weise besser von dem/der BeobachterIn wahrgenommen und notfalls mitnotiert werden kann (vgl. Greve & Wentura 1997: 48). Dadurch wurde trotz Störfaktoren eine genaue Transkription ermöglicht.

Um das Arzt-Patient-Gespräch aufgrund des „Beobachterparadoxons“ (Labov 1972) so wenig wie möglich zu beeinflussen, wurde vor Beginn der Behandlung im Wartebereich und Behandlungsraum mit den Patientinnen kommuniziert. Dabei wurden alle genauen Umstände der Aufnahme erklärt und Smalltalk geführt, um eine Eingewöhnung in die Situation zu ermöglichen. Dadurch sollte die vollkommene Fremdheit der Beobachterin abgebaut werden. Sobald die Ärztin den Behandlungsraum betrat, wurde der Blickkontakt bewusst abgebrochen, um zu signalisieren, dass die Beobachterin nicht aktiv an der Interaktion beteiligt ist. Die beobachtende Person stand zudem hinter einem Stativ, sodass dieses als zusätzliche „Barriere“ zu den Gesprächsteilnehmenden diene.

In der Kinderarztpraxis sind vier Ordinationshelfen mit österreichischen, polnischen und türkischen Wurzeln beschäftigt. Diese nahmen an zwei von drei Arzt-Patient-Interaktionen teil. Die Bild- und Tonaufnahmen wurden in Absprache mit den Assistentinnen durchgeführt, da jene ebenfalls darauf zu sehen sind. Sie waren für die allgemeine Untersuchung der Kinder vor Beginn der eigentlichen Arzt-Patient-Kommunikation zuständig und assistierten der Ärztin

zum Teil während des gesamten Gesprächs. Aus diesem Grund wurden die Ordinationshilfen in der Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation mitberücksichtigt.

Die erste Bild- und Tonaufnahme begann direkt mit der Arzt-Patient-Kommunikation, bei der eine polnische Ordinationshilfe durchgehend anwesend war. Die gesamte Kommunikation dauerte 12:42 Minuten. Bei P₂ wurde zu Beginn eine allgemeine Untersuchung durch die aus der Türkei stammende Ordinationshilfe durchgeführt. Die zweite Bild- und Tonaufnahme begann daher bereits mit der Untersuchung durch die Assistentin und wurde mit der Beendigung des Arzt-Patient-Gesprächs abgeschlossen. Die Videoaufnahme dauerte 10:23 Minuten, wovon die Arzt-Patient-Kommunikation 7:53 Minuten ausmachte. P₃ wurde von einer der zwei polnischsprachigen Ordinationshilfen voruntersucht. Darauf folgte die Arzt-Patient-Kommunikation, die 6:17 Minuten dauerte. Die Bild- und Tonaufnahme von P₃ einschließlich Voruntersuchung durch die Assistentin machte 9:45 Minuten aus. Nachfolgend wird in Tab. 1 die Dauer der Bild- und Tonaufnahmen sowie jene der Arzt-Patient-Kommunikation an sich mit den jeweiligen Patientinnen dargelegt.

Tab. 1 Dauer der Bild- und Tonaufnahmen sowie der Arzt-Patient-Kommunikation

PatientInnen	Dauer der gesamten Bild- und Tonaufnahme, d.h. Voruntersuchung durch Ordinationshilfe + Arzt-Patient-Kommunikation	Dauer der reinen Arzt-Patient-Kommunikation
P ₁		12:42 Minuten
P ₂	10:23 Minuten	7:53 Minuten
P ₃	9:45 Minuten	6:17 Minuten

5.1.2 Interviews mit den Patientinnen

Die Interviews mit den Patientinnen wurden im Anschluss an das Arzt-Patient-Gespräch anhand eines vorbereiteten Leitfadens mündlich auf Polnisch durchgeführt. Ein Interview dauerte ca. 10 Minuten. Die Antworten der Befragten wurden schriftlich notiert und im Nachhinein detailliert aufbereitet. Vor Beginn der Interviews wurden die PatientInnen nochmals über den Datenschutz und die Anonymisierung informiert. Im Interview wurden geschlossene Fragen (ja/nein) und im Anschluss, als Vervollständigung, offene Fragen gestellt. Die PatientInnen wurden zudem gebeten, ihre Einschätzungen zu verschiedenen Aspekten der Arzt-Patient-Kommunikation nach dem Schulnotensystem von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend) anzugeben. Abschließend wurden den PatientInnen Fragen zu folgenden sozialen und kulturellen Faktoren gestellt: Herkunft, Alter, Beruf/Ausbildung, Zeitpunkt der Auswanderung nach Österreich und Sprachkompetenzen. Diese Daten wurden in Anlehnung an das in Kapitel 3.2

genannte Modell von Angelelli (2004) erhoben, um mehr Informationen über die PatientInnen zu sammeln.

Bei der Angabe der Sprachniveaustufen wurde der „Gemeinsame Europäische Referenzrahmen für Sprachen in sechs Stufen von A1 (Anfänger) bis C2 (Experten)“ (Europäischer Referenzrahmen) angewendet. Dieser wurde den Interviewten vor der Frage anhand eines Ausdrucks erklärt.

Bei den angegebenen Sprachkompetenzen handelt es sich daher um eine Selbsteinschätzung der PatientInnen.

Nachfolgend wird der Aufbau des Interviews dargelegt³:

Einleitung: Ich würde Ihnen gerne noch ein paar Fragen zu dem Gespräch mit der Frau Doktor stellen.

- 1) Wie zufrieden waren Sie mit dem Gespräch mit der Frau Doktor? Ich würde Sie bitten, Ihre Zufriedenheit anhand des Schulnotensystems zu bewerten.
- 2) Wie gut haben Sie die Kommunikationsinhalte verstanden? Ich würde Sie bitten, das Verständnis nach dem Schulnotensystem zu bewerten.
- 3) Haben Sie sprachliche Fehler sowie der Akzent der Ärztin gestört? Wenn ja, inwiefern?
- 4) Ist für Sie die Möglichkeit mit der Ärztin in Ihrer Muttersprache zu sprechen der primäre Grund für die Ärztwahl?
- 5) Hätten Sie bei diesem Gespräch lieber eine/n professionelle/n DolmetscherIn gehabt und wenn ja, wieso?
- 6) Haben Sie schon einmal eine/n professionelle/n DolmetscherIn zu einem Gespräch beigezogen und wenn ja, wie waren Ihre Erfahrungen?

Abschluss: Ich würde Ihnen jetzt noch gerne ein paar persönliche Fragen stellen.

- 1) Woher stammen Sie?
- 2) Wie alt sind Sie?
- 3) Üben Sie zurzeit einen Beruf aus? Wenn ja, welchen? Wenn nein, was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?
- 4) Wann sind Sie nach Österreich ausgewandert?
- 5) Welche Sprachen sprechen Sie? Ich würde Sie bitten Ihre Sprachkompetenzen entsprechend des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen anzugeben.

³ Da die Interviews in der polnischen Sprache durchgeführt wurden, werden die erhobenen Daten sowie Fragen in übersetzter Form präsentiert. Die Übersetzungen wurden von der Verfasserin angefertigt.

Alle PatientInnen haben der Teilnahme am Interview eingewilligt und zeichneten sich durch eine hohe Gesprächsbereitschaft aus. Die Interviews fanden im Wartebereich der Arztpraxis statt, wobei bei jedem Gespräch auf Diskretion geachtet wurde. Aufgrund der mangelnden Privatsphäre wurde auf Bild- und Tonaufnahmen verzichtet. Eine andere Möglichkeit einer Aufnahme schien unter den vorherrschenden Umständen als ein unverhältnismäßiger Aufwand für die PatientInnen.

Anhand der Fragen betreffend die sozialen und kulturellen Faktoren werden die PatientInnen nachfolgend beschrieben:

P₁: weiblich, 34 Jahre alt, aus Polen stammend, momentan in Karenz (Akademikerin), 2011 nach Österreich ausgewandert, Sprachkompetenz: Polnisch (Muttersprache), Deutsch (B1)

KK₁: Drei Jahre alt, im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms⁴ untersucht.

K₁: 5 Jahre alt, wird nicht untersucht

P₂: weiblich, 32 Jahre alt, aus Polen stammend, momentan in Karenz (Akademikerin), 2013 nach Österreich ausgewandert, Sprachkompetenz: Polnisch (Muttersprache), Deutsch (A2)

KK₂: Fünf Monate alt, im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms untersucht.

K₂: Fünf Jahre alt

P₃: weiblich, 27 Jahre alt, aus Polen stammend, momentan in Karenz (abgeschlossene Berufsschule in Polen), 2018 nach Österreich ausgewandert, Sprachkompetenz: Polnisch (Muttersprache), Englisch (B2), Deutsch (A2).

KK₃: Drei Monate alt, im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms untersucht.

5.1.3 Interview mit der Ärztin

Nach den untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen und den Interviews mit den Patientinnen wurde ein ausführliches leitfadengestütztes Interview mit der Ärztin durchgeführt. Dieses dauerte ca. 40 Minuten und fand in der Ordination statt. Auf Wunsch der Ärztin wurde das Interview nicht aufgenommen, sodass schriftliche Notizen gemacht und im Anschluss ausformuliert wurden. Im Zentrum des Gesprächs stand der Fremdsprachenerwerb der Ärztin und ihre Erfahrung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen. Es wurden dabei zum Großteil offene Fragen

⁴ „Der Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder. Er beinhaltet die im Mutter-Kind-Pass-Programm vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum 5. Lebensjahr des Kindes.“ (BMSGPK 2020)

gestellt. Das Interview mit der Ärztin wurde in deutscher Sprache abgehalten. Der Leitfaden des Gesprächs wird nachfolgend dargelegt:

- 1) Warum haben Sie sich dafür entschieden, Polnisch als Fremdsprache zu lernen?
- 2) Wann haben Sie begonnen, Polnisch zu lernen und wie?
- 3) Haben Sie Polnisch mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation gelernt?
- 4) Was für Schwierigkeiten hatten Sie beim Fremdsprachenerwerb?
- 5) Wann und wie haben Sie begonnen, Polnisch in der Arzt-Patient-Kommunikation zu sprechen?
- 6) Wie gelungen schätzen Sie die Arzt-Patient-Gespräche auf Polnisch ein?
- 7) Gibt es Unterschiede zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Kommunikation? Wenn ja, welche?
- 8) Welche Erfahrung haben Sie mit DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation?
- 9) Wer wird am häufigsten zum Dolmetschen beigezogen? (Professionelle DolmetscherInnen, Familienangehörige, Freunde, das Personal der Ärztin)
- 10) Ihr Personal spricht verschiedene Fremdsprachen. Haben Sie Ihr Personal mitunter aufgrund der Fremdsprachenkenntnisse ausgewählt? Wenn ja, wieso?

Während des gesamten Interviews zeichnete sich die Befragte durch Offenheit und eine hohe Gesprächsbereitschaft aus. Aus diesem Grund wurden nicht alle im Leitfaden angeführten Fragen gestellt, da die Ärztin bereits im Rahmen der ersten Frage zwei weitere beantwortete. Die Auswertung des Interviews erfolgte daher zusammenfassend, um die Erzählreihenfolge der Ärztin beizubehalten, anstatt die Antworten an den Leitfaden anzupassen.

5.1.4 Feldnotizen

An beiden Terminen wurden ergänzend Feldnotizen verfasst. Anhand dieser sollte eine möglichst vollständige Datenerhebung sichergestellt werden. Bereits beim Empfang und der Anmeldung wurden Gespräche und Abläufe beobachtet und zusätzlich handschriftlich notiert. In den Feldnotizen wurden zudem das Datum, die Dauer des Gesprächs sowie Informationen über die Gesprächsteilnehmenden erfasst. Ein weiterer Grund für das Mitnotieren bei der Arzt-Patient-Kommunikation war der zum Teil vorherrschende Lärm, der die Akustik verschlechterte. In solchen Situationen wurden die Gesprächsinhalte der Vollständigkeit halber mitgeschrieben.

Die Feldnotizen dienten auch der Aufzeichnung der räumlichen Gegebenheiten. Es

wurden Skizzen der Behandlungsräume und der darin befindlichen Gegenstände angefertigt. Da die Raumaufteilung einen Einfluss auf das Gespräch hat, wird diese anhand eigens angefertigter Skizzen in Kapitel 5.2 dargelegt.

Die Gesamtheit aller Feldnotizen wurde nach der ersten Beobachtungseinheit ausformuliert, transkribiert und analysiert, bevor beim zweiten Termin Bild- und Tonaufnahmen gemacht wurden. Auf diese Weise konnte eine bestmögliche Vorbereitung für die Aufzeichnungen sichergestellt werden. Die Feldnotizen wurden im Rahmen dieser Masterarbeit nicht analysiert, sondern lediglich als Vervollständigung der Daten genutzt.

5.2 Datenaufbereitung

Die Bild- und Tonaufnahmen der Arzt-Patient-Gespräche wurden nach einem eigens erstellten Regelsystem transkribiert:

- Sprechbeiträge wurden in unveränderter Abfolge transkribiert. Jeder Sprechbeitrag wurde durch einen neuen Absatz kenntlich gemacht. Wurde während des Dialogs mit der Ärztin eine andere Person angesprochen, so wurde dies mit zwei eckigen Klammern vermerkt [[spricht mit Ordinationshilfe]].
- Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wurden die Redebeiträge der Ärztin fett gedruckt.
- Die polnischsprachigen Redebeiträge wurden im Anschluss in eckigen Klammern in kursiver Schrift ins Hochdeutsche übersetzt.
- Deutschsprachige Redebeiträge im Dialekt wurden nicht geglättet.
- Wurden die polnische und deutsche Sprache gemischt, so wurde dies im Transkript beibehalten.
- Sprachliche Fehler wurden in der Originalversion einfach unterstrichen.
- Nonverbale Signale, wie z.B. Lachen oder Seufzen, wurden mit Doppelklammern ((lacht)) gekennzeichnet.
- Handlungen wurden in runde Klammern gesetzt (steht auf).
- Abgebrochene Sätze wurden mit /-/ markiert.
- Längere Pausen wurden durch eingeklammerte Auslassungspunkte (...) vermerkt.
- Namen oder sonstige sensible Daten wurden zwecks Anonymisierung durch andere Angaben ersetzt und grau markiert.
- Unverständliche Wörter oder Sätze wurden mit (unv.) gekennzeichnet.
- Durch zwei Schrägstriche wurden Störfaktoren notiert, z.B. /Telefon klingelt/.

Ausschnitte aus den Transkriptionen werden in Tabellen angeführt, um den Lesefluss zu erleichtern. Bei der Auswahl der Ausschnitte wurde versucht, eine hohe Vielfalt an Beispielen anzuführen. Es wurden nicht nur besonders auffällige Stellen analysiert, sondern auch solche, die zum Beispiel den Gesprächsverlauf und die nonverbale Kommunikation darstellen. Dadurch soll ein möglichst guter Einblick in die Arzt-Patient-Interaktion verschafft werden.

Zusätzlich zu den Transkriptionen wurden im Rahmen der Datenaufbereitung Skizzen der Behandlungsräume mit den Positionen der Gesprächsteilnehmenden in Microsoft Paint angefertigt. Die drei aufgenommenen Arzt-Patient-Gespräche fanden in zwei verschiedenen Behandlungsräumen, die in Abb. 4, Abb. 5 und Abb. 6 dargestellt werden, statt.

Abbildung 4 ist eine Skizze von jenem Behandlungsraum, in dem das Gespräch mit P₁ aufgezeichnet wurde. In der vorliegenden Masterarbeit wird dieser Raum daher als „erster Behandlungsraum“ bezeichnet. Während der Arzt-Patient-Interaktion wechselten die Gesprächsteilnehmenden ihre Position, sodass jene Stellen, an denen eine Person über einen längeren Zeitraum stand bzw. saß, mit Buchstaben markiert wurden. Die Markierung „x“ steht für die unveränderliche Position der Beobachterin mit der Kameraausrüstung, „e“ für das Kleinkind auf der Behandlungsliege und „f“ für das zweite Kind der Mutter, welches nicht untersucht wurde. Die Ärztin saß überwiegend auf dem Schreibtischsessel bei Position „a“, stand jedoch für die Behandlung an Stelle „c“. Die Ordinationshilfe lehnte die meiste Zeit an der Behandlungsliege 1 bei „b“, wechselte aber auch zu „c“ und direkt zur Ärztin. An Position „d“ stand überwiegend die Mutter des Kindes, jedoch wechselte sie im Gesprächsverlauf zur Position „c“, um näher bei der Ärztin zu stehen.

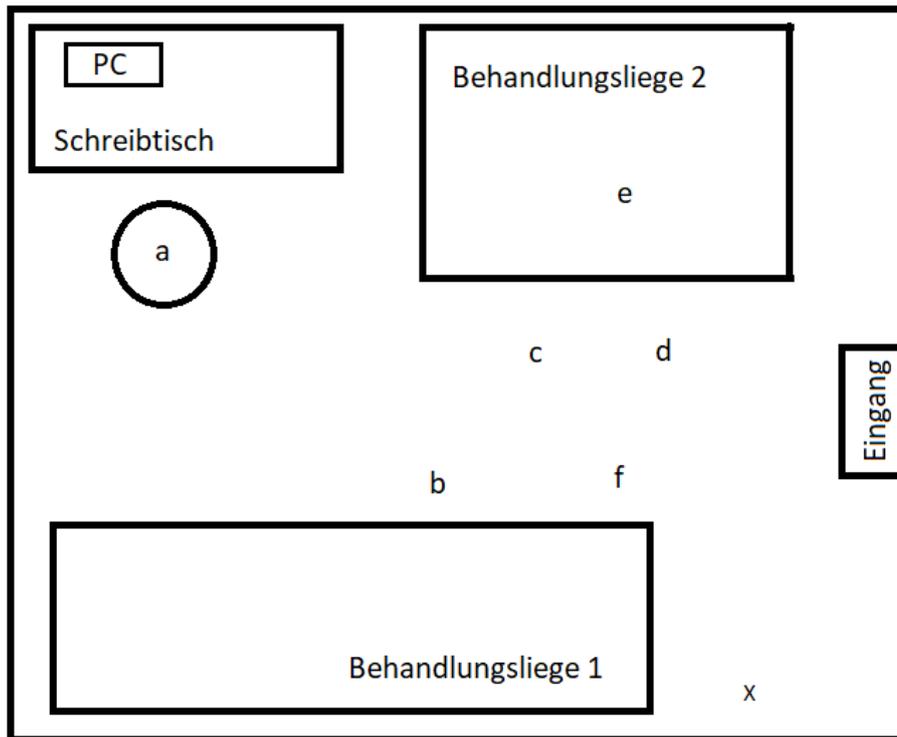


Abb. 4: Skizze des ersten Behandlungsraumes (P₁)

Abbildung 5 zeigt den zweiten Behandlungsraum, in dem P₂ untersucht wurde. Die Positionen der Gesprächsteilnehmenden wurden anhand desselben Prinzips, wie in Abb. 4 beschriftet. Die Ärztin wechselte zwischen den Stellen „a“ und „b“. Für die Untersuchung des Kleinkindes stand sie bei der Behandlungsliege 1 und für die Besprechung der medizinischen Untersuchung und der Medikamente saß sie beim Schreibtischsessel, um alle Informationen im Computer einzutragen. Die Mutter des Kindes stand überwiegend an Position „c“. Das Kleinkind lag auf der Behandlungsliege 1 an Position „d“. An Stelle „e“ stand die polnische Ordinationshilfe, die während des Gesprächs mit der Ärztin anwesend war. Ein weiterer Gesprächsteilnehmer war das zweite Kind der Mutter, welches zu Beginn des Arzt-Patient-Gesprächs auf dem Schaukelpferd bei „f“ wippte und anschließend zur Ärztin gebeten wurde („g“), um untersucht zu werden. An Position „x“ saß die Beobachterin mit der Kameraausrüstung.

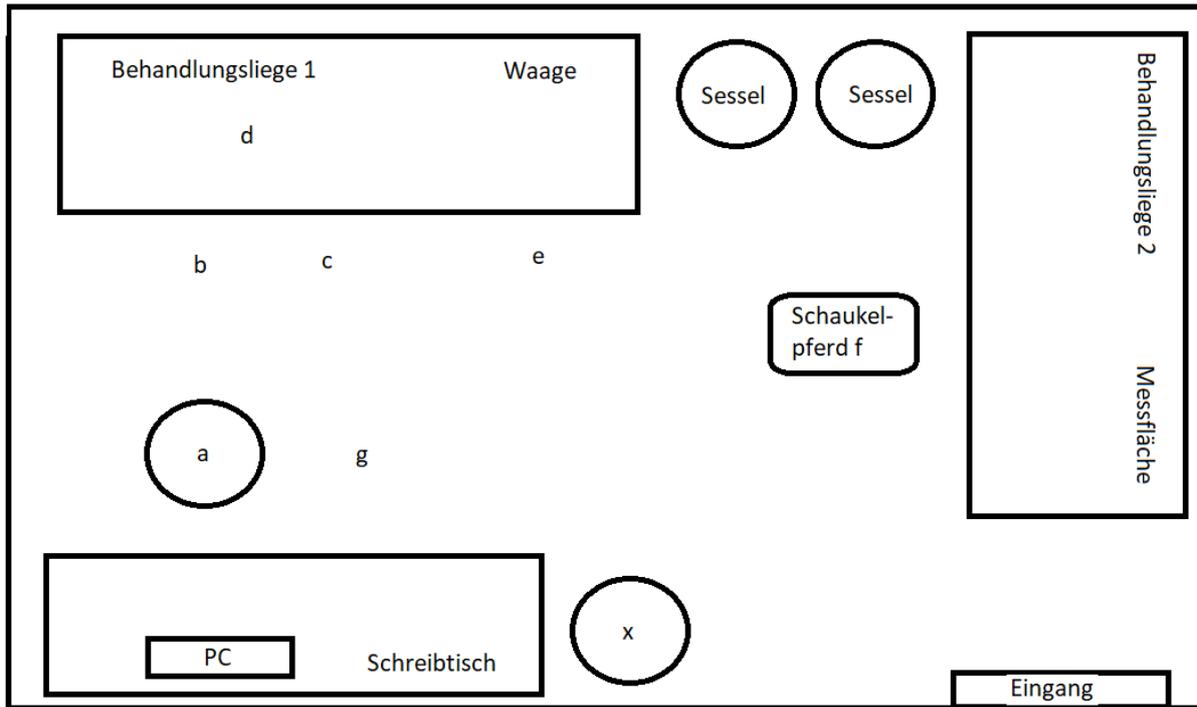


Abb. 5: Skizze des zweiten Behandlungsraumes (P₂)

In Abb. 6 sind die Positionen der Gesprächsteilnehmenden während der Untersuchung im zweiten Behandlungsraum zu sehen. Die Ärztin wechselte ähnlich wie bei P₂ zwischen dem Schreibtischsessel beim Computer („a“) und der Behandlungsliege 1 („b“). An Position „c“ stand die Mutter des Kleinkindes, welches auf der Behandlungsliege 1 („d“) lag. Die Beobachterin saß während des dritten Gesprächs an derselben Stelle wie bei der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂.

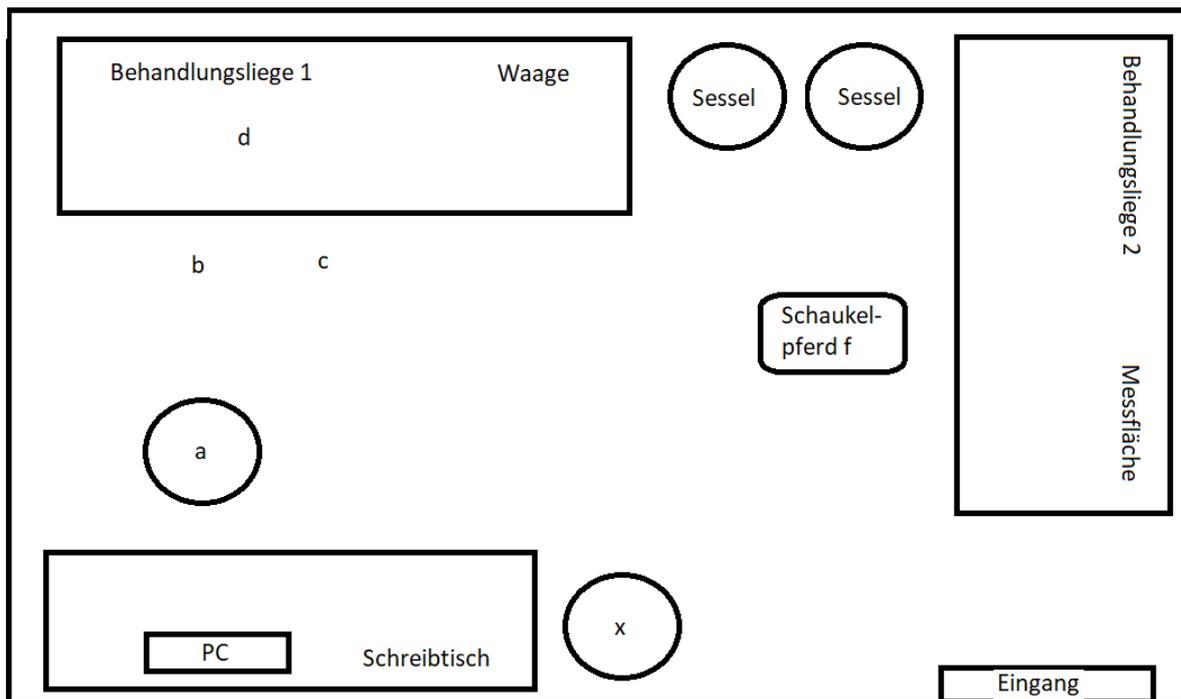


Abb. 6: Skizze des zweiten Behandlungsraumes (P₃)

In den vorhergehenden Skizzen wurden nur die für das Gespräch essenziellen Gegenstände dargestellt, um bei der Datenauswertung ein besseres Bild vom Ablauf der Arzt-Patient-Interaktion in den verschiedenen Behandlungsräumen zu bekommen. Die restliche Ausstattung der Behandlungsräume ist im Hinblick auf die Raumatmosphäre jedoch auch von Bedeutung, weswegen diese nun zusammenfassend geschildert wird.

Die Behandlungsräume sind hell, modern und bunt eingerichtet. An den Wänden sind Bilder und Aufkleber von Tieren angebracht, über den Liegen hängen kleine Spielzeuge und in den größeren Behandlungsräumen befinden sich weitere Spielzeuge, wie zum Beispiel ein Schaukelpferd oder eine Bastelecke. In jedem Raum gibt es eine Schublade mit kleinen Überraschungen, von denen sich die Kinder nach der Behandlung eine aussuchen dürfen. Es herrscht ein überaus kinderfreundliches Raumklima. Die Einrichtung ist sichtlich an die Bedürfnisse der Kinder angepasst, um eine möglichst ungestörte Interaktion sicherzustellen. Für Begleitpersonen gibt es genügend Platz in den Räumen und zum Teil zusätzliche Sitzgelegenheiten.

Die Auswirkungen der Raumatmosphäre und -gestaltung auf die Arzt-Patient-Interaktion werden in der Auswertung in Kapitel 6 berücksichtigt.

5.3 Analysemethode

Für die Untersuchung von Gesprächen, die nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ durchgeführt werden, gibt es entsprechende Tools, sogenannte „Interaction Analysis Systems“, die bei der Datenerhebung und -auswertung Anwendung finden. Mithilfe dieser Tools können verschiedene Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation zugleich untersucht werden.

Das umfangreichste und am häufigsten verwendete Tool für die qualitative und quantitative Bewertung von Gesprächen ist das Roter Interaction Analysis System (RIAS) (vgl. Roter & Larson 2002: 243). Es handelt sich dabei um ein System, das dyadische Interaktionen in der Medizin untersucht. Mithilfe des RIAS können erhobene Gesprächsdaten kodiert und anschließend in Kategorien unterteilt werden. Jede Äußerung im Arzt-Patient-Gespräch wird unabhängig von der Länge des Redebeitrags aufgenommen, automatisch mit einer Kodierung versehen und einer Kategorie zugeteilt. Dabei können nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Inhalte und Kommunikationstechniken erfasst werden. Medizinische Inhalte umfassen die Krankengeschichte, Testergebnisse, Therapien etc. Das Benennen von Emotionen, Empathie und das Schaffen einer Arzt-Patient-Beziehung zählen zu den psychosozialen Themen. Bei Kommunikationstechniken handelt es sich zum Beispiel um Sprecherwechsel, Pausen und die Intonation. Mithilfe der RIAS-Kategorien können verschiedene Gespräche differenziert verglichen werden. Das RIAS ermöglicht daher eine umfangreiche Analyse der wichtigsten Gesprächsinhalte sowie die Messung des Duktus einer Arzt-Patient-Kommunikation (vgl. Roter & Larson 2002: 243ff.).

Kürten und Koller (2008) fassten im Rahmen ihrer Publikation die häufigsten und relevantesten Kategorien und Kodierungen des RIAS in Großgruppen zusammen und erklärten diese in deutscher Sprache (siehe Tab. 2). Die Kodierungen wurden wie im Original teils abgekürzt und mit zusätzlichen Satzzeichen angegeben. Darüber hinaus wurden die RIAS-Kategorien durch Kürten und Koller um sieben Stück erweitert: „*Grenzen der Medizin“, „*?Orga“, „*?NW“, „*Gives Therapie-alternativen“, „*Gives-Orga“, „*Gives-NW“, „*Übertragung von Verantwortung“. Diese von Kürten und Koller neu eingeführten Kategorien wurden mit einem „*“ markiert (vgl. ebd. 15f.). Die in Tab. 2 angeführten Kategorien geben Auskunft über die Gesprächsqualität (siehe Kapitel 2.2). Kategorien, wie zum Beispiel „Alltagsgespräch“, „positives Gespräch“, „Gespräch auf Gefühlsebene“, „Einbeziehung des Patienten“, „Medizinische Antworten“ deuten auf eine gute Gesprächsqualität und Patientenorientierung hin (siehe Kapitel 2.4). Die Kategorien „Ausdrücke der Unsicherheit“, „Negatives Gespräch“ und „Aufbau von Distanz zwischen Arzt und Patient“ können ein Anzeichen für schlechte Gesprächsqualität

sein.

Die in der vorliegenden Masterarbeit erhobenen Daten werden rein qualitativ anhand der deutschsprachigen Ausarbeitung der RIAS-Kategorien durch Kürten und Koller (2008) analysiert. Das RIAS dient daher lediglich als Orientierungshilfe bei der Datenanalyse. Die ausführlichen Kodierungsregeln nach Kürten und Koller (2008) umfassen 43 Variablen, die den entsprechenden Sinneinheiten zugeordnet werden (siehe Anhang). Einzelne Sätze, die einen abgeschlossenen Gedanken bilden, werden als Sinneinheiten betrachtet. 33 der Kodierungsvariablen können beiden GesprächsteilnehmerInnen, acht ausschließlich der Ärztin und zwei ausschließlich den PatientInnen zugeordnet werden (vgl. ebd.: 15f.). Die Kodierungen werden in den in Kapitel 6.2, 6.3 und 6.4 angeführten Transkriptionsausschnitten in einer separaten Tabellenspalte unter Angabe der Abkürzungen manuell auf Grundlage der Kodierungsregeln eingefügt und anschließend diskutiert.

Tab. 2: RIAS-Kategorien mit Erklärungen (Kürten & Koller 2008: 17-19)

Kategorie	Kodierung Patient	Kodierung Arzt	Erklärung
Alltags- gespräch	„Personal“	„Personal“	Gespräch über nicht-medizinische Themen wie Wetter, Sport, Begrüßung und Verabschiedung
	„Laughs“	„Laughs“	Witze machen, Lachen
Positives Gespräch	„Agree“	„Agree“	Ausdrücke der Übereinstimmung
	„Approve“	„Approve“	Komplimente an die andere Person
	„Compl“	„Compl“	Komplimente an unbeteiligte Personen
Negatives Gespräch	„Disapprove“	„Disapprove“	Kritik gegenüber der anderen Person
	„Crit“	„Crit“	Kritik gegenüber unbeteiligten Personen
Einbeziehung des Patienten		„?Opinion“	Aufforderung zur Stellungnahme über Diagnose, Prognose, Therapie etc.
		„*Gives Therapiealternativen“	Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten
Medizinische Fragen	„?Med“	„?Med“	Fragen zur Anamnese
	„?Thera“	„?Thera“	Fragen zu jetzigen Therapien, Medikamentenanamnese
	„?L/S“	„?L/S“	Fragen zu Arbeit, Lebensgewohnheiten, Familie
	„**?Orga“	„**?Orga“	Fragen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit
	„*?NW“		Fragen nach zu erwartenden Nebenwirkungen
Medizinische Antworten	„Gives-Med“	„Gives-Med“	Aussagen zu Diagnose, Prognose, Untersuchungsergebnisse
	„Gives-Thera“	„Gives-Thera“	Aussagen zu Medikamenten und kommenden Therapien
	„Gives-L/S“	„Gives-L/S“	Aussagen zu Lebensgewohnheiten und medizinischen Problemen Dritter
	„**Gives-Orga“	„**Gives-Orga“	Aussagen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit
		„**Gives-NW“	Informationen über zu erwartende Nebenwirkungen
Ausdrücke der Unsicherheit	„*Übertragung von Verantwortung“		Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient oder umgekehrt
	„Bezug auf Aussagen Dritter“		Wiederholen von Aussagen Dritter
Gespräch auf Gefühlsebene		„Empathy“	Paraphrasieren und Interpretieren der emotionalen Verfassung
		„Legit“	Ausdrücke, die zeigen, dass Ängste, Verhaltensweisen und Gedanken des Patienten normal und verständlich sind
		„?P/S-F“	Fragen zu Ängsten, Sorgen und Gefühlen, die aktuell relevant sind
		„Partner“	Aussagen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis betonen
		„R/O“	Ausdrücke des Optimismus und der Hoffnung, positive prognostische Aussagen
		„?Reassures“	Fragen der Beunruhigung, die Rückversicherung fordern
		„Concern“	aktuelle Besorgnis, negative emotionale Beschreibung der gesundheitlichen Situation
Aufbau von Distanz zwischen Arzt und Patient		„?Understand“	Frage danach, ob der andere dem Gespräch folgen kann im Sinne des Aufbaus von Distanz
		„*Übertragung von Verantwortung“	Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient oder umgekehrt
		„*Grenzen der Medizin“	Grenzen medizinischer Möglichkeiten und medizinischen Wissens
Einfluss auf den Patienten		„Orient“	Information über den Ablauf des Gesprächs oder die Untersuchung
		„C-Med/Thera“	Aufforderung zur Medikamenteneinnahme oder Änderung der Lebensumstände
		„C-L/S-P/S“	Aussagen mit der Intention, Verhaltensweisen des anderen zu ändern

6 Ergebnisse

In den nachstehenden Unterkapiteln folgen die Ergebnisse der Fallstudie. Zu Beginn wird das Interview mit der Ärztin dargelegt, um einen Rahmen für die untersuchten Arzt-Patient-Gespräche zu bilden. Anschließend werden der Verlauf der drei Arzt-Patient-Gespräche beschrieben und Transkriptionsausschnitte aus den Bild- und Tonaufnahmen mithilfe der Kodierungsregeln nach Kürten und Koller (2008) analysiert. Die Transkriptionsausschnitte aus den drei Bild- und Tonaufnahmen werden in derselben Reihenfolge, in der die Arzt-Patient-Gespräche stattfanden, dargelegt. Die Gesprächssequenzen unterscheiden sich in ihrer Länge, um möglichst vielfältige Einblicke in die Arzt-Patient-Kommunikation zu ermöglichen. Bei jedem angeführten Transkriptionsausschnitt handelt es sich um eine zusammenhängende Gesprächssequenz, die zwecks besseren Verständnisses nicht aufgeteilt wurde.

Nach der Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche folgen die Interviews mit den Patientinnen. Dabei werden zunächst die Antworten auf die Fragen 1-4 des Leitfadens beschrieben. Die Antworten auf die Fragen 5 und 6 sowie die Erfahrungen der Ärztin mit DolmetscherInnen werden separat in Kapitel 6.4 beleuchtet, um das Thema der Arzt-Patient-Kommunikation vom Dolmetschen im Gesundheitswesen klarer zu unterteilen.

6.1 Interview mit der Ärztin

Anhand des in Kapitel 5.1.3 dargelegten Interviewleitfadens werden nachfolgend die Antworten von A zusammenfassend aufbereitet.

Der Beweggrund für das Erlernen einer weiteren Fremdsprache sei laut Angaben von A auf mehrere Zufälle zurückzuführen. Vor ca. 12 Jahren übernahm sie von einer in Pension gehenden Kinderärztin die Arztpraxis mit einer Ordinationshilfe und dem Großteil des Patientenstamms. Darunter waren viele PolInnen, weil die Ordinationshilfe der pensionierten Kinderärztin polnischer Herkunft war und zum Dolmetschen beigezogen wurde.

Die Renovierungsarbeiten in der Ordination fanden unter der Leitung eines polnischsprachigen Baumeisters statt. Da seine Deutschkenntnisse und die seiner Arbeiter zum Teil nicht ausreichend waren, um sich zufriedenstellend zu verständigen, kaufte sich A ihr erstes „Langenscheidt Wörterbuch Deutsch-Polnisch“. Ihr Versuch, einzelne polnische Wörter im Gespräch einzubauen, löste sehr positive Reaktionen bei den Arbeitern sowie ihren PatientInnen aus. Das war für sie eine zusätzliche Motivation, weiter an ihren Fremdsprachenkenntnissen zu arbeiten. Sie fasste daher den Entschluss, Polnisch im Selbststudium zu erlernen, weil ihr dies

bereits bei anderen Fremdsprachen gelungen war. Dafür kaufte sie sich die gesamte Bücherreihe „Polnisch für Anfänger“ des Hueber Verlags. Die ersten Lektionen lernte A alleine, doch bei der Aussprache stieß sie rasch an ihre Grenzen. Den Grund dafür sieht A im Sprachstamm. Polnisch war die erste slawische Sprache, die sie lernte, sodass ihr die Aussprache sehr fremd war. A beschloss daher, die in der Bücherreihe inkludierten Lehr-CDs während all ihrer Autofahrten so lange anzuhören, bis sie sie auswendig konnte.

Alle erlernten Worte und Phrasen wendete A sofort bei Gesprächen mit polnischen PatientInnen an. Was mit einzelnen Wörtern (Begrüßung, Verabschiedung) begann, wurde zu kurzen Sätzen (Fragen nach dem Wohlbefinden) und dann zu simplen Konversationen ausgeweitet. Manchmal waren auch nur wenige Worte auf Polnisch für eine gelungene Verständigung von großer Bedeutung. Mussten zum Beispiel fremdsprachige Eltern die Beschwerden der Kinder auf Deutsch beschreiben, kam es in vielen Fällen zu Problemen. Ihr Wortschatz war teilweise zu beschränkt, um gelungen zu kommunizieren, sodass versucht wurde, dies mit Händen und Füßen zu tun. Das weckte bei A Zweifel beim Stellen einer richtigen Diagnose, da sie sich nie sicher sein konnte, ob sie den Kommunikationsinhalt richtig verstanden hatte. Durch den Fremdsprachenerwerb wollte A das Fehlerrisiko beim Stellen der Diagnose minimieren und somit Patientensicherheit gewährleisten.

Nach einigen Monaten entschied sich A, eine/n MuttersprachlerIn für den Sprachunterricht zu engagieren. Über Bekannte stieß sie auf eine seit 25 Jahren in Wien lebende Polin, die in Warschau das Lehramtstudium in polnischer Philologie abgeschlossen hat und seither in Österreich als Übersetzerin und Dolmetscherin tätig war. Diese unterrichtete A über einen Zeitraum von ca. sechs Jahren. Sie trafen sich ein- bis zweimal pro Woche zum Unterricht und machten gemeinsam Übungen aus Sprachbüchern (Hueber Verlag & Langenscheidt Verlag), führten Konversationen und arbeiteten an der Aussprache. Auf diese Weise sollte den Sprachkompetenzen von A der Feinschliff verliehen werden. In den Sprachbüchern für Fortgeschrittene fehlte es an Übungen für Alltagsgespräche und das Niveau war zu hoch. A wollte keine anspruchsvollen Texte verfassen, sondern sich primär mit ihren polnischen PatientInnen verständigen können. Sie merkte, dass sie vor allem im Bereich des Alltagsgesprächs und der Arzt-Patient-Kommunikation Sprachlücken hatte.

Die Idee, Polnisch mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation zu lernen, kam A im Berufsalltag. Am häufigsten benötigte sie die polnische Sprache bei Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms, sodass sie die gesamte Terminologie für jene Untersuchungen mithilfe der Polnischlehrerin ausarbeitete. Dabei wurde auf die Fachterminologie, häufige Phrasen, Fragen, Antworten, Beschwerden und das Alltagsgespräch geachtet. A

bereitete dafür alle notwendigen Inhalte in deutscher Sprache für die Privatstunden vor und die Unterrichtende half beim Ausarbeiten, Übersetzen und Üben. Als Sprach- und Kulturmittlerin achtete die Unterrichtende zudem auf sich in der polnischen Kultur wiederholende Gesprächsinhalte während der Arzt-Patient-Kommunikation und das entsprechende Sprachniveau. Die medizinische Fachterminologie wurde daher an das Sprachniveau von PatientInnen und nicht an das von TeilnehmerInnen eines polnischen Kongresses für ÄrztInnen angepasst. Das Erlernte übte A in authentischen Gesprächen mit ihren PatientInnen, um ihre Sprachkompetenzen laufend zu verbessern.

Fünf Jahre nach der Übernahme der Kinderarztpraxis beschäftigte A eine polnische Ordinationshilfe, die Türkisch als Fremdsprache erlernte. Die Fremdsprachenkenntnisse der Ordinationshilfe waren nicht der primäre Grund für die Beschäftigung, jedoch wurden diese positiv gewertet. Die polnische Assistentin trieb den Spracherwerb von A stark voran, da sie sich im Berufsalltag auf Polnisch unterhielten und sie dadurch mehr Kontakt zur polnischen Sprache hatte.

A vertiefte ihre Fremdsprachenkompetenzen durch zahlreiche Kurzreisen nach Polen, um die Landeskultur kennenzulernen. Vor allem in kleineren Städten konnte A an ihrem Polnisch arbeiten und die Kultur hautnah erleben, weil der Tourismus an jenen Orten nicht so stark ausgeprägt war. Sie konnte ihr Polnisch am besten mit PolInnen, die keine Fremdsprachen beherrschten, üben, weil es dann keine Verständigungsalternativen mehr gab.

Zu Beginn bestand der polnische Patientenstamm von A aus PolInnen, deren Deutschkenntnisse meist für eine gelungene Kommunikation ausreichend waren. Mit der Zeit veränderte sich dies jedoch. Aufgrund der besseren Polnischkenntnisse von A stieg die Anzahl der polnischsprachigen PatientInnen, die kein Deutsch verstanden, sodass das gesamte Arzt-Patient-Gespräch auf Polnisch geführt werden musste.

Vor dem eigentlichen Gespräch mit A erfolgen typischerweise eine telefonische Terminvereinbarung bzw. Auskunft, das Gespräch beim Empfang, die Unterzeichnung der Datenschutzerklärung und die allgemeine Untersuchung durch eine Ordinationshilfe. Der höhere Bedarf an polnischsprachiger Kommunikation in der Kinderarztpraxis konnte mit einer polnischen Assistentin nicht mehr gedeckt werden, sodass eine zweite Polin als Ordinationshilfe beschäftigt wurde.

Bei der Bewertung der Qualität der Arzt-Patient-Gespräche auf Polnisch gab A an, sie merke mittlerweile keinen Unterschied mehr zur deutschsprachigen Kommunikation. Das liege vor allem an der Routine im Beruf, welche die Sprachkenntnisse verfestige. Zudem sei der Gesprächsablauf in den meisten Fällen sehr ähnlich. Als einziges Problem nannte A das

Sprachenmischen bei verschiedenen PatientInnen und ihren Ordinationshilfen. Führe sie zum Beispiel ein Arzt-Patient-Gespräch mit ItalienerInnen, so könne es vorkommen, dass sie polnische PatientInnen auch auf Italienisch anspricht. Die PatientInnen machen A in solchen Situationen darauf aufmerksam, sodass keine weiteren Verständigungsprobleme entstehen. Es passiere zudem, dass A mit den Ordinationshilfen in einer für diese unverständlichen Sprache kommuniziere, woran die Letzteren jedoch gewöhnt seien.

Der Zustrom fremdsprachiger PatientInnen in der Ordination sei sehr groß und die Zahl der deutschsprachigen PatientInnen klein. Im Berufsalltag verständige sich A mit ihren PatientInnen häufiger in Fremdsprachen als in ihrer Muttersprache.

Im weiteren Verlauf des Interviews äußerte sich A zu ihrem multilingualen Personal. Obwohl sie die Sprachenvielfalt innerhalb ihres Personals nicht geplant habe, sei sie nun sehr zufrieden damit. Sie würde zukünftig bei der Auswahl von neuen Ordinationshilfen verstärkt auf Fremdsprachenkenntnisse bzw. Mehrsprachigkeit achten.

A erzählte, dass sie anhand der hohen Sprachenvielfalt ihres Personals und der eigenen Fremdsprachenkompetenzen das Risiko von Fehldiagnosen minimieren wolle. Was zuerst zufällig begann, wurde zu einer Aufgabe, der sich A verschrieb. Sie resümierte, dass das Wohl der PatientInnen die Hauptmotivation für den eingangs beschriebenen Fremdsprachenerwerb sei. Auf diese Weise wolle sie direkte und unbeeinträchtigte Kommunikation mit polnischsprachigen PatientInnen ermöglichen.

Laut Angaben von A sei ihre Sprachkompetenz für das Führen von gelungenen Arzt-Patient-Gesprächen seit über sechs Jahren ausreichend ausgeprägt. Die auf hohem Niveau erlernten Polnischkenntnisse von A seien jedoch auf die Arzt-Patient-Kommunikation begrenzt. Müsste sie zum Beispiel anspruchsvolle Texte verfassen oder über Literatur diskutieren, so würde sie schnell an ihre sprachlichen Grenzen stoßen.

A schloss das Interview mit der Feststellung, dass ihr Fremdsprachenerwerb mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation keinesfalls repräsentativ sei, jedoch Potenzial habe, zum Nachdenken zu bewegen. Jede Person, die mit Anderssprachigen arbeitet, solle mit Offenheit an Fremdsprachen herangehen und sich trauen, etwas Neues zu lernen und zu entdecken, um damit ein größeres zwischenmenschliches Verständnis im Allgemeinen herzustellen.

6.2 Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 1

Bei Patientin 1 (P₁) fand keine Voruntersuchung durch eine Ordinationshilfe statt, sodass die erste Bild- und Tonaufnahme direkt mit der Arzt-Patient-Kommunikation beginnt. P₁ wird im Wartebereich von einer polnischen Ordinationshilfe (O_{PL}) aufgerufen und in den Behandlungsraum gebeten. Diese sagt ihr, sie solle ihr Kind auf die Behandlungsliege 2 (siehe Abb. 4) legen und auf die Frau Doktor warten. Die Beobachterin positioniert sich an Stelle „x“ und unterhält sich in der Zwischenzeit mit P₁. Nach ca. zwei Minuten kommt O_{PL} und bereitet die Patientenakte im PC vor. Danach verlässt sie den Behandlungsraum wieder. Es vergehen erneut ca. zwei Minuten bis die Ärztin (A) und O_{PL} den Behandlungsraum betreten. A setzt sich zum Computer und O_{PL} stellt sich an Position „b“. Die Bild- und Tonaufnahme beginnt mit folgendem Dialog:

Tab. 3: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₁

1	A: Sooo, Wiktorek. Jak zdrowie? [Sooo, Viktor. Wie geht's?]	?Med
2	P ₁ : Mhm. Wszystko jak najlepiej. Ile ostatnio mieliśmy centymetrów? [Mhm, alles bestens. Wie groß war er letztens?]	Gives-Med/ Check
3	A: Moment, ile centymetrów <u>on</u> urósł? [Moment, wie viele cm ist er gewachsen?] (schaut im PC nach) Siedemdziesiąt pięć, super. [Fünfundsiebzig, super.] ((lächelt))	?Med Check
4	P ₁ : Siedemdziesiąt pięć, dobrze. [Fünfundsiebzig, gut.]	Check/ Approve
5	A: Bardzo <u>dobrze!</u> (lächelt) Sonst alles gut? OK, also: Jak wszystko będzie dobrze te drugie dawki pneumokoki <u>możecie możecie zrobimy, tak?</u> [Sehr gut! (lächelt)] Sonst alles gut? Ok, also: Wenn alles gut geht, dann machen wir die zweite Pneumokokkenimpfung, oder?] (A tippt fertig und geht zur Behandlungsliege)	Approve ?Med Gives-Thera ?Opinion
6	P ₁ : Teraz trzy tygodnie przed operacją nie może nic, kompletnie. [Jetzt, drei Wochen vor der Operation darf man absolut nichts machen.]	Gives-Thera
7	A: Tak, tak, ale są nawet cztery. Das geht sich schon aus. Das ist eine...to Rotavirus nie, ale ten Dings... pneumokoki (...) to może być. [Ja, ja. Aber das sind sogar vier Wochen. Das geht sich schon aus. Das ist eine... das Rotavirus nicht, aber das Dings...Pneumokokken (...) das geht.]	Agree Gives-Organisation Gives Thera
8	P ₁ : A co to jest? [Was ist das denn?] ((besorgte Stimmlage))	?Reassures
9	O _{PL} : Normalna szczepionka, to nie jest żywa szczepionka. [Eine normale Impfung, das ist keine Lebendimpfung.] ((lächelt))	Gives-Thera
10	A: Tak, tak. [Ja, ja.]	Approve

11	P ₁ : No, no. Ale on nie może być szczepiony teraz. Tak mówili w szpitalu, że trzy tygodnie minimum. [<i>Ja, ja. Aber er darf jetzt nicht geimpft werden. Das haben sie so im Krankenhaus gesagt. Mindestens drei Wochen nicht.</i>]	Agree/ Bezug auf Aussagen Dritter Gives-Thera
12	A: Aha.	Agree
13	P ₁ : I już jesteście...już jesteście /-/ [<i>Und jetzt haben wir schon...haben wir schon /-/</i>]	Check
14	O _{PL} : Am vierten hat sie OP.	Gives-Organisation
15	A: Am fünften. Piąty? [Am fünften. Fünften?]	Check ?Organisation
16	O _{PL} : Dezember.	Gives-Organisation
17	A: Zähl's mal nach.	Check
18	O _{PL} : Wir haben heute dreizehnte November.	Gives-Other
19	A: Ja, aha.	Agree
20	P ₁ : Raz, dwa, trzeci tydzień. [<i>Erste, zweite, dritte Woche.</i>]	Gives-Other
21	A: To może zrobimy potem po operacji Schatzilein. Hallo Kleiner. Ależ z Ciebie Kochany. [<i>Dann machen wir das vielleicht nach der Operation, Schatzilein. Hallo Kleiner. Du bist so süß.</i>] [[spricht mit KK ₁]] (lächelt)	Partner Comp Laughs
22	P ₁ : Ok. ((lächelt))	Agree/ Laughs
23	A: (beginnt die Untersuchung)	
24	P ₁ : Otwórz buźkę. [<i>Mach den Mund auf.</i>] [[spricht mit KK ₁]]	Orient
25	O _{PL} : Es sind genau 3 Wochen.	Gives-Organisation
26	A: Genau. Ja, to poczekamy. [Genau. Ja, dann warten wir.] So Schatzilein. [[spricht mit KK ₁]]	Agree/Gives-Thera

Das Arzt-Patient-Gespräch beginnt nicht mit einer formellen Begrüßung, sondern direkt mit der Nachfrage nach dem Wohlbefinden von KK₁ und somit dem Austausch von medizinischen Informationen (Zeile 1) sowie dem Wiederholen von bekanntem Wissen aus der Patientenakte (Zeile 3). Dabei lobt A KK₁ begeistert und lächelt P₁ währenddessen an (Zeile 3 und 5). In diesem, wie auch in den folgenden Gesprächssequenzen verwendet A eine ausgeprägte Kindersprache, in der sie häufig Diminutive (siehe Kapitel 4.1), die der Verniedlichung dienen, bildet. Es handelt sich häufig um die Koseform bei Vornamen sowie die Verkleinerung von Nomen. Sie spricht KK₁ mit Wiktorrek (zu Deutsch Wiktorchen) statt Viktoran und sagt auch im Deutschen „Schatzilein“. Was im Deutschen eher eine Seltenheit darstellt, ist im Polnischen von großer Bedeutung (siehe Kapitel 4.1), sodass es in diesem Fall falsch bzw. sehr unüblich gewesen wäre, KK₁ mit Viktoranzusprechen. Die Diminutive wurden in den Übersetzungen an die deutschen Grammatikregeln angepasst.

Im Anschluss steht A vom Schreibtischsessel auf, geht zur Behandlungsliege 1 und es folgt die Besprechung der kommenden Impfungen. A fragt P₁, ob sie damit einverstanden ist und bezieht sie somit in die Entscheidungsfindung ein (Zeile 5). Sie macht dabei zwei sprachliche Fehler, indem sie das Modalverb und den Infinitiv falsch bildet. P₁ scheint A dennoch verstanden zu haben, da sie auf die Frage von A eingeht, indem sie erklärt, dass eine Impfung aufgrund der zukünftigen Operation nicht möglich ist (Zeile 6). Dies sorgt für ca. eine Minute für Verwirrung bei A und O_{PL}. A mischt die Sprachen und erwähnt dabei die Rotavirus-Impfung (Zeile 7). Währenddessen schaut sie abwechselnd P₁ und O_{PL} an. Es hat den Anschein, A habe Schwierigkeiten, ihre Aussage auf Polnisch zu formulieren, sodass sie bei O_{PL} Unterstützung sucht. O_{PL} dreht sich daraufhin zu P₁ und will etwas sagen, wird jedoch von dieser unterbrochen. P₁ scheint durch die Aussage von A verunsichert zu sein und streckt ihren Arm plötzlich aus, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und kurz zu unterbrechen. Sie kennt die Impfung nicht und muss diesbezüglich nachfragen (Zeile 8). Darüber hinaus könnte der fehlerhafte Sprechbeitrag von A für das Kommunikationsproblem verantwortlich sein. P₁ fragt mit besorgter Stimmlage nach der Impfung und bekommt eine Antwort von O_{PL}, die nicht direkt angesprochen wurde. O_{PL} lehnt sich dabei in Richtung P₁ und spricht in einem beruhigenden Tonfall (Zeile 9). P₁ hingegen geht nicht auf die Erklärung von O_{PL} ein, sondern betont das bereits Gesagte, und zwar, dass ihr Kind nicht geimpft werden dürfe (Zeile 11). Sie bezieht sich dabei auf ein Gespräch im Krankenhaus. Die offene Körperhaltung von P₁ verändert sich in eine verschlossene, indem sie ihre Arme verschränkt und einen besorgten Gesichtsausdruck macht. Daraufhin beginnen A und O_{PL} auf Deutsch über das Datum zu sprechen (Zeilen 14-19). Um Sicherheit zu erlangen, bittet A O_{PL}, die Tage nachzuzählen (Zeile 17). A beginnt im Anschluss mit der Untersuchung und dreht sich zu KK₁. Sie sagt mit ruhiger Stimme, KK₁ würde nach der Operation geimpft werden (Zeile 21), was zu einer sichtlichen Erleichterung bei P₁ führt. In einer höheren Stimmlage und mit einem Lächeln im Gesicht kommuniziert A mit KK₁ und lobt es (Zeile 21). Daraufhin beginnt auch P₁ erneut zu lächeln (Zeile 22). O_{PL} kommt nach kurzer Zeit wieder und informiert A über das Datum (Zeile 25), woraufhin A P₁ anlächelt und meint, dass sie mit der Impfung warten würden (Zeile 26). Das Lächeln wird von P₁ erwidert und es herrscht erneut ein freundliches Gesprächsklima.

Der nachfolgende Transkriptionsausschnitt in Tab. 4 beginnt mit einer Frage, die K₁ an P₁ stellt (Zeilen 1-3).

Tab. 4: Blutuntersuchung

1	K ₁ : Mama?	Sonstiges
2	P ₁ : Proszę. <i>[Bitte.]</i>	Sonstiges

3	K ₁ : Czy Wiktorrek był grzeczny? [<i>War Viktorbrav?</i>]	Sonstiges
4	A: Bardzo, tak. [<i>Ja, sehr.</i>]	Approve
5	P ₁ : Wiktorrek był grzeczny i dzielny. Słyszałaś, żeby płakał? Pani doktor mu krew pobierała...a wyniki kiedy? [<i>Viktorwar sehr brav und tapfer. Hast du ihn weinen gehört? Die Frau Doktor hat ihm Blut abgenommen und ... wann gibt 's die Ergebnisse?</i>]	Approve ?Organisation
6	A: Bardzo super. [<i>Sehr super.</i>]	Approve
7	P ₁ : Dobre są wyniki? Wyniki już są? [<i>Die Ergebnisse sind gut? Es gibt schon Ergebnisse?</i>]	Check
8	A: Tak. [<i>Ja.</i>]	Approve
9	P ₁ : Aha!	Agree

A und P₁ loben KK₁ als Antwort auf die Frage von K₁ (Zeile 4 und 5). P₁ unterbricht plötzlich die Beantwortung der Frage von K₁, um nach den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Blutuntersuchung zu fragen (Zeile 5). Während A am Computer tippt, lobt sie die Ergebnisse, ohne dabei vom Bildschirm aufzuschauen und direkten Blickkontakt herzustellen (Zeile 6). Sie verwendet dabei eine für den Gesprächskontext ungewöhnliche Formulierung im Polnischen, indem sie mit den Worten „Sehr super.“ antwortet. Es handelt sich dabei nicht um einen eindeutigen Sprachfehler, kann jedoch „seltsam“ für MuttersprachlerInnen klingen. P₁ wirkt wegen des raschen Vorliegens der Ergebnisse überrascht und fragt nochmals nach, um sich zu vergewissern, dass das Gesagte eine Antwort auf ihre Frage ist (Zeile 7). An dieser Stelle wird die Verunsicherung von P₁ durch ihre Mimik erkennbar. Sie zieht ihre Augenbrauen zusammen und neigt ihren Kopf leicht nach rechts. A schaut daraufhin kurz zu P₁ und bestätigt die Frage (Zeile 8). P₁ hebt den Kopf und antwortet in erstaunter und fröhlicher Stimmlage. (Zeile 9).

Der Transkriptionsausschnitt in Tab. 5 ist ein Beispiel für einen nichtmedizinischen Dialog, welcher durch gemeinsames Lachen und Witze einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung hat.

Tab. 5: Witze machen und gemeinsam Lachen

1	P ₁ : Andrzejek pyta się, czy Wiktorrek był zdrowy, bo on chce, wie Pani Doktor co chce. [<i>Andrzej fragt, ob Viktorgesund war, denn er will, Sie wissen ja, was er will.</i>]	Personal
2	A: Cukierka. [<i>Ein Zuckerl.</i>] ((lacht)).	Laughs
3	P ₁ : ((lacht)).	Laughs

P₁ und K₁ unterhalten sich während A am Computer tippt. K₁ scheint den Ordinationsraum und den Gesprächsablauf gut zu kennen, da es auf eine bestimmte Schublade deutet, während es seine Mutter nach einem Zuckerl fragt. P₁ muss A nicht mehr direkt nach der Süßigkeit fragen, sondern formuliert die Frage auf eine humorvolle Art (Zeile 1). Dabei macht sie sich die Gesprächsroutine zu nutze. Durch die zahlreichen Untersuchungen bei A im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms entsteht ein allen Gesprächsteilnehmenden bekannter Ablauf, sodass A die Antwort auf die Frage von P₁ kennt und beide darüber lachen können (Zeile 2-3).

Im folgenden Transkriptionsausschnitt in Tab. 6 folgt eine Unterhaltung über die Grippeimpfung für K₁.

Tab. 6: Impfbesprechung

1	A: So, a Andrzejek miał termin w piątek? <i>[So, und Andrzej hatte einen Termin am Freitag?]</i>	Check
2	P ₁ : Nie byliśmy, nie byliśmy, bo miał katar. <i>[Nein, wir sind nicht gekommen, weil er Schnupfen hatte.]</i>	Gives-Med
3	A: Dlaczego? [Warum?]	?Bid
4	P ₁ : Katar miał i nie przyszliśmy. <i>[Er hatte Schnupfen und wir sind nicht gekommen.]</i>	Gives-Med
5	A: Oje. I teraz? [Oh je. Und jetzt?]	Concern ?Thera
6	P ₁ : Ale nie wiem czy go na tą grypę chcemy szczepić. Może lepiej te meningokoki zrobmy. <i>[Aber ich weiß nicht, ob wir ihn gegen die Grippe impfen wollen. Machen wir lieber die Meningokokken.]</i>	Concern Gives-Thera
7	A: No to proszę Pani robimy meningokoki. <i>[Gerne, machen wir die Meningokokken.]</i>	Übertragung von Verantw,
8	P ₁ : To ja na to receptę mam. To przyjdziemy następnym razem. <i>[Das Rezept habe ich dafür. Wir kommen dann nächstes Mal.]</i>	Gives-Thera
9	A: Receptę Pani ma? [Das Rezept haben Sie?]	Check
10	P ₁ : Bo nie, nie jestem przekonana chyba. Co doktor sądzi w ogóle o tych szczepionkach na grypę? <i>[Weil ich glaube, ich bin nicht überzeugt. Was halten Sie überhaupt von den Grippeimpfungen?]</i>	Übertragung von Verantw.
11	A: Ich wär' schon tot. ((lacht)) To nie jest możliwe. <u>Tutaj pracy bez szczepionka</u> (unv.). <i>[Ich wär' schon tot. ((lacht)) Das ist unmöglich. Die Arbeit hier ohne Impfung (unv.)]</i>	Sdis/ Laughs Sdis
12	P ₁ : ((lacht)) To może następnym razem. <i>[Dann vielleicht nächstes Mal.]</i>	Laughs Gives-Thera
13	O _{PL} : Na dann nächstes Mal.	Agree
14	A: (unv.) Nächstes Mal.	Agree

Während dieser Gesprächssequenz sitzt A auf dem Schreibtischsessel bei Position „a“ und schaut in Richtung P₁. Sie beginnt die Frage mit einem deutschen Wort und wechselt dann wieder ins Polnische (Zeile 1). A versteht die Antwort von P₁ nicht und fragt nochmals nach (Zeile 3). P₁ wiederholt daraufhin ihre Aussage deutlicher als zuvor und lehnt sich dabei nach vorne (Zeile 4). Die Reaktion von A klingt besorgt und sie schaut dabei mitleidig auf K₁ (Zeile 5). Als sich P₁ zur Grippeimpfung äußert, dreht sie sich etwas von A weg und macht einen kleinen Schritt zurück (Zeile 6). Ihr scheint es unangenehm zu sein, A zu widersprechen. Sie macht dies nicht mit einem klaren „Nein“, sondern drückt sich vager aus und schlägt stattdessen die Meningokokken-Impfung als Alternative vor (Zeile 6). A scheint die diskrete Form der Verneinung zu verstehen und versucht nicht, P₁ von einer Grippeimpfung zu überzeugen. Sie lässt P₁ die Wahl und überträgt somit die Verantwortung von sich auf P₁ (Zeile 7). P₁ wirkt zufrieden und lehnt sich während sie antwortet, wieder nach vorne Richtung A. Dabei erklärt sie, dass sie das Rezept für die Meningokokken-Impfung bereits hat (Zeile 8). A fragt diesbezüglich noch einmal nach, indem sie das Gesagte von P₁ wiederholt (Zeile 9). Dadurch stellt sie sicher, dass sie den Sprechbeitrag von P₁ richtig verstanden hat. P₁ hingegen antwortet nicht auf die Frage von A, sondern kehrt zum Thema der Grippeimpfung zurück. Sie äußert diesbezüglich ihre Unsicherheit und fragt A nach ihrer Meinung (Zeile 10). Durch die Übertragung von Verantwortung signalisiert sie A, dass sie auf ihre Meinung wert legt und ihr vertraut (siehe RIAS-Kategorie „Check“). A nimmt die Unsicherheit von P₁ mit Humor und antwortet zuerst auf Deutsch und wechselt dann ins Polnische (Zeile 11). Ihr scheint die Antwort auf Polnisch schwerzufallen, weil sie mit Deutsch beginnt, dann kurz auf Polnisch stottert und den letzten Satz unverständlich, mit einer falschen Satzstellung und zwei Deklinationsfehlern formuliert. Was auf Deutsch mit einem Witz begann, kann im Polnischen nicht auf dieselbe fröhliche Art und Weise kommuniziert werden. Der Humor von A wirkt im Deutschen authentischer. P₁ reagiert nichtsdestotrotz mit Lachen und der Aussage, ihr Kind könne vielleicht nächstes Mal geimpft werden (Zeile 12). An dieser Stelle ist anzumerken, dass A keine Fachinhalte zu diesem Thema vermittelt, sondern sich bewusst für den Austausch von Emotionen entscheidet. Ob und inwieweit P₁ von Grippeimpfungen durch diese Form der Gesprächsführung überzeugt ist, sei dahingestellt. Durch die Akzeptanz und den Humor von A entsteht jedoch keine Unstimmigkeit zwischen den Gesprächsparteien, wodurch die Gesprächsatmosphäre nicht negativ beeinflusst wird.

In der nächsten Gesprächssequenz (siehe Tab. 7) werden erneut nichtmedizinische Kommunikationsinhalte auf eine humorvolle Art ausgetauscht.

Tab. 7: Austausch zu nichtmedizinischen Themen

1	A: Cukierka? [Zuckerl?] [[spricht mit K₁]]	Personal
2	O _{PL} : Chcesz cukierka? [Willst du ein Zuckerl haben?] [[spricht mit K ₁]]	Personal
3	K ₁ : (nickt)	
4	P ₁ : No chce. Przecież mówi, że Wiktorrek był grzeczny, to on cukierka musi dostać. [Ja, sicher. Er sagte ja, Viktorwäre brav gewesen, also müsse er ein Zuckerl bekommen.] ((lacht))	Personal Laughs
5	O _{PL} : ((lacht))	Laughs
6	A: ((lacht)) (macht die Schublade mit Süßigkeiten auf) Jaki kolor? Jakie kolory jest fajny? [Welche Farbe? Welche Farbe ist toll?] [[spricht mit K₁]]	Laughs Personal
7	K ₁ : (deutet auf ein Zuckerl)	
8	A: Ten, czerwony? Dobrze. Proszę bardzo. [Das rote? Gut, bitte sehr.] [[spricht mit K₁]]	Personal
9	P ₁ : Dziękujemy. [Vielen Dank.] (lächelt)	Approve

A spricht K₁ direkt an und fragt, ob es ein Zuckerl möchte (Zeile 1). K₁ wirkt schüchtern und nickt lediglich (Zeile 3). Daraufhin antwortet P₁ im Namen von K₁ und nimmt seine Schüchternheit mit Humor (Zeile 4). Der Witz von P₁ bringt A und O_{PL} zum Lachen, wodurch der Humor von P₁ bestätigt wird. A winkt im Anschluss K₁ zu sich und zeigt ihm unterschiedliche Süßigkeiten in einer Schublade (Zeile 6). Sie fragt, welche Farbe er will und macht dabei einen grammatikalischen Fehler, indem sie den falschen Numerus verwendet. Ihre Frage ist dennoch verständlich und K₁ reagiert sofort, indem es auf ein Zuckerl deutet (Zeile 7). K₁ nimmt die Süßigkeit mit einem strahlenden Gesicht und zeigt sie sofort seiner Mutter, die daraufhin lächelt und sich bei A dafür bedankt (Zeile 9). Es handelte sich dabei um eine nette Geste seitens der Ärztin, die mit solchen kleinen Belohnungen zusätzlich zu einem freundlichen Gesprächsklima beiträgt.

Die nächste Gesprächssequenz der Arzt-Patient-Kommunikation (siehe Tab. 8) umfasst die Terminvereinbarung für KK₁.

Tab. 8: Terminvereinbarung

1	P ₁ : A później termin z Wiktorkiem, kiedy po operacji? [Und dann ein Termin für Viktor, wann nach der Operation sollen wir kommen?]	?Organisa- tion
2	A: Wiktorrek? Po operacji proszę przyjść. [Viktor? Kommen Sie bitte nach der Operation.]	Check Gives-Thera
3	P ₁ : Ile po operacji? Jak długo? [Wann nach der Operation? Wie lange?]	Check
4	O _{PL} : No zobaczy Pani, jak wyjdzie Pani ze szpitala, zapyta Pani, ile po operacji nie należy szczepić. Co i jak.	

	<i>[Das werden Sie sehen. Wenn Sie das Krankenhaus verlassen, fragen Sie, wie lange das Kind nach der Operation nicht geimpft werden soll. Je nachdem.]</i>	Übertragung der Verantwortung
5	A: Eh, to zobaczymy. [Ähm, das schauen wir noch.]	Sonstiges
6	P ₁ : <i>Mówili mi 10 dni, tak? 10 dni mówili. [Die haben mir 10 Tage gesagt, oder? 10 Tage haben sie gesagt.]</i>	Bezug auf Aussagen Dritter
7	A: Ja jestem tutaj...wann haben wir Urlaub? U nas ostatni dzień jest /-/ [Ich bin hier...wann haben wir Urlaub? Unser letzter Tag ist /-/]	?Organisation Gives-Organisation
8	O _{PL} : <i>Neunzehnte, glaub ich, oder? Ist das Freitag?</i>	Gives-Organisation
9	P ₁ : <i>Dziewiętnasty? Grudzień, tak? [Neunzehnter? Dezember, ja?]</i>	Check
10	O _{PL} : <i>Dziewiętnastego albo osiemnastego grudnia jesteśmy ostatni dzień. [Am neunzehnten oder achtzehnten ist der letzte Tag.]</i>	Gives-Organisation
11	P ₁ : <i>Aha.</i>	Agree
12	O _{PL} : <i>A później już siódmego jesteśmy, siebte samma da. [Und dann sind wir schon ab siebten da, siebte samma da.]</i>	Gives-Organisation

P₁ fragt nach, wann nach der Operation sie mit KK₁ wieder zur Untersuchung kommen soll (Zeile 1). A versteht nur den Namen von KK₁ und wiederholt diesen fragend (Zeile 2). Ihre Antwort passt nicht zur Frage von P₁, sodass es an dieser Stelle zu einem Missverständnis kommt. Dies könnte in diesem Fall drei Gründe haben. Erstens fängt im Hintergrund ein Kind im Wartebereich an zu weinen, sodass sich die Akustik verschlechtert. Zweitens ist der Sprechfluss von P₁ während der gesamten Arzt-Patient-Kommunikation sehr schnell, vor allem bei dieser Frage. Drittens könnte es an den Fremdsprachenkompetenzen von A liegen. Unabhängig vom Ursprung des Missverständnisses kann es schnell aufgeklärt werden. Da P₁ keine Antwort auf ihre Frage bekommt, formuliert sie den falsch verstandenen Teil präziser (Zeile 3). Sie fragt zwei Mal konkret nach dem Zeitraum. Daraufhin antwortet O_{PL}, dass P₁ selbst im Krankenhaus nachfragen soll, wodurch sie die Verantwortung auf P₁ überträgt (Zeile 4). A hingegen drückt sich vage aus und gibt keine konkrete Antwort (Zeile 5). P₁ bezieht sich im Anschluss auf die Informationen, die ihr im Krankenhaus bei der Vorbesprechung mitgeteilt wurden, muss jedoch kurz überlegen, ob sie sich richtig erinnere (Zeile 6). Der darauffolgende Sprechbeitrag von A erfolgt in zwei Sprachen und wird nicht beendet (Zeile 7). A schaut dabei auf O_{PL}, die ihr antwortet. Obwohl während des gesamten Gesprächs hauptsächlich Polnisch gesprochen wird und der letzte Sprechbeitrag von A auf Polnisch endet, antwortet O_{PL} fehlerhaft auf Deutsch (Zeile

8). P₁ macht einen Schritt Richtung A und O_{PL} und unterbricht diese beinahe, indem sie das Datum auf Polnisch wiederholt und den Monat fragend hinzufügt (Zeile 9). Sie lenkt damit die Aufmerksamkeit auf sich und O_{PL} erklärt das Gesagte auf Polnisch (Zeile 10). P₁ reagiert neutral mit einem simplen „aha“ (Zeile 11), woraufhin O_{PL} mit der Erklärung des Urlaubes auf Polnisch fortfährt, jedoch die letzte Information auch auf Deutsch wiederholt und dabei zu A blickt (Zeile 12). Bei der Besprechung des Datums in der deutschen Sprache wird ersichtlich, dass P₁ vereinzelte Kommunikationsinhalte versteht. In Situationen, in denen sich A und O_{PL} auf Deutsch unterhalten, unterbricht P₁ relativ schnell, um alle Informationen zu verstehen. Keine von den Gesprächsteilnehmerinnen wirkt wegen des Sprachenwechsels beunruhigt, verunsichert oder gestört. P₁ fragte stets auf eine ruhige Art nach und weder A noch O_{PL} scheinen deswegen verwundert zu sein.

Im letzten Gesprächsausschnitt (siehe Tab. 9) sitzt A beim Schreibtisch, schaut jedoch Richtung P₁. Sie bietet P₁ Hilfe im Falle von Komplikationen bei der Operation an (Zeile 1).

Tab. 9: Hilfe anbieten und Arzt-Patient-Gespräch beenden

1	A: <u>Jak</u> coś będzie, proszę zadzwonić, <u>jak</u> Pani będzie potrzebować <u>pomoc</u> czy coś. [Sollte etwas passieren, rufen Sie bitte an, falls Sie Hilfe oder irgendetwas brauchen sollten.]	Partner
2	P ₁ : (lächelt) Mówię tak: Nie nastawiamy się też negatywnie. [Ich sag's so, wir denken nicht negativ.]	R/O
3	A: No nie, wszystko będzie dobrze. [Aber nein, es wird alles gut.]	Approve / R/O
4	/O _Ö betritt den Behandlungsraum/	
5	O _Ö : Da ist eine gekommen, die sagt, dass ihr Kind Fieber seit gestern hat. Sie hat aber die Klane a mit.	Sonstiges
6	A: Sag ihr, sie soll erst in einer Stunde kommen und jetzt gehen. (Ärztin tippt am PC)	Sonstiges
7	/O _Ö verlässt den Behandlungsraum/	
8	P ₁ : Receptę na kropelki do nosa, czy to to, nie? [Ist das das Rezept für die Nasentropfen, oder nicht?]	Check
9	A: Ja, Emser. Ja, ja, ja. <u>Pisałam. Jest drukowane też.</u> [Ja, Emser. Ja, ja, ja. Hab ich aufgeschrieben. Es ist auch ausgedruckt.]	Agree.
10	O _{PL} : CRP ist auch kleiner als 8. Hab ich eingetragen.	Gives-Med
11	A: Ja, ja.	Approve
12	P ₁ : Wszystko w porządku? [Alles in Ordnung?]	Reassures
13	A: Tak, wszystko w porządku. [Ja, alles in Ordnung.]	Approve
14	O _{PL} : Tak tak tak. [Ja, ja, ja.]	Approve
15	A: Zapisałam spray do nosa. Ok, dobra? [Ich habe das Nasenspray aufgeschrieben. Ok, gut?]	Gives-Thera ?Opinion

16	P ₁ : Dziękujemy bardzo. [<i>Vielen Dank.</i>]	Approve
17	A: Do widzenia. [Auf Wiedersehen.]	Personal

Durch das Anbieten von Hilfestellung zeigt A Empathie und signalisiert, dass sie als Ansprechperson für P₁ zur Verfügung steht (Zeile 1). Dabei verwendet sie zweimal das Wort „falls“ umgangssprachlich. Es handelt sich dabei nicht um einen schweren Fehler, da die Konjunktion in der gesprochenen Sprache in dieser Form Anwendung findet. Bei einer Expertin jedoch ist diese umgangssprachliche Formulierung unüblich. Zudem dekliniert sie ein Nomen nicht korrekt. P₁ versteht den Sprechbeitrag von A dennoch und erwidert diesen mit einem Lächeln und Worten der Zuversicht (Zeile 2). A zeigt sich daraufhin optimistisch, indem sie P₁ positiv zuredet (Zeile 3). Sie lächelt dabei und fasst sich auf ihr Herz, was Mitgefühl vermittelt. Kurz darauf betritt O_ö den Behandlungsraum unerwartet und unterbricht das Gespräch, indem sie A über eine andere Patientin auf Deutsch informiert (Zeile 5). Nach einer kurzen Anweisung von A (Zeile 6) verlässt O_ö den Raum und A setzt das Schreiben am PC fort. Sie druckt etwas aus, steht auf und übergibt es P₁. Diese fragt daraufhin, ob es sich dabei um das besprochene Rezept handelt (Zeile 8). An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Rezepte meist nach den Arzt-Patient-Gesprächen beim Empfang ausgedruckt und den PatientInnen ausgehändigt werden. Die Gesprächsroutine führt wohlmöglich dazu, dass P₁ kein Rezept von A erwartet. A beantwortet zwar die Frage, doch drückt sie sich dabei ungenau in zwei Sprachen aus (Zeile 9). Sie bildet zwei Verben im falschen Aspekt und macht einen Fehler in der Satzstellung. P₁ zeigt daraufhin keine Anzeichen von mangelndem Verständnis. Ehe P₁ antworten kann, kommt O_{PL}, die den Behandlungsraum für kurze Zeit verlassen hat, wieder zurück und informiert A über ein Untersuchungsergebnis (Zeile 10). Sie spricht erneut auf Deutsch und schaut dabei nur A an. Diese bestätigt die Aussage von O_{PL} kurz (Zeile 11), woraufhin P₁ diesbezüglich nachfragt (Zeile 12). P₁ bemüht sich sichtlich das Gespräch zwischen A und O_{PL} zu verstehen, runzelt jedoch einmal die Stirn und kneift die Augen kurz zusammen. P₁ scheint verstanden zu haben, dass es sich um Untersuchungsergebnisse handelt, da sie konkret nachfragte, ob alles in Ordnung sei und nicht was gesagt wurde bzw. worum es ginge. A und O_{PL} versichern P₁ sofort, dass alles in Ordnung ist (Zeile 13 und 14) und A kehrt wieder zum verschriebenen Rezept zurück, das P₁ in der Hand hält. A zeigt mit dem Finger auf das Rezept und erklärt, sie habe das Nasenspray verschrieben (Zeile 15). Sie fragt dabei auch nach der Meinung von P₁. Diese äußert sich nicht direkt dazu, sondern bedankt sich (Zeile 16) und hebt KK₁ von der Behandlungsliege. A verabschiedet sich daraufhin (Zeile 17) und verlässt den Behandlungsraum.

6.2.1 RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 1

Nachfolgend wird die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₁ anhand der RIAS-Kategorien (siehe Tab. 2) mit den Erklärungen von Kürten und Koller (2008) analysiert. Im Hinblick auf die Kategorie „Alltagsgespräch“ wurde im Arzt-Patient-Gespräch viel gemeinsam gelacht und über nichtmedizinische Themen gesprochen (siehe z.B. Tab. 5 und Tab. 7). Beide Gesprächsteilnehmerinnen machten Witze und erwiderten den Humor der jeweils anderen Person, wodurch die Arzt-Patient-Beziehung gestärkt wurde.

Die Kategorie „Positives Gespräch“ war im Arzt-Patient-Gespräch sehr präsent (siehe z.B. Tab. 3 und Tab. 4). P₁ widersprach A zwar während der gesamten Arzt-Patient-Kommunikation nicht, stimmte einer Grippeimpfung jedoch nicht zu (siehe Tab. 6). Sie äußerte diesbezüglich ihre Unsicherheiten, anstatt direkt zu verneinen.

Im Arzt-Patient-Gespräch bemühte sich A um die „Einbeziehung der Patientin“. Jene Kategorie wurde mit der Kodierung „?Opinion“ versehen. A fragte P₁ mehrmals nach ihrer Meinung zu medizinischen Informationen und vorgeschlagenen Behandlungsplänen (siehe Tab 3 und Tab 9)

Die Kategorien „Medizinische Fragen“ und „Medizinische Antworten“ kamen bereits am Anfang der Arzt-Patient-Kommunikation vor und zogen sich durch den gesamten Gesprächsverlauf (siehe Tab. 3, Tab. 6, Tab. 8, Tab. 9). Auf diese wurde mit ebensolchen Gesprächsinhalten („Gives-Med“ und „Gives-Thera“) geantwortet.

Als Reaktion auf medizinische Kommunikationsinhalte folgten auch „Ausdrücke der Unsicherheit“. Zu dieser Kategorie gehören der „Bezug auf Aussagen Dritter“ sowie die „Übertragung von Verantwortung“, wobei die letztere Kodierung auch der Kategorie „Aufbau von Distanz zwischen Arzt und Patient“ zugeordnet werden kann. In Tab. 3 und Tab. 8 wiederholte P₁ Aussagen Dritter, um mögliche Unklarheiten zu beseitigen. In Tab. 6 übertrug P₁ die Verantwortung im Hinblick auf die Grippeimpfung auf A, da sie mit dem Thema überfordert war und auf die Meinung von A vertraute.

Bei der Entscheidungsfindung übte A keinen „Einfluss auf die Patientin“ aus. Das „Gespräch auf Gefühlsebene“, welche die Kategorien „Empathy“, „Legit“, „?P/S-F“, „Partner“, „R/O“, „?Reassures“ und „Concern“ umfasst, war bei P₁ deutlich erkennbar. A nahm im Arzt-Patient-Gespräch Rücksicht auf die Gefühle von P₁. Diese machte in Tab. 9 eine positive prognostische Aussage im Hinblick auf die bevorstehende Operation, auf welche A mit Worten der Hoffnung antwortete. Der Optimismus von A wirkte sich in den obengenannten Situationen sehr positiv auf das Gesprächsklima aus.

Die Arzt-Patient-Beziehung zwischen A und P₁ wurde in Tab. 3 durch die gemeinsame Entscheidungsfindung und das Anbieten von Hilfe in Tab. 9 gestärkt („Partner“). Die Gesprächspartnerinnen wirkten dabei wie ein Team, welches sich gemeinsam für das Wohl von KK₁ einsetzte. P₁ fragte in Tab. 3 verunsichert nach, was die Rotavirus-Impfung sei und forderte dadurch Rückversicherung, die sie direkt im Anschluss von O_{PL} bekam.

Die letzte Kodierung, die in die Kategorie „Gespräch auf Gefühlsebene“ subsumiert wird, bezieht sich auf aktuelle Besorgnis („Concern“). A äußerte diese z.B. in Tab. 6 mit den Worten „Oh je.“ als Antwort auf die Aussage von P₁ zu körperlichem Befinden und Symptomen („Gives-Med“). Sie zeigte damit ihr Mitgefühl für das Leiden von K₁.

6.2.2 Interview mit Patientin 1

Das Interview mit P₁ wird anhand des in Kapitel 5.1.2 dargelegten Leitfadens nachfolgend zusammengefasst.

Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation bewertete P₁ mit „sehr gut“. P₁ gab an, sie suche diese Kinderarztpraxis schon seit vielen Jahren auf und wäre stets überaus zufrieden mit der Ärztin und der Kommunikation. Bereits bei der ersten Untersuchung sei ihr A sehr sympathisch gewesen.

Im Hinblick auf die Verständlichkeit der Kommunikationsinhalte stellte P₁ fest, sie verstehe A sehr gut und sprachliche Fehler sowie der Akzent würden ihr keine Probleme bereiten. Sie äußerte diesbezüglich ihr Verständnis, weil sie in der deutschen Sprache auch mit einem Akzent und Grammatikfehlern zu kämpfen habe. Eine Fremdsprache akzentlos zu sprechen, sei für P₁ eine Sache der Unmöglichkeit. Aus diesem Grund erwarte sie nicht von A Sprachkenntnisse auf dem Niveau einer Muttersprachlerin.

P₁ nannte die Sprachkenntnisse von A als primären Grund für die Ärzewahl. Sie meinte, ihr Deutsch sei für Routineuntersuchungen vermutlich zufriedenstellend, doch fühle sie sich in der eigenen Muttersprache sicherer. Ihr sei zudem unangenehm, sprachliche Fehler im Deutschen zu machen und nach Worten zu suchen. Aus diesem Grund bevorzuge sie die polnischsprachige Arzt-Patient-Kommunikation.

6.3 Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 2

Die zweite Bild- und Tonaufnahme beginnt mit einer Voruntersuchung durch die türkische Ordinationshilfe (O_T). Dafür wird Patientin 2 (P₂) im Warteraum von O_T aufgerufen und in den

zweiten Behandlungsraum gebeten. Die Beobachterin betritt den Behandlungsraum gleichzeitig mit P₂ und positioniert sich an Stelle „x“ (siehe Abb. 5). O_T stellt sich währenddessen zur Behandlungsliege 1 und winkt P₂ zu sich. Der Dialog bei der Voruntersuchung verläuft wie folgt:

Tab. 10: Voruntersuchung durch O_T

1	O _T : Ziehen Sie bitte das Kind aus. (zeigt auf die Behandlungsliege)	Orient
2	P ₂ : Ok. (beginnt KK ₂ ausziehen)	Agree
3	O _T : Dem Kind wird jetzt Vitamin A gegeben. (verabreicht Tropfen)	Orient
4	P ₂ : Ok.	Agree
5	O _T : Legen Sie das Kind jetzt bitte auf die Waage. (deutet auf KK ₂ und die Waage)	Orient
6	P ₂ : (P ₂ legt KK ₂ kommentarlos auf die Waage)	Agree
7	O _T : 6,79. Legen Sie das Kind jetzt da hin. (deutet auf die Liege)	Orient
8	P ₂ : (Mutter legt KK ₂ kommentarlos auf die Liege)	Agree
9	O _T : (misst KK ₂) 68 cm. (misst den Kopf von KK ₂) 42 cm. Frau Doktor kommt dann.	Gives-Med Gives-Med Orient
10	P ₂ : Danke.	Approve

O_T fordert P₂ auf Deutsch auf, ihr Kind ausziehen und zeigt gleichzeitig auf die Behandlungsliege (Zeile 1). P₂ antwortet kurz und führt die Anweisung aus (Zeile 2). Währenddessen setzt sich K₂ auf das Schaukelpferd. Beim Ausziehen von KK₂ verabreicht O_T diesem Tropfen und erklärt P₂ gleichzeitig, was sie mache (Zeile 3). P₂ nickt und bestätigt kurz (Zeile 4). Sie scheint die Untersuchungsroutine zu kennen, da sie weder neugierig zuschaut noch Fragen stellt. Im Anschluss deutet O_T auf die Waage bei der Behandlungsliege 1 und fordert P₂ auf, KK₂ darauf hineinzulegen (Zeile 5). P₂ macht dies kommentarlos (Zeile 6). O_T informiert P₂ über das Gewicht von KK₂, trägt es im Computer ein und geht dann zur Behandlungsliege 2. Sie deutet auf die Liege und bittet P₂, KK₂ auf die Messfläche hinzulegen (Zeile 7). P₂ macht dies erneut stillschweigend (Zeile 8). O_T misst KK₂, nennt seine Körpergröße und misst im Anschluss den Umfang des Kopfes. Sie informiert P₂ über das Ergebnis und sagt im Anschluss, dass A bald komme (Zeile 9). P₂ bedankt sich und beginnt KK₂ wieder anzuziehen (Zeile 10). O_T setzt sich in der Zwischenzeit zum Schreibtisch, trägt die Daten im Computer ein und nach ca. einer Minute verlässt sie den Behandlungsraum kommentarlos.

Die Voruntersuchung wirkte getaktet und routiniert. O_T gab gezielte Anweisungen und führte die Untersuchung zügig aus. P₂ passte sich an das Tempo an, stellte keine Fragen und

kommentierte die Untersuchung nicht. Es fehlte an einer formellen Begrüßung und einer Verabschiedung, es fand kein Alltagsgespräch oder Austausch von nichtmedizinischen Inhalten statt, wodurch das Gesprächsklima neutral wirkte. Der Umstand, dass P₁ nicht nachfragte, ob sie KK₂ wieder anziehen sollte, deutete auf einen routinierten Ablauf hin. Zudem legte sie, nachdem O_T den Behandlungsraum verlassen hatte, KK₂ auf Behandlungsliege 1, ohne dazu aufgefordert worden zu sein. P₂ schien daher zu wissen, wo KK₂ in weiterer Folge von A untersucht werden würde. Darüber hinaus fiel bei der Voruntersuchung auf, dass O_T viel gestikuliert. Sie kommunizierte bei jeder Anweisung nonverbal, um sicherzustellen, dass trotz Sprachbarriere Verständnis hergestellt wird.

Nach etwa vier Minuten betreten A und O_{PL} den zweiten Behandlungsraum und die Arzt-Patient-Kommunikation beginnt.

Tab. 11: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂

1	A: Dzień dobry. [Guten Tag.]	Personal
2	P ₂ : Dzień dobry. [Guten Tag.]	Personal
3	A: (setzt sich zum Computer und liest) Ehm. Dwa tygodnie temu to był zapalenie krtani. <i>[Ähm, vor zwei Wochen hatte er eine Kehlkopfentzündung.]</i>	Check
4	P ₂ : Tak. [Ja.]	Agree
5	A: Ok, ale to dwa tygodnie temu. Teraz sprawdzicimy krew. W kontroli było wszystko dobrze i że /-/. [Ok, aber das war vor zwei Wochen. Jetzt machen wir einen Bluttest. Bei der Kontrolle war alles in Ordnung und, dass /-/]	Agree/ Check Gives Thera/ Gives Med
6	P ₂ : W szpitalu mówiła pani doktor, że ma ehm, że ma cień nad serduszkim, ale że nie wie co to może być. Czy to jest jakaś infekcja? <i>[Im Krankenhaus sagte die Frau Doktor, dass er ähm, dass er einen Schatten über dem Herzen habe, sie jedoch nicht wisse, was das sei. Ist das irgendeine Infektion?]</i>	Bezug auf Aus. Dritter ?Reassures
7	A: (unv.) czy to jest jakaś infekcja, więc sprawdzimy, czy to jest infekcja. Dobrze? <i>[(unv.) ob das eine Infektion ist, also überprüfen wir, ob es eine Infektion ist. In Ordnung?]</i>	Gives-Thera ?Opinion
8	P ₂ : Dobrze, dziękuję. [Gut, danke.] Nie drzyj tego! [Reiß nicht daran!] [[spricht mit KK ₂]]. Cicho! [Leise!] [[spricht mit K ₂]]	Agree/ Approve Sonstiges Sonstiges
9	A: (Ärztin geht zur Behandlungsliege und hört KK₂ ab)	
10	O _{PL} : Proszę cichutko, bo inaczej pani doktor nie będzie nic słyszała. [Sei bitte leise, weil die Frau Doktor sonst nichts hören wird.] [[spricht mit K ₂]]	Orient

11	A: Tak, jest wszystko dobrze. [Ja, es ist alles gut.] Alles gut. Będzie wszystko dobrze. [Alles gut. Es wird alles gut] [[spricht mit KK₂]]	R/O R/O
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂ beginnt mit einer Begrüßung, bei der A P₂ anlächelt und nickt (Zeile 1). P₂ erwidert das Lächeln und grüßt A zurück (Zeile 2). O_{PL} hingegen sagt nichts, geht zum rechten Eck der Behandlungsliege 1 (Position „e“) und nickt P₂ zu. A setzt sich sofort zum Computer und beginnt die Patientenakte zu lesen. Sie wiederholt bekanntes Wissen aus einer früheren Untersuchung und dreht sich dann erwartungsvoll zu P₂ (Zeile 3). A verwendet dabei nicht das richtige Verb und dekliniert das Nomen falsch. Die Fehler scheinen das Verständnis nicht zu beeinträchtigen, da P₂ sofort die Aussage von A bestätigt (Zeile 4). A nickt daraufhin und beginnt den kommenden Behandlungsplan zu erklären (Zeile 5). Dabei macht sie einen Verbfehler, indem sie eine Silbe zu viel einbaut. P₂ unterbricht A und beruft sich auf Aussagen Dritter im Krankenhaus. Sie fragt A besorgt, ob es sich um eine Infektion bei KK₂ handle (Zeile 6). A antwortet noch bevor P₂ fertig gesprochen hat, sodass der Sprechbeitrag von A nicht von Beginn an verständlich ist. In Beantwortung der Frage von P₂ schlägt A einen Bluttest vor und fragt P₂ nach ihrer Meinung (Zeile 7). Diese ist einverstanden und wirkt erleichtert (Zeile 8). Der zuvor besorgte Gesichtsausdruck von P₂ verwandelt sich wieder in ein freundliches Lächeln. Plötzlich beginnt KK₂ an ihrem Ärmel zu zerren, sodass P₂ dieses mit einem erbosten Blick ermahnt (Zeile 8). K₂ beginnt wilder auf dem Schaukelpferd zu schaukeln und zu lachen. Daraufhin fordert P₂ K₂ auf, ruhig zu sein (Zeile 8). Währenddessen steht A vom Schreibtischsessel auf und geht zur Behandlungsliege 1, um KK₂ abzuhören. O_{PL} bittet K₂, leise zu sein, da sonst A KK₂ nicht abhören könne (Zeile 10). Sie macht dies mit einem Lächeln im Gesicht und mit sanfter Stimme, sodass erst nach der Aufforderung von O_{PL} K₂ leise war. Nach dem Abhören versichert A P₂, dass alles in Ordnung ist und wirft KK₂ einen Luftkuss zu (Zeile 11). Sie streichelt KK₂ an der rechten Hand und beruhigt es mit Worten der Hoffnung, woraufhin P₂ wieder zu lächeln beginnt.

Im zweiten Transkriptionsausschnitt (siehe Tab. 12) werden medizinische Inhalte ausgetauscht sowie zukünftige Untersuchungen geplant.

Tab. 12: Überweisung

1	A: <u>Problem</u> z sercem w <u>rodzina</u>? [Gibt es Herzprobleme in der Familie?]	?Med
2	P ₂ : Nie. [Nein.]	Agree
3	A: Nie? [Nein?]	Check

4	P ₂ : Nie. Ale to tylko ta pani w szpitalu mówiła, że coś ma, ale to może przez tą infekcję? [Nein. Aber es hat nur die Frau im Krankenhaus gesagt, er habe irgendetwas, aber vielleicht war das nur wegen der Infektion?]	Agree Bezug auf Aus. Dritter/ ?Med
5	A: Tak, to tak ma. To się zdarza. Jak mają wysokie temperatury, to to może być. [Ja, das kann so sein. Das kommt vor. Wenn sie hohes Fieber haben, kann das sein.]	Agree/ Legit
6	P ₂ : Mhm.	Agree.
7	A: Jak Pani chce, możemy dać skierowanie na USG serca. Żeby zobaczyć na wszelki wypadek. Dlaczego nie? To nie boli i to jest wolne do badania. [Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen eine Überweisung für ein Herzultraschall geben. Um sicherheitshalber zu schauen. Warum nicht? Das tut nicht weh und ist kostenfrei.]	Übertragung von Verantwortung Gives-Organisation
8	P ₂ : Tak, poproszę. [Ja, bitte.]	Agree
9	A: (KK₂ wird Blut abgenommen und es schreit dabei auf) Gö, Schatzilein. Dobrze. [Gö, Schatzilein. Gut.] [[spricht mit KK₂]] Dam Pani adres na badania do pediatriy-kardiologa, dobra? [Ich gebe Ihnen die Adresse für die Untersuchung beim Kinderkardiologen, in Ordnung?]	R/O Gives-Organisation/ ?Opinion
10	P ₂ : Mhm.	Agree

Die Gesprächssequenz beginnt mit einer Frage nach familiären Vorerkrankungen (Zeile 1). Obwohl A die Nomina nicht dekliniert, wird das Verständnis nicht beeinträchtigt. P₂ antwortet ohne Zeitverzögerung auf die Frage (Zeile 2). A vergewissert sich nochmals, ob sie die Antwort richtig verstanden hat (Zeile 3). P₂ wiederholt daraufhin ihre Antwort und beruft sich erneut auf Aussagen Dritter im Krankenhaus (Zeile 4). Sie schüttelt dabei ihren Kopf und zeigt damit ihr Unverständnis für deren Meinung. P₂ fragt A nochmals nach ihrer Einschätzung und fasst sich dabei beunruhigt auf die Stirn (Zeile 4). A versucht P₂ mit einer verallgemeinernden Aussage zu beruhigen (Zeile 5). Sie verwendet eine ungewöhnliche Formulierung, wodurch ihre Aussage unverständlich wird. Die wortwörtliche Übersetzung auf Deutsch würde „Ja, das hat es so.“ lauten. Im darauffolgenden Satz fügt A hinzu, dass solch eine Situation normal ist. Sie generalisiert in weiterer Folge, um P₂ zu vermitteln, dass es sich bei den Untersuchungsergebnissen um nichts Ungewöhnliches handelt. P₂ antwortet jedoch mit einem kurzen „Mhm“ und zusammengepressten Lippen (Zeile 6). Die Erklärung von A scheint sie nicht zu überzeugen. A bietet ihr daher eine Überweisung zu einem Herzultraschall an, um zusätzliche Sicherheit zu gewährleisten. Sie überlässt P₂ die Entscheidung und rechtfertigt die Untersuchung damit, dass sie nicht wehtue und kostenfrei für P₂ sei (Zeile 7). In dieser Aussage verwendet A das falsche

Adjektiv für „kostenfrei“, denn wortwörtlich übersetzt sagt A „es ist frei“ statt „es ist kostenfrei“. Da die Ähnlichkeit zum richtigen Adjektiv in diesem Fall groß ist, wurde dieses vermutlich auch von P₂ verstanden. P₂ senkt daraufhin ihre Schultern, entspannt ihre Hände, die ineinander verschränkt waren und bittet mit begeisterter Stimmlage um die Untersuchung (Zeile 8). A nickt und dreht sich wieder zu KK₂, um Blut abzunehmen. Dabei schreit KK₂ auf, woraufhin A versucht, KK₂ zuerst auf Deutsch und dann auf Polnisch mit freundlichen Worten und Streicheln zu beruhigen. Dann geht sie wieder zum Computer, informiert P₂ über den weiteren organisatorischen Ablauf und fragt nach ihrer Meinung (Zeile 9). P₂ schaut in diesem Moment auf KK₂ und wirkt abgelenkt. Sie bestätigt die Aussage von A, ohne dabei aufzuschauen (Zeile 10).

Der folgende Transkriptionsausschnitt (siehe Tab. 13) beginnt mit einer Information über den weiteren Untersuchungsverlauf.

Tab. 13: Untersuchung von K₂ und Überweisung

1	O _{PL} : Ciebie też Pani doktor zbada. Nie da Ci zastrzyków, tylko Ciebie szybko osłucha. <i>[Dich wird die Frau Doktor auch untersuchen. Sie wird dir keine Spritzen geben, sondern dich nur abhören.]</i> [[spricht mit K ₂]]	Orient
2	P ₂ : Słyszysz, pani doktor nie będzie robiła zastrzyków, chodź. No idź do pani doktor. Podejdz, podejdz, no. <i>[Hörst du, die Frau Doktor wird dir keine Spritzen geben. Komm. Na geh schon zur Frau Doktor. Geh hin, geh, na.]</i> [[spricht mit K ₂]]	Orient
3	A: Ok, napisałam skierowanie <u>na</u> kardiologa i mam adres <u>na</u> pani doktor. Nie wiem w <u>jakszym</u> Becnym. <i>[Ok, ich habe die Überweisung zur Kardiologin geschrieben und habe die Adresse der Frau Doktor. Ich weiß nicht in welchem Bezirk.]</i>	Gives-Other
4	P ₂ : Ok.	Agree

O_{PL} teilt K₂ mit, es werde von A auch untersucht (Zeile 1). Als K₂ ein ängstliches Gesicht macht und Richtung A schaut, fügt O_{PL} hinzu, dass es nur abgehört und keine Spritzen bekommen wird (Zeile 1). K₂ wirkt dennoch skeptisch und will nicht aufstehen. Daraufhin wiederholt P₂, dass K₂ keine Spritzen bekommen werde und zu A gehen solle (Zeile 2). Sie deutet ihm, es möge aufstehen und zu A gehen. K₂ steht daraufhin mit heruntergelassenem Kopf auf und geht mit den Füßen am Boden schleifend zu A. Diese informiert P₂ über die Überweisung zur Kinderkardiologin, fügt jedoch hinzu, dass sie nicht wisse, in welchem Bezirk die Ordination sei (Zeile 3). Dabei macht sie einen Präpositionsfehler, dekliniert ein Pronomen falsch und dekliniert das deutsche Wort „Bezirk“ mit einer polnischen Endung. Die Verwendung dieses Wortes

ist besonders unter den in Wien lebenden Polen üblich und wird in der Alltagssprache nicht als Fehler empfunden (siehe Kapitel 4.2). Werden deutsche Wörter mit polnischen Endungen verwendet, so deutet dies auf viel kommunikativen Austausch mit in Wien lebenden MuttersprachlerInnen hin. In Lehrbüchern werden umgangssprachliche und streng genommen falsche Formulierungen nicht thematisiert, sodass dieses Wissen vermutlich durch Gespräche mit PolInnen erworben wurde. P₂ versteht die Aussage von A trotz Fehlern und bestätigt diese (Zeile 4).

Die nächste Gesprächssequenz (siehe Tab. 14) beginnt mit der Untersuchung von K₂.

Tab. 14: Untersuchung von K₂

1	A: I Oskarek? Zdrowy? Jesteś zdrowy Oskar? Ha? Zdrowy chłopak? <i>[Und Oskar? Gesund? Bist du gesund Oskar? Ha? Gesunder Bub?]</i>	?Med/ Check
2	K ₂ : Tak. <i>[Ja.]</i>	Agree
3	A: Oddychaj mocno. <i>[Atme tief ein.]</i> (zeigt K₂ vor, wie es atmen soll) Super, brawo. Jeszcze raz. <i>[Super, bravo. Noch einmal.]</i> Kupki robi normalne, <u>Oskar</u>? <i>[Hat Oskar einen normalen Stuhlgang?]</i>	Orient Approve/ Orient ?Med
4	P ₂ : Hm?	?Bid
5	A: Czy Oskar robi kupki normalnie? <i>[Hat Oskar einen normalen Stuhlgang?]</i>	Check
6	P ₂ : Tak, tak, tak. Już się unormowało. <i>[Ja, ja, ja. Das hat sich bereits normalisiert.]</i>	Agree Gives-Med
7	A: No, to dobrze. <i>[Na dann ist gut.]</i>	Approve
8	P ₂ : Tylko, że on miał zapalenie krtani, a ona za nim. <i>[Nur hatte er eine Kehlkopfentzündung und sie nach ihm.]</i>	Gives-Med
9	A: Tak, też? Ojej. <i>[Er auch? Oh je.]</i> Ma Pani jeszcze te maści (unv.)? <i>[Haben Sie noch die Salben (unv.)?]</i>	Check /Approve ?Thera
10	P ₂ : Tak, tak. <i>[Ja, ja.]</i>	Approve
11	A: Czy jest lepiej? <i>[Ist es besser?]</i>	?Med
12	P ₂ : Lepiej, wydaje mi się, że jest lepiej. Myślę, że po prostu lepiej schodzi i że nie jest taki czerwony. Co jakiś czas tam mówi, że coś go tam swędzi, ale wtedy smarujemy i jest lepiej. <i>[Besser, ich denke, es ist besser. Ich denke, dass es besser damit weggeht und er nicht mehr so rot ist. Manchmal sagt er, dass ihn etwas juckt, aber dann schmieren wir ihn ein und es ist besser.]</i>	Approve Gives-Med
13	A: No to super, fajnie! <i>[Na super, toll!]</i>	Approve

A fragt mehrmals hintereinander nach dem Wohlbefinden von K₂ und formuliert die Fragen jedes Mal anders (Zeile 1). Sie schaut dabei zuerst P₂ und dann K₂ an. Es hat den Anschein, sie wolle zuerst P₂ fragen, doch ist diese mit KK₂ beschäftigt, da es zu weinen begonnen hat. Sie

wendet sich daher direkt an K₂ und wiederholt die Fragen, um sicherzustellen, dass K₂ diese versteht. Dieses nickt und bejaht ihre Frage (Zeile 2). A weist K₂ an, tief einzuatmen und zeigt ihm die Ausführung vor (Zeile 3). Als K₂ beginnt tief einzuatmen, lobt A es sofort und hört es ab. Anschließend fragt A, ob K₂ normalen Stuhlgang hat (Zeile 3), doch scheint P₂ nach wie vor abgelenkt zu sein und hört A wohlmöglich wegen des Weinens nicht. Die Frage von A endet mit dem Namen von K₂, was vermutlich der Vervollständigung dient, jedoch zu einer falschen Satzstellung führt. P₂ fragt daraufhin überrascht nach (Zeile 4). A wiederholt ihre Frage in der korrekten Satzstellung (Zeile 5). P₂ antwortet und winkt dabei mit der linken Hand nach unten, wodurch sie vermittelt, dass alles in Ordnung ist (Zeile 6). A wirkt zufrieden und beginnt am Computer zu schreiben. P₂ fügt Informationen über die Krankengeschichte ihrer Kinder hinzu (Zeile 8). A dreht sich wieder zu P₂ und reagiert überrascht. Sie fragt nochmals nach und drückt gleichzeitig ihr Mitgefühl aus (Zeile 9). Danach fragt sie P₂, ob sie noch Salben hat, deren Namen unverständlich für die Beobachterin sind. P₂ hingegen versteht die Frage zur Gänze und bejaht diese (Zeile 10). A vergewissert sich, ob die Salben helfen (Zeile 11), was P₂ bejaht. Sie beschreibt die Wirkung der Salben sowie die Symptome und das körperliche Befinden von K₂ (Zeile 12). A scheint sehr zufrieden zu sein und betont dies durch eine lebhaftere Intonation und ein Lächeln (Zeile 13).

Im nächsten Transkriptionsausschnitt (siehe Tab. 15) folgt die Besprechung einer möglichen Grippeimpfung für K₂.

Tab. 15: Grippeimpfung

1	A: Chodzi do przedszkola? [Geht er in den Kindergarten?]	?L/S
2	P ₂ : Eh, od wczoraj. [Ähm, seit gestern.] (lächelt)	Gives-LS
3	A: O! [Oh!]	Agree
4	P ₂ : Dwa dni był tylko na razie. No próbę chodzi. [Bis jetzt war er nur zwei Tage. Er geht probeweise hin.]	Gives-LS
5	A: Na próbę, no. [Probeweise, ja.]	Check
6	K ₂ : Mamo, kiedy idziemy do domu? [Mama, wann gehen wir nach Hause?]	Sonstiges
7	P ₂ : Już idziemy. [Wir gehen schon.]	Sonstiges
8	A: Dzielny jesteś. [Du bist tapfer.] ((schmunzelt)) So, ja polecam, jak dziecko chodzi do przedszkola, a Pani ma <u>nowo-rodka do domu</u>, to robimy też szczepienie na grypę. [Ich empfehle eine Grippeimpfung, wenn ihr Kind in den Kindergarten geht und Sie ein Neugeborenes Zuhause haben.]	Approve C-L/S-P/S
9	P ₂ : Słyszałam, słyszałam. [Das habe ich gehört, das habe ich gehört.]	Agree
10	A: No? [Und?]	BC
11	P ₂ : Ale nie wiem czy /-/ [Aber ich weiß nicht, ob. /-/]	Disapprove

12	A: To łapie się w przedszkole, a potem będzie malutki bardzo chory. <i>[Man steckt sich im Kindergarten an und dann wird der Kleine sehr krank sein.]</i>	C-L/S-P/S
13	P ₂ : On do tej pory nie miał. <i>[Bis jetzt hatte er sie nicht.]</i>	Gives-Med
14	A: To jest bardzo zaraźliwe. <i>[Sie ist sehr ansteckend.]</i>	C-L/S-P/S
15	P ₂ : On do tej pory nie łapał i nie chorował tak żeby chorować. <i>[Bis jetzt hatte er die Grippe nicht und war nicht sehr krank.]</i>	Gives-Med
16	A: No tak, ale teraz chodzi do przedszkola. <i>[Ja eh, aber jetzt geht er in den Kindergarten.]</i>	Disapprove
17	P ₂ : Ale przedtem też chodził do przedszkola, a teraz dwa miesiące nie chodził. No bo dzisiaj, jak się mnie zapytali /-/ <i>[Aber davor ist er auch in den Kindergarten gegangen und jetzt war er zwei Monate nicht mehr. Weil heute, als sie mich gefragt haben /-/]</i>	Disapprove Gives-Med
18	A: Ale jeszcze nie mamy grypy. W ten rok jeszcze nie ma. W Wiedniu nie ma. To później, w grudniu, styczniu, lutym. <i>[Aber jetzt gibt es die Grippe noch nicht. In diesem Jahr noch nicht. In Wien ist sie nicht. Das kommt später, im Dezember, Januar, Februar.]</i>	Disapprove C-L/S-P/S
19	P ₂ : Hm, już nad tym myśleliśmy, ale nie wiem czy /-/ <i>[Hm, wir haben schon darüber nachgedacht und ich weiß nicht, ob. /-/]</i>	Disapprove
20	A: Ok, to jest tylko informacja dla Pani. Jak dziecko zachoruje, to trudno. Was soll ma machen? <i>[Ok, das ist nur eine Information für Sie. Wenn das Kind krank wird, dann ist es eben so. Was soll ma machen?]</i> (Ärztin tippt wieder)	Übertragung v. Verantwortung Crit

A sitzt beim Schreibtisch und tippt am Computer. Sie fragt P₂, ohne diese direkt anzuschauen, ob K₂ bereits in den Kindergarten geht (Zeile 1). P₂ bejaht die Frage glücklich und lächelt dabei K₂ an (Zeile 2). A reagiert überrascht und dreht sich zu P₂ um (Zeile 3). Diese setzt fort und spezifiziert ihre Antwort (Zeile 4), welche A, während sie die Information im Computer einträgt, wiederholt (Zeile 5). K₂ wirkt gelangweilt und stellt seiner Mutter eine Frage (Zeile 6). P₂ wimmelt K₂ hingegen mit einer kurzen Antwort und einem Winken ab (Zeile 7). A lobt K₂ und empfiehlt P₂ im Anschluss eine Grippeimpfung für K₂ (Zeile 8). Mit dieser Aussage will A die Verhaltensweise von P₂ bezüglich allgemeine Gesundheitsvorsorge verändern. Sie dekliniert dabei ein Nomen falsch und macht einen Präpositionsfehler. P₂ scheint A verstanden zu haben und wippt mit dem Kopf nach links und rechts während sie antwortet. Nach ihrer Aussage presst sie die Lippen zusammen und kratzt sich hinter dem Ohr, wodurch sie verunsichert und unschlüssig wirkt (Zeile 9). A ermuntert P₂ zum Weiterreden, indem sie nur kurz nachfragt (Zeile 10). P₂ hingegen scheint nicht überzeugt zu sein (Zeile 11), woraufhin sie von A

unterbrochen wird (Zeile 12). Diese versucht mit Argumenten die Meinung von P₂ zu verändern und macht dabei einen Deklinationsfehler, der das Verständnis nicht beeinträchtigt. P₂ versucht anhand der Krankengeschichte von K₂ zu erklären, warum eine Grippeimpfung nicht notwendig ist (Zeile 13). A wiederum versucht P₂ mit möglichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit ihrer Kinder zu überzeugen (Zeile 14), woraufhin P₂ wieder die Krankengeschichte von K₂ als Argumentation gegen eine Impfung anführt (Zeile 15). A und P₂ widersprechen einander und als die Letztere etwas sagen will, fällt ihr A ins Wort (Zeilen 16 und 17). Sie versucht P₂ durch weitere Informationen über die Grippe zu überzeugen (Zeile 18). Sie dekliniert dabei ein Demonstrativpronomen und ein Nomen falsch. P₂ verschränkt die Arme und erklärt, dass sie nicht von der Grippeimpfung überzeugt ist (Zeile 19). A fällt ihr erneut ins Wort (Zeile 20) und überträgt die Verantwortung in dieser Angelegenheit auf P₂. Sie spricht in einem strengen und gleichgültigen Ton, dreht sich währenddessen um und trägt etwas im Computer ein. Sie schüttelt verneinend den Kopf und äußert Kritik auf Deutsch, ohne dabei P₂ direkt anzuschauen bzw. anzusprechen. Auf diese Weise beendet A die Diskussion. Das Gesprächsklima verändert sich in dieser Gesprächssequenz sehr schnell ins Negative. Es herrscht kurzzeitig Missstimmung, die jedoch, nachdem A fertig getippt hat, schlagartig verschwindet (siehe Tab. 16).

In Tab. 16 wird das vorhergehende Gespräch in Tab. 15 ohne Unterbrechung fortgeführt. Es wurde jedoch aufgrund der Länge des Transkriptionsausschnittes sowie des veränderten Gesprächsklimas in zwei Gesprächssequenzen aufgeteilt.

Als A fertig getippt hat, drehte sie sich mit einem Lächeln im Gesicht zu P₂ und sprach in einem freundlichen und enthusiastischen Tonfall.

Tab. 16: Verabschiedung

1	A: Gut, super, ok. Dann mach ma nowy termin <u>na</u> Paula i <u>Oskarka</u>. (unv.) na pięć lat, ok? <i>[Gut, super, ok. Dann mach ma einen neuen Termin für Paul und Oskar. (unv.) für fünf Jahre, ok?]</i>	Agree/ Gives-Thera/ ?Opinion
2	P ₂ : Dobrze, dobrze. <i>[Gut, gut.]</i>	Agree
3	A: Cukierka, cuk cuk. Chcesz? [Zuckerl, zuck, zuck. Willst du?] [[spricht mit K₂]]	Personal
4	P ₂ : ((lacht))	Laughs
5	K ₂ : Dziękuję. <i>[Danke.]</i>	Approve
6	A: Proszę bardzo. [Bitteschön.] [[spricht mit K₂]]	Approve
7	P ₂ : Dziękujemy, do widzenia. <i>[Dankeschön, auf Wiedersehen.]</i>	Approve/Personal
8	A: Proszę bardzo, do widzenia. [Bitteschön, auf Wiedersehen.]	Approve/Personal

A verwendet zu Beginn lobende Worte in deutscher Sprache und wechselt in der Hälfte der Aussage ins Polnische (Zeile 1). Dabei macht sie einen Präpositionsfehler und sagt etwas Unverständliches zu P₂. Diese scheint erleichtert zu sein, dass die Missstimmung vergangen ist und stimmt A zu (Zeile 2). K₂ nimmt die Hand von seiner Mutter und signalisiert, dass es gehen möchte, woraufhin A sich zu K₂ wendet und ihm ein Zuckerl anbietet (Zeile 3). Sie lockt es auf eine humorvolle Art zu sich, weswegen P₂ zu lachen beginnt. K₂ bedankt sich (Zeile 5) und isst das Zuckerl mit einem zufriedenen Gesichtsausdruck. P₂ bedankt sich ebenfalls bei A (Zeile 7), welche sich vom Sessel erhebt. P₂ versteht, dass das Gespräch an dieser Stelle zu Ende ist, und verabschiedet sich (Zeile 7). A nickt freundlich und verabschiedet sich ebenfalls (Zeile 8).

Die Unstimmigkeiten aus der vorhergehenden Gesprächssequenz waren scheinbar vergessen und das Gesprächsklima war gegen Ende hin wieder angenehm. O_{PL} setzte sich nach der Arzt-Patient-Kommunikation zum Computer und begann etwas tippen, ohne sich von P₂ zu verabschieden. Diese verließ den Behandlungsraum kommentarlos nach A.

6.3.1 RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 2

Im folgenden Kapitel wird die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂ anhand der RIAS-Kategorien analysiert. Bei P₂ hatte das „Alltagsgespräch“ eine geringere Bedeutung als bei P₁. P₂ lachte nur einmal während des gesamten Gesprächs (siehe Tab. 16) und machte selbst keine Witze. Ein Gespräch über nichtmedizinische Themen, abgesehen von der Begrüßung und der Verabschiedung, fand bei P₂ nicht statt.

Die Kategorie „Positives Gespräch“ war auch bei P₂ sehr präsent. Die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂ verlief überwiegend positiv. Im Hinblick auf die Überweisung zu einer Folgeuntersuchung und die Untersuchung von K₂ herrschte Übereinkunft, doch das Thema der Grippeimpfung führte zu einem „negativen Gespräch“. Die Gesprächsteilnehmerinnen widersprachen einander und versuchten die jeweils andere Person, zu überzeugen. A argumentierte mit medizinischen Informationen, um die Einstellung von P₂ zur Grippeimpfung zu verändern („Einfluss auf den Pateinten“). Bei der Verabschiedung (siehe Tab. 16) entstand wieder ein angenehmes Gesprächsklima dank der guten Laune von A und es überwog das „positive Gespräch“.

Bei P₂ bemühte sich A ebenfalls um die „Einbeziehung der Patientin“. A tat dies in Tab. 11, Tab. 12 und Tab. 16, indem sie nach der Meinung von P₁ zum Gesagten fragte.

Die Kategorien „Medizinische Fragen“ und „Medizinische Antworten“ kamen in allen Gesprächssequenzen, bis auf jene in Tab. 13, vor.

„Ausdrücke der Unsicherheit“, zu der die Kodierungen „Bezug auf Aussagen Dritter“ sowie die „Übertragung von Verantwortung“ gehören, kamen auch bei P₂ vor. A beendete die Diskussion mit P₂ in Tab. 15 mit der Übertragung von Verantwortung auf P₂, indem sie signalisierte, dass es letztendlich ihre Entscheidung sei, ob ihr Kind geimpft werden solle. Dadurch entstand kurzfristig eine Distanz zwischen den Gesprächsteilnehmerinnen. In Tab. 12 wurde die Verantwortung von A auf P₂ mit der Intention der Entscheidungsfreiheit übertragen, indem P₂ die Wahl im Hinblick auf eine Folgeuntersuchung gelassen wurde.

Bei der Entscheidungsfindung übte A einmal „Einfluss auf die Patientin“ aus. Sie versuchte, P₂ von der Grippeimpfung in Tab. 15 zu überzeugen und wollte dadurch, die Einstellung von P₂ zu verändern („C-L/S-P/S). Die Aspekte „Orient“ sowie „C-Med/Thera“ sind ebenfalls in der Rubrik „Einfluss auf den Patienten“ subsumiert. Ersterer bezieht sich auf Informationen über den Untersuchungsablauf sowie die Leitung einer anderen Person. P₂ und K₂ wurden im Rahmen der Untersuchung häufig aufgefordert, etwas zu tun. Die Voruntersuchung bestand primär aus Anweisungen seitens der Ordinationshilfe und aus Übereinstimmung von P₂. A hingegen gab nur eine Anweisung. Sie erklärte K₂ in Tab. 14, was es während des Abhörens tun müsse. In Tab. 11 wurde K₂ von P₂ und O_{PL} gebeten, leise zu sein.

A legte bei der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂ ebenfalls Wert auf das „Gespräch auf Gefühlsebene“. Während der Untersuchung von KK₂ versuchte A es ebenfalls mit positiven Worten zu beruhigen. In Tab. 11 äußerte A Optimismus, der sich positiv auf das Gesprächsklima auswirkte. In Tab. 12 wurde das „Gespräch auf Gefühlsebene“ betont, indem A die Symptomatik von KK₂ generalisierte und erklärte, dass diese nicht ungewöhnlich sei („Legit“). Dadurch signalisierte A P₂, ihre Unsicherheiten seien normal und verständlich. Eine weitere Kodierung bezieht sich auf Fragen der Beunruhigung („?Reassures“). In Tab. 11 vergewisserte sich P₂, ob die Symptomatik von KK₂ auf eine Infektion zurückzuführen sei. A bot P₂ in Beantwortung ihrer Frage an, einen Bluttest durchzuführen. Mithilfe des Bluttests ermöglichte sie P₂, Sicherheit im Hinblick auf die Erkrankung von KK₂ zu erlangen. Dadurch handelte A nicht nur fachlich kompetent, sondern auch empathisch, was an der positiven Reaktion von P₂ erkennbar war.

6.3.2 Interview mit Patientin 2

Das Gelingen der Arzt-Patient-Kommunikation bewertete P₂ mit „gut“. P₂ erzählte, sie sei mit der Arzt-Patient-Kommunikation zufrieden, weil diese gut gelinge und es nur selten zu

Verständigungsschwierigkeiten komme.

Im Hinblick auf die Verständlichkeit der Kommunikationsinhalte wies P₂ darauf hin, dass sie A gut verstehe, jedoch manchmal genauer hinhören müsse. Die Arzt-Patient-Kommunikation sei nicht mit einem gedolmetschten Gespräch vergleichbar. Laut eigenen Angaben merke P₂, dass das Sprachniveau von A jenem von MuttersprachlerInnen nicht gleich kommt. Sie sei sich nicht sicher, ob A sie immer verstehen würde. In solchen Situationen achte sie verstärkt auf die Reaktion von A und bei unkommentierten Redebeiträgen wiederhole sie sich sicherheitshalber. Auf diese Weise gelinge die Kommunikation gut.

P₂ nannte die Sprachkenntnisse von A als primären Grund für die Ärzewahl. P₂ gab an, dass sie nach einer polnischsprachigen Kinderärztin in ihrer Umgebung gesucht habe, jedoch keine finden konnte. Erst von einer Freundin erfuhr sie von A. Sie betonte, dass die Sprache besonders im ersten Jahr ihres Aufenthaltes in Österreich eine große Hürde für sie dargestellt habe. Mit einem Kleinkind sei ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin, mit dem/der sie sich verständigen konnte, von hoher Priorität gewesen.

6.4 Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 3

Die dritte Bild- und Tonaufnahme beginnt mit der Voruntersuchung durch die österreichische Ordinationshilfe (O_ö). Diese findet im Anschluss an die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₂ in demselben Behandlungsraum statt. Die dritte Patientin (P₃) wird von O_ö aufgerufen. Die Beobachterin befindet sich noch an derselben Position, wie im vorhergehenden Gespräch. P₃ betritt den Behandlungsraum mit ihrem Kind auf dem Arm und geht direkt zur Liege 1, um KK₃ abzulegen. Nach ca. fünf Minuten betritt auch O_ö den Raum und bittet P₃ auf Deutsch, ihr Kleinkind auszuziehen (Zeile 1).

Tab. 17: Voruntersuchung durch O_ö

1	O _ö : Bitte das Kind ausziehen.	Orient
2	P ₃ : Alles?	Check
3	O _ö : Ganz ausziehen und auf die Waage bitte. (deutet auf die Waage)	Orient
4	P ₃ : (zieht KK ₃ aus und legt es auf die Waage)	
5	O _ö : 5,07.	Gives-Med
6	P ₃ : Aha.	Agree
7	O _ö : Jetzt kommen die Vitamin A Tropfen. (verabreicht Tropfen)	Orient
8	P ₃ : Ojej! Awaria siku. Moment. [<i>Oh je! Unfall, Lulu. Moment.</i>]	Concern
9	O _ö : Putzen sie das Kind einfach ab und dann legen sie es bitte zu mir. (deutet auf die Liege)	Legit Orient

10	P ₃ : Ok, ok. Chwila, moment. [<i>Ok, ok. Einen Moment.</i>] (putzt KK ₃ ab und legt es auf die Liege) ((lächelt))	Agree
11	O _ö : ((lächelt)) (misst KK ₃) 56. Die Frau Doktor kommt gleich.	Gives-Med Orient

Die Untersuchung beginnt weder mit einer Begrüßung noch mit einem Alltagsgespräch. P₃ fragt mit verunsicherter Stimme nach, ob sie KK₃ ganz ausziehen soll (Zeile 2). Im Vergleich zu der Voruntersuchung mit P₂ merkt man in diesem Fall, dass P₃ die Untersuchungsroutine noch nicht vertraut ist. O_ö präzisiert daraufhin ihre Aussage und fügt eine weitere Anweisung hinzu (Zeile 3). Dabei zeigt sie deutlich auf die Waage und deutet mit den Händen, wie P₃ KK₃ hinlegen soll. P₃ schaut O_ö während sie gestikuliert zu, antwortet dieser jedoch nicht. Sie bemüht sich KK₃ schnellstmöglich auszuziehen. Nach dem Abwiegen nennt O_ö das Gewicht ohne P₃ dabei anzuschauen (Zeile 5) und trägt es im Computer ein. P₃ runzelt die Stirn und antwortet mit zögerlich (Zeile 6). Sie hat das Gewicht vermutlich nicht gänzlich verstanden. Im Anschluss erklärt O_ö den nächsten Behandlungsschritt und führt diesen aus, ohne eine Antwort von P₃ abzuwarten (Zeile 7). P₃ kommentiert im Anschluss erschrocken, dass sie wegen eines „Unfalls“ einen Moment braucht (Zeile 8). Sie wirkt dabei sehr gestresst und merkt vermutlich nicht, dass sie auf Polnisch spricht. O_ö reagiert ruhig und gibt P₃ weitere Anweisungen, ohne diese dabei zu hetzen (Zeile 9). P₃ nickt und bittet O_ö auf Polnisch um Geduld (Zeile 10). Sie beginnt hektisch in der Tasche zu wühlen und greift sich dabei mehrmals besorgt auf den Kopf. P₃ legt KK₃ im Anschluss auf die Waage und lächelt O_ö an. Dies erwidert das Lächeln und beginnt KK₃ abzumessen. Die Körpergröße sagt sie, während sie zum Computer geht, um diese einzutragen. Sie teilt P₃ abschließend mit, dass A bald komme (Zeile 11) und verlässt den Behandlungsraum, ohne sich zu verabschieden.

Ehe P₃ reagieren konnte, war O_ö weg, sodass diese stattdessen die Beobachterin anlächelte und sich für den Vorfall entschuldigte. Es folgte ein sechsminütiger Dialog zwischen P₃ und der Beobachterin, in dem P₃ hauptsächlich von KK₃ erzählte, bis A den Behandlungsraum betrat. Das Gespräch zwischen P₃ und der Beobachterin wurde nicht aufgenommen und nicht analysiert.

In Tab. 18 wird der Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation dargelegt. A betritt den Behandlungsraum mit einem Lächeln im Gesicht und begrüßt P₃ enthusiastisch.

Tab. 18: Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₃

1	A: Halo, dzień dobry. No co malutki, co się stało, wszystko dobrze? <i>[Hallo, guten Tag. Was ist denn Kleiner, was ist passiert, alles gut?]</i> (geht kurz zu KK₃, schaut es an und setzt sich dann zum Computer)	Personal/ ?Med
2	P ₃ : Dzień dobry. Niestety jest chory. Miał podwyższoną temperaturę w nocy i od trzech dni ma katar. <i>[Guten Tag. Er ist leider krank. Er hatte in der Nacht erhöhte Temperatur und seit drei Tagen hat er Schnupfen.]</i>	Personal Gives-Med
3	A: Ojej, zaraz go obejrzę. Czy siostra jest zdrowa? <i>[Oh, je. Ich schaue ihn mir gleich an. Ist seine Schwester gesund?]</i>	Concern/Orient ?Med
4	P ₃ : Tak. <i>[Ja.]</i>	Gives-Med
5	A: Pani była <u>choro</u>, oder, oder? <i>[Waren Sie krank, oder, oder?]</i>	?Med
6	P ₃ : Tak, miałam katar w zeszłym tygodniu. <i>[Ja, ich hatte letzte Woche Schnupfen.]</i>	Gives-Med
7	A: Ojej, zawsze proszę kupić maskę w aptece. Nosić maskę w domu, żeby malutki się nie zaraził. Ok, dobrze? <i>[Oh je. Bitte immer eine Maske in der Apotheke kaufen. Die Maske Zuhause tragen, damit sich der Kleine nicht ansteckt. Ok, gut?]</i>	Concern C-Med/Thera ?Opinion
8	P ₃ : Mhm, dobra. <i>[Mhm, ist gut.]</i>	Agree
9	A: Nie całować dziecka, nie dawać <u>smoczek</u> do buzi od Pani i wszystko będzie dobrze. <i>[Das Kind nicht küssen, ihm nicht den Schnuller aus Ihrem Mund geben und dann wird alles gut.]</i>	C-Med/Thera R/O
10	P ₃ : Mhm.	Agree

A geht zur Behandlungsliege, streichelt KK₃ am Fuß und fragt es sowie P₃ nach dem Wohlbefinden (Zeile 1). Danach setzt sich A zum Schreibtisch, dreht sich jedoch auf dem Sessel zu P₃. Diese grüßt A zurück und informiert sie über die Symptome von KK₃ (Zeile 2). Sie wirkt sehr besorgt und streichelt dabei die Hand von KK₃. A äußert ebenfalls ihre Besorgnis, informiert P₃ über den weiteren Verlauf der Untersuchung und fragt nach der Gesundheit der Schwester von KK₃, um herauszufinden, von wem es sich angesteckt haben konnte (Zeile 3). P₃ antwortet kurz (Zeile 4), sodass A P₃ fragt, ob sie krank gewesen ist (Zeile 5). Dabei dekliniert sie das Adjektiv falsch und fragt zwei Mal auf Deutsch nach. P₃ scheint die Frage zu verstehen, da sie diese ohne Zeitverzögerung beantwortet (Zeile 6). A reagiert besorgt und fordert P₃ daraufhin auf, ihr Verhalten in solchen Situationen zu verändern und entsprechende Vorkehrungen zu treffen (Zeile 7). Sie fragt P₃ anschließend nach ihrer Meinung und schaut sie erwartungsvoll an. P₃ nickt und stimmt mit der Aussage von A überein (Zeile 8). Diese fährt mit Empfehlungen

fort, ohne dabei das Nomen zu deklinieren und versichert, dass alles gut werden würde (Zeile 9). P₃ nickt erneut und bestätigt kurz die Aussage von A (Zeile 10). In dieser Gesprächssequenz wirkt P₃ zurückhaltend und leise im Vergleich zu A. Durch den häufigen Sprecherwechsel wird ihr jedoch stets die Möglichkeit gegeben, das Wort zu ergreifen.

Der nächste Transkriptionsausschnitt (siehe Tab. 19) beginnt mit der Verabreichung einer Spritze durch A bei Behandlungsliege 1.

Tab. 19: Behandlung und Medikamentenbesprechung

1	(A gibt KK₃ eine Spritze und es fängt an zu weinen) A: Ale jesteś dzielny. [Du bist aber tapfer.]	Approve
2	P ₃ : Nie płacz. [Weine nicht.]	Sonstiges
3	A: Alles gut. Już gotowe. [Alles gut. Ist schon vorbei.]	R/O / Approve
4	P ₃ : Już już, już po wszystkim. [Ist schon gut, ist schon gut, es ist schon vorbei.]	Approve
5	A: (A tippt)	
6	P ₃ : Sssh. [Ssssch.]	Sonstiges
7	A: Czopki przeciw gorączki Pani jeszcze ma? [Haben Sie noch Fieberzäpfchen?]	?Thera
8	P ₃ : Mam. [Ja, hab ich.]	Agree
9	A: Witaminki D3 są? [Haben Sie Vitamin D3?]	?Thera
10	P ₃ : Proszę? [Wie bitte?]	?Bid
11	A: Czy witaminki D3 wystarczą? Są? Starczy? [Ob Sie Vitamin D3 haben? Haben Sie die? Reichen sie aus?]	Check
12	P ₃ : Starczą, bo on tego jeszcze nie brał za bardzo. Jednego czy dwa. [Sie reichen aus, weil er noch nicht viele davon genommen hat. Eine oder zwei.]	Gives-Thera
13	A: (tippt weiter am PC)	
14	P ₃ : Dlaczego się tak drzesz? To Ci nic nie da! [Warum schreist du so? Das bringt dir nichts!] [[spricht mit KK ₃]]	Crit

Nach Verabreichung der Spritze fängt KK₃ an zu weinen. A streichelt KK₃ geduldig am linken Oberarm und lobt es in einer beruhigenden Stimme (Zeile 1). Es fängt lauter zu weinen an, woraufhin P₃ und A versuchen, KK₃ zu beruhigen (Zeilen 2-4). A geht wieder zum Schreibtisch und beginnt am Computer zu tippen. Währenddessen versucht P₃ KK₃ durch Wippen auf den Armen zu beruhigen. A dreht sich zu P₃ um und stellt ihr lautstark, mit dem Versuch, das weinende KK₃ zu übertönen, eine Frage zur momentanen Medikamenteneinnahme (Zeile 7). Sie dekliniert und verwendet dabei das Adjektiv falsch, wobei ihre Aussage nach wie vor verständlich ist. P₃ bejaht die Frage von A so laut wie möglich (Zeile 8). Bei der zweiten Frage zur Medikamenteneinnahme (Zeile 9) dreht sich A nicht um, sodass P₃ diese akustisch nicht

verstehen und nachfragen muss (Zeile 10). A dreht sich daraufhin zu P₃ um und wiederholt ihre Frage lauter (Zeile 11). Sie formuliert die Frage mehrmals unterschiedlich, um sicherzustellen, dass der Kommunikationsinhalt richtig verstanden wird. Es scheint, als wäre sich A nicht sicher, ob das Nachfragen von P₃ an der Akustik oder an ihrer Aussprache liegt. P₃ antwortet, indem sie das von A Gesagte wiederholt und weitere Angaben zur Medikamenteneinnahme macht (Zeile 12). A dreht sich daraufhin wieder um und trägt die Angaben von P₃ im Computer ein. Als KK₃ wieder lauter zu weinen beginnt, ermahnt P₃ es lautstark und setzt es wieder auf die Behandlungsliege (Zeile 14).

In Tab. 20 stellt A weitere Fragen zur Medikamenteneinnahme (Zeile 1).

Tab. 20: Medikamentenbesprechung

1	A: Daktarin żel jest? [Haben Sie das Daktarin Gel?]	?Thera
2	P ₃ : Proszę? [Wie bitte?] (nähert sich A)	?Bid
3	A: Uwaga, proszę nigdy nie odchodzić od dziecka. Pytałam, czy ma Pani Daktarin żel w domu. [Achtung, bitte nie vom Kind weggehen. Ich fragte, ob Sie das Daktarin Gel Zuhause haben.]	C-L/S-P/S Check
4	P ₃ : (geht zu KK ₃ zurück) Nie mam. [Hab ich nicht.]	Agree
5	A: To napiszę Pani receptę. Ok, to może Pani stosować cztery razy dziennie. Ok? [Dann schreibe ich ein Rezept dafür. Ok, das können Sie vier Mal täglich anwenden. Ok?]	Gives-Thera
6	P ₃ : Dobra. [Ist gut.]	Approve
7	A: To piszę receptę, Pani kupi w aptece. [Dann schreibe ich das Rezept und Sie kaufen es in der Apotheke.]	C-Med/Thera
8	P ₃ : Ok, kupię. [Ok, ich kaufe es.]	Agree

P₃ versteht die Frage von A nicht, macht daraufhin zwei Schritte Richtung Schreibtisch und lehnt sich zu A (Zeile 2). Diese warnt P₃, sie dürfe KK₃ niemals unbeaufsichtigt liegen lassen, wodurch die Verhaltensweise von P₃ verändert werden sollte (Zeile 3). P₃ geht sofort zurück zur Behandlungsliege, während A ihre Frage deutlicher und ausführlicher wiederholt. Die Raumaufteilung wirkt in diesem Moment ungünstig, da P₃ näher bei A sein will, um diese besser zu verstehen, jedoch KK₃ nicht aus den Augen lassen kann. P₃ verneint die Frage von A (Zeile 4), woraufhin diese die kommende Medikamenteneinnahme erklärt (Zeile 5). P₃ nickt und stimmt zu (Zeile 6). A fordert P₃ daraufhin auf, das Medikament zu kaufen (Zeile 7). P₃ stimmt erneut zu (Zeile 8) und lächelt A an, die sich wieder wegdreht, um das Rezept zu schreiben. Während A tippt, bemüht sich P₃, ihr Kind, das nach wie vor weint, zu beruhigen. A scheint das Weinen nicht zu stören.

Im folgenden Transkriptionsausschnitt (siehe Tab. 21) fragt P₃ A, die beim Schreibtisch sitzt und P₃ anschaut, nach ihrem Rat.

Tab. 21: Beratung

1	P ₃ : Czasami się zdarza, że kaszlnie, ale nie wiem czy to od suchego powietrza? <i>[Es kommt manchmal vor, dass sie hustet, aber ich weiß nicht, ob das von der trockenen Luft ist.]</i>	Gives Med ?Reassures
2	A: Tak. [Ja.]	Agree
3	P ₃ : Jak jest suche gardło? <i>[Wenn der Hals trocken ist?]</i>	Check
4	A: Tak, tak. To jest wszystko w porządku. <u>Bardzo</u> w porządku. Jak jest troszkę sucho, to po prostu <u>do noska Emser, sprej na baby. Wiesz</u>, to jest bardzo dobre. <i>[Ja, ja. Das ist alles in Ordnung, in bester Ordnung. Wenn die Luft trocken ist, einfach das Nasenspray Emser in die Nase sprühen, das Spray für Babys. Weißt <u>du</u>, das ist sehr gut.]</i>	Legit Gives-Thera
5	P ₃ : To jest ten morski? <i>[Das mit Meersalz?]</i>	Check
6	A: Mhm, tak. Ale nie <u>więcej</u>. Ok, dobrze? Mogę <u>Pani</u> uspokoić wszystko jest dobrze. <i>[Mhm, ja. Aber nicht zu viel. Ok, gut? Ich kann Sie beruhigen, es ist alles in Ordnung.]</i> (Ärztin tippt am PC)	Agree Gives-Thera Empathy
7	P ₃ : Super.	Approve

P₃ beschreibt die Symptome von KK₃ und äußert ihre Mutmaßungen zur Ursache (Zeile 1), die A bestätigt (Zeile 2). P₃ scheint die kurze Antwort von A nicht zu genügen, sodass sie konkreter nachfragt (Zeile 3). A bejaht diese Frage zweimal und beruhigt P₃, dass alles in Ordnung ist. Sie empfiehlt ihr die Anwendung eines Nasensprays und macht dabei vereinzelte Sprachfehler (Zeile 4). Darunter ist eine ungewöhnliche Formulierung (wortwörtlich übersetzt „sehr in Ordnung“ statt „in bester Ordnung“), eine falsche Satzstellung und die Verwendung des Wortes „Baby“ in Einzahl in Verbindung mit „Nasenspray“ und einem Präpositionsfehler (wortwörtlich übersetzt „in die Nase Emser Spray auf Baby“). Im nächsten Satz duzt A die Patientin, was sie jedoch im gesamten Arzt-Patient-Gespräch nicht gemacht hat. Nichtsdestotrotz scheint P₃ alles zu verstehen, denn sie nickt und fragt konkret nach dem Nasenspray (Zeile 5). A bejaht und will P₃ vermutlich mitteilen, dass sie nicht zu viel davon verwenden soll, sagt jedoch wortwörtlich „Aber nicht mehr.“. Danach fragt A kurz, ob P₃ sie verstehe, und beruhigt sie nochmals, dass alles in Ordnung sei (Zeile 6). Während A spricht, tippt sie etwas zeitgleich im Computer ein, ohne P₃ dabei anzuschauen. In diesem Sprechbeitrag dekliniert sie das

Anredepronomen nicht korrekt. P₃ lächelt und scheint zufrieden zu sein (Zeile 7).

Der letzte Transkriptionsausschnitt der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₃ (siehe Tab. 22) beginnt mit einer Frage, die ihr plötzlich wieder einfällt.

Tab. 22: Überweisung und Verabschiedung

1	P ₃ : Aha, Pani doktor. Jeszcze chciałam o to zapytać. Od jakiegoś czasu ma tutaj taką ciemną plamkę i ona czasami to drapie. I ja nie wiem, czy to jest chorobliwe. Bo to się też powiększa a potem znów znika. <i>[Aha, Frau Doktor. Ich wollte Sie noch etwas fragen. Er hat hier seit einiger Zeit einen dunklen Fleck, an dem er manchmal kratzt. Und ich weiß nicht, ob das etwas Krankhaftes ist. Denn das wird auch größer und dann verschwindet es wieder.]</i>	Gives-Med Concern Gives-Med
2	A: Aha, zobaczmy. Nie, to nie jest nic złego, proszę się tym nie przejmować. Mogi Pani obserwować, ale to nie jest nic złego. <i>[Aha, schauen wir einmal. (...) Nein, das ist nichts Schlimmes, machen Sie sich bitte keine Sorgen. Sie können es beobachten, aber das ist nichts Schlimmes.]</i>	Orient R/O / Empathy C-Med/Thera/ R/O
3	P ₃ : Ale na pewno? Bo ja nie wiem. <i>[Ganz sicher? Weil ich weiß nicht.]</i>	?Reassures
4	A: Mogę Pani również dać skierowanie <u>na</u> dermatologa, jeśli to Panią uspokoi. <i>[Ich kann Ihnen auch eine Überweisung zum Dermatologen geben, wenn Sie das beruhigt.]</i>	Gives-Therapieal- ternativen Empathy
5	P ₃ : Tak, bardzo proszę. Cały czas to obserwuję i wydaje mi się, że to się pogarsza, ale nie wiem. <i>[Ja, bitte. Ich beobachte das die ganze Zeit und ich glaube, dass sich das verschlechtert, aber ich weiß nicht.]</i>	?Service Gives-Med
6	A: Ok, spokojnie, będzie wszystko dobrze. Napiszę Pani skierowanie, ok? <i>[Ok, ganz ruhig. Es wird alles gut. Ich schreibe die Überweisung, ok?]</i>	Empathy/ R/O Gives-Thera
7	P ₃ : Dziękuję bardzo. To w takim razie nie mam już żadnych pytań. <i>[Vielen Dank. Na dann habe ich keine weiteren Fragen mehr.]</i>	Approve
8	A: Dobrze, do następnego razu. Proszę następny raz przyjść z <u>siostrą</u> malego, żeby zbadać brzusek, ok? <i>[Gut, bis zum nächsten Mal. Kommen Sie bitte das nächste Mal mit der Schwester vom Kleinen, um ihren Bauch zu untersuchen, ok?]</i>	Personal C-Med/Thera ?Opinion
9	P ₃ : Ok, dziękujemy. <i>[Ok, dankeschön.]</i>	Agree / Approve
10	A: Do widzenia. <i>[Auf Wiedersehen.]</i>	Personal

P₃ beschreibt die Symptomatik mit einem besorgten Gesichtsausdruck und zeigt währenddessen auf die betroffene Körperstelle von KK₃ (Zeile 1). A geht zur Behandlungsliege und schaut sich die Körperstelle genau an. Sie versucht P₃ zu beruhigen, indem sie ihr positiv zuredet und sie anlächelt (Zeile 2). A wirkt zwar überzeugt, dass es sich um nichts Gefährliches handelt, meint jedoch, P₃ kann es weiterhin beobachten. Damit wird P₃ in ihrem bisherigen Verhalten bestätigt.

Sie konjugiert im letzten Satz das Verb falsch, was jedoch zu keinem Missverständnis führt. P₃ scheint nach wie vor beunruhigt zu sein und bittet A um Rückversicherung (Zeile 3). A merkt die Beunruhigung von P₃ und schlägt dieser eine Überweisung zu einem Spezialisten vor (Zeile 4). Dabei macht A einen Präpositionsfehler. Sie kommt P₃ mit der Überweisung entgegen und handelt dadurch patientenorientiert. Obwohl eine zusätzliche Kontrolle aus der Sicht von A nicht notwendig ist, bietet sie P₃ die Möglichkeit einer zusätzlichen Absicherung durch einen Spezialisten an. P₃ wirkt etwas erleichtert, doch hat sie nach wie vor verschränkte Arme und Beine. Sie bittet A um die Überweisung und beschreibt erneut die Symptomatik von KK₃ (Zeile 5). Dadurch unterstreicht sie den Stellenwert, den das Thema für sie hat. Durch den Zusatz, sie wisse dennoch nicht, worum es sich dabei handle, signalisiert sie Ratlosigkeit. A geht erneut auf die Gefühlslage von P₃ ein und versucht sie mit gutem Zureden und Worten der Hoffnung zu beruhigen (Zeile 6). Sie zeigt auf den Computer und sagt, sie würde nun die Überweisung schreiben. P₃ bedankt sich daraufhin und wirkt zufrieden (Zeile 7). Sie sagt A, nachdem diese das Rezept geschrieben hat, sie habe keine weiteren Fragen mehr, wodurch sie A signalisiert, dass das Gespräch beendet werden kann. Die Arzt-Patient-Kommunikation wird, erst nachdem alle Anliegen von P₃ besprochen wurden, beendet. A steht daraufhin auf und verabschiedet sich und fordert P₃ auf, beim nächsten Termin ihr zweites Kind zur Kontrolle mitzunehmen (Zeile 8). P₃ stimmt zu und äußert ihren Dank (Zeile 9), woraufhin sich A verabschiedet (Zeile 10) und den Behandlungsraum verlässt. P₃ packt ihre Sachen zusammen und geht im Anschluss zum Empfang, um die Rezepte sowie die Überweisung zu holen.

6.4.1 RIAS-Auswertung der Arzt-Patient-Kommunikation mit Patientin 3

In diesem Kapitel folgt die Auswertung des letzten Arzt-Patient-Gesprächs anhand der RIAS Kategorien nach Kürten und Koller (2008). Das „Alltagsgespräch“ mit P₃ war in der Arzt-Patient-Kommunikation von geringer Bedeutung. Abgesehen von der formellen Begrüßung und Verabschiedung wurde während des gesamten Arzt-Patient-Gesprächs nicht gelacht oder Smalltalk geführt. P₃ wirkte besorgt um die Gesundheit ihres Kindes, wodurch medizinische Inhalte für sie von größerer Bedeutung als ein Alltagsgespräch mit A waren.

Im Gespräch mit P₃ herrschte größtenteils Übereinstimmung und somit das „positive Gespräch“. Eine Ausnahme stellte die Diagnose von A (siehe Tab. 22) dar, die kurzfristig Unsicherheiten bei P₃ hervorrief. Diese ist jedoch nicht in die Kategorie „negatives Gespräch“, sondern in die Kategorie „Gespräch auf Gefühlsebene“ einzuordnen.

In diesem, wie auch in den zuvor untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen wurde die

Patientin aktiv in das Gespräch einbezogen (siehe Tab. 18 und Tab. 22).

„Medizinische Fragen“ und „Medizinische Antworten“ kamen in allen Gesprächssequenzen vor und unterstreichen somit den Schwerpunkt der Arzt-Patient-Kommunikation, der auf dem Austausch von medizinischen Inhalten lag.

„Ausdrücke der Unsicherheit“ kamen im Vergleich zu den vorigen Arzt-Patient-Gesprächen nicht vor. A übte der dritten Arzt-Patient-Kommunikation einmal „Einfluss auf die Patientin“ aus. In Tab. 20 bat A P₃ ihre Verhaltensweise zu ändern, was diese auch sofort tat. Aufforderungen zu Medikamenteneinnahmen und zukünftigen Terminen („C-Med/Thera“) betrafen im Vergleich zu den vorigen Arzt-Patient-Gesprächen primär P₃. In Tab. 18 wurde diese aufgefordert, eine Maske zu kaufen sowie ihr Verhalten zu verändern. In der Gesprächssequenz in Tab. 20 wurde sie angewiesen, Medikamente zu kaufen, und in Tab. 22 wurde ihr aufgetragen, KK₃ weiter zu beobachten sowie ihre Tochter zur nächsten Untersuchung mitzunehmen. P₃ stimmte allen Aufforderungen von A zu, wodurch sie ihre Übereinstimmung äußerte.

Bei P₃ wurde das „Gespräch auf Gefühlsebene“ geführt. Da P₃ ihre Besorgnis um die Gesundheit ihres Kindes zeigte, begegnete ihr A mit besonders viel Mitgefühl und Empathie. In Tab. 21 beruhigte A P₃, indem sie ihr gut zuredete. Dasselbe tat sie auch in Tab. 22, als sie erklärte, dass alles in Ordnung sei und sie sich keine Sorgen machen solle. Durch Ausdrücke des Optimismus und der Hoffnung („R/O“) bemühte sich A, P₃ positiv zu stimmen. Sie versuchte mehrmals, P₃ zur Ruhe zu bringen. In Tab. 18 gab A P₃ Anweisungen und erklärte, dass alles wieder gut werden würde. Dadurch äußerte A erneut ihre Zuversicht.

Als P₃ in Tab. 22 von einer Hautveränderung bei KK₃ erzählte und A feststellte, dass es sich dabei um nichts Krankhaftes handle, schien P₃, dieser nicht geglaubt zu haben und fragte nach, ob sich A sicher sei. Sie wirkte besorgt und forderte auf diese Weise Rückversicherung von A, welche sie auch bekam. Die Kodierung „Concern“ kam bei P₃ in Tab. 18 vor, als A ihre aktuelle Besorgnis zum Gesundheitszustand von KK₃ äußerte und somit ihr Mitgefühl ausdrückte.

6.4.2 Interview mit Patientin 3

P₃ gab im Interview an, sie sei mit der Arzt-Patient-Kommunikation sehr zufrieden. Sie berichtete, dies sei ihr dritter Termin und sie würde ihr Kind in Zukunft immer bei A untersuchen lassen. P₃ fuhr fort, dass sie die Möglichkeit, sich in der eigenen Muttersprache im Ausland verständigen zu können, sehr schätze.

P₃ argumentierte im Hinblick auf die Verständlichkeit der Kommunikationsinhalte, dass

sie A gut verstehe und keine Probleme mit dem Akzent oder sprachlichen Fehlern habe. Da sie selbst erst begonnen habe, Deutsch zu lernen, bewundere sie A für ihre guten Polnischkenntnisse und hoffe, dass ihr Deutsch auch einmal so gut sein werde. Sie fügte lachend hinzu, dass sie Grammatikfehler im Polnischen nicht wundern würden, da die polnische Sprache aus mehr Ausnahmen als Regeln bestehe.

P₃ erzählte, sie habe diese Arztpraxis aufgrund der Möglichkeit, sich auf Polnisch verständigen zu können, ausgewählt. Laut eigenen Angaben habe sie noch ungenügende Deutschkenntnisse, sodass sie in Österreich auf ihre Englischkenntnisse angewiesen sei. Als alleinerziehende Mutter mit einem Kleinkind in einem fremden Land sei es sehr schwer, die Landessprache zu lernen. Sie bemühe sich zwar, doch habe sie momentan nicht die Möglichkeiten dazu.

6.5 Erfahrungen mit DolmetscherInnen

Im folgenden Unterkapitel soll der Bogen zum Dolmetschen gespannt werden, indem die Dolmetschperspektive anhand der durchgeführten Interviews mit den Patientinnen und der Ärztin beleuchtet wird.

Im Hinblick auf Erfahrungen mit DolmetscherInnen berichtete A, es würden nur wenige externe Personen zum Sprachmitteln beigezogen werden, da in der Kinderarztpraxis acht Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kurdisch, Polnisch, Türkisch) abgedeckt seien. In den meisten Fällen seien die Sprachkenntnisse von A und ihres Personals, welches häufig dolmetsche, ausreichend gut. Ihren Angestellten könne A laut eigenen Angaben vollkommen vertrauen und diese würden auch den Ablauf von Arzt-Patient-Gesprächen kennen, sodass das Dolmetschen stets gut gelinge.

A erzählte, dass es sich bei externen DolmetscherInnen meist um Familienangehörige und nur selten um professionelle DolmetscherInnen handle. Vor allem mehrsprachig erzogene Kinder würden für ihre Eltern dolmetschen, weil die Sprachkenntnisse der Letzteren in vielen Fällen nicht ausreichen. Da die Kinder in Österreich zur Schule gehen, sei ihr Deutsch ausreichend, um ein simples Arzt-Patient-Gespräch zu dolmetschen. Mit „ausreichend“ meinte A jedoch, dass solch eine Form der Verständigung „besser als nichts“ sei.

Mit privat engagierten DolmetscherInnen habe A häufig schlechte Erfahrungen gemacht. Sie sagte, viele würden nicht neutral dolmetschen, ihre eigene Meinung kundtun und das Gespräch unnötig verzögern. In einem Extremfall sei ein gedolmetschtes Gespräch sogar abgebrochen worden, da der/die polnischsprachige DolmetscherIn begann, die persönliche

Meinung zu Impfungen zu äußern und aufhörte zu dolmetschen. Die Untersuchung sei dann ohne DolmetscherIn fortgesetzt worden. Solche Situationen würden zur Verminderung des Vertrauens von A gegenüber DolmetscherInnen führen, sodass diese stets hinterfrage, ob und wie neutral gedolmetscht wird und inwieweit die Kommunikation gelungen ist. Aus diesem Grund sind A bei DolmetscherInnen Neutralität, Vertrauen und Unparteilichkeit besonders wichtig. Sie sagte, sie müsse sich auf die Dolmetschleistung verlassen können, da anhand dieser eine Untersuchung durchgeführt, eine Diagnose gestellt und eine Therapie geplant werden. Zudem wünschte sich A, DolmetscherInnen würden ihre Meinung für sich behalten, denn diese solle bei der Sprachmittlung nicht von Bedeutung sein.

Darüber hinaus sehe A Probleme beim Dolmetschen von unangenehmen und psychisch belastenden Kommunikationsinhalten. A meinte, dass bei der Diagnose von schweren Krankheiten bei Kleinkindern bereits kleine Nuancen in der Sprachmittlung eine entscheidende Rolle spielen können. Bei solch herausfordernden Themen müsse ein/e professionelle/r DolmetscherIn anwesend sein, wobei solch eine Situation oftmals nicht vorhersehbar sei.

A stellte fest, dass sie im Allgemeinen die Gesprächsatmosphäre mit fremden DolmetscherInnen als eher unangenehm wahrnehme. Übersetzte Krankenhausberichte oder Befunde, die PatientInnen zur Untersuchung mitnehmen, empfinde A hingegen als Erleichterung. A fügte hinzu, dass sich die Dolmetschsituation aufgrund der strengeren Datenschutzbestimmungen verändert habe. Früher konnte man problemlos im Wartebereich nachfragen, ob jemand die benötigte Sprache spreche und spontan dolmetschen könne, doch mittlerweile sei dies aufgrund der Datenschutzrechte problematisch. A erklärte, dass ihr die persönlichen Daten ihrer PatientInnen besonders wichtig seien, sodass Personen, die den PatientInnen fremd sind, nicht mehr ad hoc zum Dolmetschen beigezogen werden würden.

In den Patienteninterviews gab P₁ in Beantwortung der fünften Frage des Leitfadens an, sie würde eine/n professionelle/n DolmetscherIn beim Arzt-Patient-Gespräch mit A bevorzugen, doch sei dies für sie nicht leistbar. Sie meinte, sie würde sich mit einem/einer DolmetscherIn sicherer fühlen und in der Arzt-Patient-Kommunikation mehr Zeit haben. Mit DolmetscherInnen könne man Missverständnisse gänzlich vermeiden und eventuell auch nach dem Arzt-Patient-Gespräch Fragen an diese stellen. P₁ erzählte, sie engagiere regelmäßig eine professionelle Dolmetscherin. Aus Kostengründen müsse sich P₁ jedoch entscheiden, zu welchen Gesprächen die Dolmetscherin beigezogen werden kann. Da ihr Kind an einer schweren Krankheit leide und einer Operation bedürfe, ziehe sie die DolmetscherIn vorrangig zum Sprachmitteln im Krankenhaus bei. Die Dolmetscherin werde daher für alle mit der Operation verbundenen Gespräche engagiert.

P₁ gab an, ihre Erfahrungen mit DolmetscherInnen seien sehr gut. Sie würde nur professionelle DolmetscherInnen beiziehen, da ihr eine gute Dolmetschleistung bei wichtigen Gesprächen betreffend die Operation ihres Kindes sehr wichtig sei. P₁ betonte, dass nicht bei DolmetscherInnen gespart werden dürfe, wenn es um die Gesundheit des eigenen Kindes gehe.

P₂ erzählte, sie würde eine/n professionelle/n DolmetscherIn bei der Arzt-Patient-Kommunikation bevorzugen, weil sie dann die Gewissheit haben könnte, dass A alles gänzlich verstehe. Sie fügte hinzu, dass dies jedoch nicht zwangsweise notwendig sei. Die Kommunikation sei momentan ausreichend gut und zusätzlich eine/n DolmetscherIn zu bestellen, um noch mehr Sicherheit zu haben, sei für sie ein unverhältnismäßiger Aufwand.

P₂ antwortete auf die Frage, ob sie bereits DolmetscherInnen engagiert hätte mit „ja“. Sie sei vor allem in der Anfangszeit ihres Aufenthaltes in Österreich auf DolmetscherInnen angewiesen gewesen. Ihr wurden damals von einer Freundin eine professionelle Dolmetscherin und ein bilingualer Bekannter empfohlen. Der Unterschied in der Dolmetschqualität war für P₂ klar erkennbar und sie fügte hinzu, dass sich dieser auch im Preis widerspiegelt habe. Wären die Leistungen der professionellen Dolmetscherin nicht so teuer gewesen, hätte sie diese öfter engagiert. Der Bekannte habe ausreichend gut gedolmetscht und weniger für die Dienstleistung verrechnet, sodass sie diesen häufiger beigezogen habe.

P₃ erklärte, ihr sei zwar eine/n professionelle/r DolmetscherIn bei der Arzt-Patient-Kommunikation lieber, wenn sie die Mittel hätte, doch schätze sie auch die direkte Kommunikation mit A. Sie meinte, dass sich vermutlich jede/r AusländerIn mit DolmetscherIn sicherer und wohler fühlen würde. Man habe damit eine zusätzliche Ansprechperson, die Auskunft erteilen könne. In diesem speziellen Fall, in dem A Polnisch spricht und polnischsprachiges Personal hat, fühle sie jedoch sehr gut aufgehoben.

P₃ erzählte, sie habe bereits DolmetscherInnen engagiert, doch versuche sie sich vorrangig auf Englisch zu verständigen. Bei wichtigen Angelegenheiten bestelle sie eine Dolmetscherin, die ihr empfohlen wurde und mit der sie sehr zufrieden sei.

7 Diskussion und Schlussfolgerungen

In diesem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Studie zusammenfassend reflektiert und in Bezug auf die Forschungsfragen diskutiert.

Aus dem Interview mit A ging hervor, dass der Fremdsprachenerwerb über einen Zeitraum von mehreren Jahren erfolgte und sich laufend weiterentwickelt. A setzte dabei nicht nur auf Lernunterlagen, wie z.B. Bücher und CDs, sondern auch auf Privatunterricht, Reisen nach Polen und die Kommunikation mit PolInnen. Die Vielfalt der auf A abgestimmten Lernmethoden ermöglichte die optimale Förderung ihrer Sprachkompetenzen. Als Beweggründe für den Fremdsprachenerwerb nannte A ihren polnischen Patientenstamm, das Risiko, aufgrund von Sprachbarrieren Fehldiagnosen zu stellen, und ihr Interesse an Sprachen.

A schätzte die Kommunikation mit polnischsprachigen PatientInnen als gelungen ein und meinte, sie merke keinen Unterschied zur deutschsprachigen Arzt-Patient-Kommunikation. Sie wisse, dass sie Fehler mache und Sprachen mische, doch kommen alle GesprächsteilnehmerInnen gut damit zurecht. A verwendete vor allem nach Pausen deutsche Wörter, wie z.B. „so, also, gut“, als Überleitung. Nachdem sie am Computer etwas gelesen oder geschrieben hatte, fiel A häufig in die deutsche Sprache zurück, wechselte jedoch im Anschluss ins Polnische. Diese Art von Code-Switching ist auf den in Kapitel 4.2 vorgestellten Themenwechsel zurückzuführen. Im Gespräch mit ihren Ordinationshilfen schien A unbewusst zwischen Sprachen zu wechseln. In Tab. 3 kam es aufgrund von mangelnder Beherrschung der polnischen Sprache zum Code-Mixing. In Tab. 6 mischte A zwei Sprachen vermutlich aus stilistischen Gründen, um ihren Humor authentischer zu vermitteln. Ihr schien die humorvolle Aussage auf Deutsch leichter zu fallen. Keine der Patientinnen reagierte negativ auf das Code-Switching und -Mixing von A. Sie kommentierten die deutschsprachigen Beiträge nicht, stellten jedoch manchmal Rückfragen nach dem Inhalt des Gesagten. Das mag daran liegen, dass das Code-Switching und -Mixing bei den in Österreich lebenden PolInnen, die Deutsch als Fremdsprache erlernten, häufig vorkommt (siehe Kapitel 4.2) und ihnen deshalb vereinzelte deutschsprachige Aussagen von A nicht negativ auffallen.

Bezugnehmend auf die in Kapitel 2.1 besprochenen Rollen und Skripte (vgl. Borowski et al. 2019: 7) wurde aus den drei Arzt-Patient-Gesprächen ersichtlich, dass A sowie die Patientinnen bei mangelndem Verständnis stets nachfragten. Im Gegensatz zu der Argumentation von Borowski et al. (2019) wurde A von den Patientinnen unterbrochen, ihr wurde widersprochen und es wurden Rückfragen gestellt. Unsicherheiten hinsichtlich des Verständnisses wurden sofort geäußert, sodass die Patientinnen, laut eigenen Angaben in den Interviews, alles verstanden haben. Sprachliche Fehler von A wurden von den Patientinnen (und Ordinationshilfen)

jedoch nicht korrigiert. Bei Unklarheiten wiederholten die Gesprächsteilnehmerinnen ihre Aussagen häufig mit anderen Worten (siehe z.B. Tab. 8). Es kann daher geschlussfolgert werden, dass die Rollen und Skripte (vgl. ebd.) keinen negativen Einfluss auf das Verständnis in der Arzt-Patient-Kommunikation hatten. Die Tatsache, dass die Patientinnen aus den „typischen“ Rollen ausbrachen, kann auf die Offenheit und Empathie von A zurückgeführt werden. Da stets ein freundliches Gesprächsklima herrschte und die Gespräche auf Augenhöhe geführt wurden, trauten sich die Patientinnen, Rückfragen zu stellen und bei Unklarheiten zu unterbrechen.

Darüber hinaus gelang die fachexterne Kommunikation (siehe Kapitel 2.1) in allen drei Gesprächen. A passte medizinische Inhalte an das Wissen der Patientinnen an und erklärte Fachausdrücke gegebenenfalls. Da A die Fachsprache verständlich vermittelte, entstand kein Machtgefälle aufgrund der Fachkommunikation in der Arzt-Patient-Kommunikation.

Die nonverbale Kommunikation (siehe Kapitel 1) spielte in der Arzt-Patient-Kommunikation sowie in den Voruntersuchungen eine wichtige Rolle. Bei der Voruntersuchung wurde diese Form der Kommunikation nicht zum Verstärken der Emotionen, sondern vielmehr als Mittel zum Zweck verwendet, d.h. es wurde versucht, Kommunikationsinhalte trotz Sprachbarrieren mithilfe von viel Gestik so klar wie möglich zu vermitteln. Bei den Arzt-Patient-Gesprächen wurde nonverbale Kommunikation zum Vermitteln von Emotionen, Verdeutlichen der Anweisungen, Sprecherwechsel und als Reaktion auf Sprechbeiträge angewendet. Würde man die transkribierten Arzt-Patient-Gespräche ohne Beschreibung der nonverbalen Kommunikation lesen, so würden der Sinn und der Kontext des Gesagten fehlen. Erst durch nonverbale Kommunikation entsteht gegenseitiges Verständnis und eine gute Arzt-Patient-Beziehung, die letztendlich positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg, die Patientenzufriedenheit, Therapieeinhaltung und die Behandlungsergebnisse hat (vgl. Roter et al. 2006: 28).

Während der Arzt-Patient-Gespräche berücksichtigte A die nonverbale Kommunikation. Sie beobachtete die Reaktionen der Patientinnen und ging darauf ein. Wirkte eine Patientin verunsichert, so erkannte A die Gefühlslage und bemühte sich, etwas daran zu ändern. A begegnete den Patientinnen mit einer offenen Körperhaltung und einem freundlichen Gesichtsausdruck sowie lebhafter Intonation. Sie drückte Lob, Hoffnung, Freude und Mitgefühl ehrlich und häufig aus. Sie griff sich dabei auf ihr Herz, kam auf die Patientinnen zu und streichelte die Kinder liebevoll. Ihre Empathie wurde daher besonders durch nonverbale Kommunikation gut sichtbar und spürbar.

Ein Ziel dieser Masterarbeit war es, Einblicke in die Untersuchung von polnischsprachigen PatientInnen durch die Ärztin, die Polnisch als Fremdsprache erlernte, zu gewinnen. Anhand der in Kapitel 6.2, 6.3 und 6.4 dargelegten Ergebnisse der Arzt-Patient-

Kommunikation wurde ersichtlich, dass der Gesprächsverlauf jenem von Fazekas (2019) ähnelte (siehe Abb. 1). Die drei untersuchten Arzt-Patient-Gespräche unterschieden sich geringfügig im Gesprächsverlauf. Während bei P₁ eine formelle Begrüßung ausblieb und direkt nach dem Wohlbefinden von KK₁ gefragt wurde, verlief der Beginn der Arzt-Patient-Kommunikation bei P₂ invers, d.h. die Letztere wurde begrüßt, jedoch begann direkt im Anschluss der Austausch von medizinischen Informationen, ohne nach dem Gesundheitszustand von KK₂ gefragt zu haben. A begrüßte P₃ hingegen formell und erkundigte sich nach der Gesundheit von KK₃. In den untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen wurden medizinische Informationen ausgetauscht, die in der zweiten Phase des Gesprächsverlaufs nach Fazekas (2019) subsumiert sind. Die Anliegen der Patientinnen waren sehr unterschiedlich, obwohl es sich in allen Fällen um eine Untersuchung im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms handelte. Im Anschluss auf das Sammeln von Informationen folgte die körperliche Untersuchung. Diese verlief bei allen Patientinnen größtenteils gleich. In der nächsten Phase des Gesprächsverlaufs wurden weitere Informationen geteilt, mögliche Therapien und Folgeuntersuchungen geplant. Nach diesen vier Phasen folgte die Beendigung des Gesprächs. Die Arzt-Patient-Kommunikation mit P₁ und P₂ endete mit einer süßen Belohnung für die Kinder, Dankbarkeitsäußerungen und einer formellen Verabschiedung. P₃ äußerte bei der Beendigung des Gespräches ebenfalls ihren Dank, woraufhin A sich von dieser verabschiedete und den Behandlungsraum verließ. Aus den dargelegten Gesprächsabläufen wird ersichtlich, dass jede der untersuchten Arzt-Patient-Gespräche die fünf Phasen nach Fazekas (2019) aufwies.

Um die inhaltlichen Unterschiede in den drei untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen aufzuzeigen, werden nachfolgend die RIAS-Kategorien (siehe Tab. 2) mit den Erklärungen von Kürten & Koller (2008) für die Analyse angewendet. Die drei untersuchten Arzt-Patient-Gespräche unterschieden sich im Hinblick auf die Kategorie „Alltagsgespräch“ maßgeblich, da bei P₁ zum Beispiel auch viele nichtmedizinische Informationen ausgetauscht und Witze gemacht wurden.

Die Kategorie „Positives Gespräch“, zu der Ausdrücke der Übereinstimmung gehören, war in allen Arzt-Patient-Gesprächen sehr präsent. In allen untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen bemühte sich A um die „Einbeziehung der Patientinnen. A fragte die Patientinnen sieben Mal nach ihrer Meinung zu medizinischen Informationen und vorgeschlagenen Behandlungsplänen. Sie stellte die Fragen am Ende des Satzes mit Worten, wie z.B.: „Ok? Gut? In Ordnung?“. Dadurch vergewisserte sich A zum einen, dass die Patientinnen derselben Meinung waren und leitete zum anderen einen Sprecherwechsel ein, um den Patientinnen die Möglichkeit zu geben, sich zum Gesagten zu äußern.

Die Kategorien „Medizinische Fragen“ und „Medizinische Antworten“ kamen in allen Arzt-Patient-Gesprächen sehr häufig vor, da, wie bereits in Kapitel 2 dargelegt, der typische Gesprächsverlauf aus einer Frage-Antwort-Routine besteht. Diese wurde bei allen Gesprächen mit Ausnahme von humorvollen Kommunikationsinhalten größtenteils beibehalten. Die meist gestellten Fragen bezogen sich auf die Kranken- oder Familiengeschichte, Symptome, das körperliche Befinden („?Med“) sowie auf die Medikamenteneinnahme und kommende Therapien („?Thera“), welche mit ebensolchen Gesprächsinhalten („Gives-Med“ und „Gives-Thera“) beantwortet wurden.

Bei der Entscheidungsfindung übte A nur zwei Mal „Einfluss auf die Patientinnen“ aus.. Die Patientinnen sowie deren Kinder wurden im Rahmen der Untersuchung häufig aufgefordert, etwas zu tun. Beide Voruntersuchungen bestanden primär aus Anweisungen seitens der Ordinationshilfen und aus Übereinstimmung der Patientinnen. A hingegen gab nur wenige Anweisungen, da während des Arzt-Patient-Gesprächs die Position der Kleinkinder nicht mehr verändert wurde.

Die letzte RIAS-Kategorie ist das „Gespräch auf Gefühlsebene“. A nahm in allen untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen Rücksicht auf die Gefühle ihrer Patientinnen. Der Optimismus von A wirkte sich in den beschriebenen Situationen sehr positiv auf das Gesprächsklima aus. Die Patientinnen wirkten zufriedener und reagierten meist mit einem Lächeln.

Aus den oben angeführten Beispielen wird ersichtlich, dass in der beobachteten Arzt-Patient-Kommunikation eine „wechselseitige Beeinflussung“ (Kürten und Koller 2008: 40) herrscht. Das bedeutet, dass A und ihre Ordinationshilfen Besorgnis der Patientinnen mit empathischen Aussagen kommentierten. Auf Witze wurde mit Lachen reagiert und auf Fragen folgten Antworten. Die wechselseitige Beeinflussung der Gesprächsteilnehmerinnen und das Eingehen auf die Gefühle deuten auf eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation hin (vgl. ebd.: 40f.).

Unabhängig von den inhaltlichen Unterschieden in den drei Arzt-Patient-Gesprächen ging A bei allen Patientinnen auf deren Wünsche und Bedürfnisse ein und zeichnete sich somit durch patientenorientiertes Handeln aus. Im Hinblick auf die in Kapitel 2.2 angeführten Ebenen der Gesprächsqualität nach Sator et al. (2015) stand die psychosoziale Ebene bei A stark im Vordergrund.

Die Alltagsgespräche mit P₁ oder das Beenden der Arzt-Patient-Kommunikation durch P₃ verdeutlichten, dass A genügend Zeit für ihre Patientinnen hatte. Sie hetzte diese nicht und hörte ihnen stets zu. Zudem ermöglichte sie durch das Fragen nach der Meinung und kurze Pausen häufige Sprecherwechsel. Indem sie P₁ anbot, sich bei möglichen Komplikationen zu

melden, signalisierte sie ihre Erreichbarkeit und Menschlichkeit. Mit den Belohnungen für die Kinder stimmte sie alle Gesprächsteilnehmerinnen positiver. All diese Eigenschaften von A entsprechen den in Kapitel 2.4 genannten Erwartungen der PatientInnen nach Schaller und Baller (2008).

Aus den Arzt-Patient-Gesprächen geht hervor, dass die medizinisch-inhaltliche Ebene (vgl. Sator et al. 2015) grundsätzlich erfüllt wurde. A beantwortete den Großteil aller medizinischen Fragen ihrer Patientinnen und gab diesbezüglich klinisch relevante Auskunft.

Die sprachlich-interaktive Ebene war in allen Gesprächen gelungen. Es wurden nicht nur Fachinhalte, sondern auch Haltungen und Einstellungen ausgetauscht sowie Emotionen vermittelt. A diskutierte mit ihren Patientinnen, gab ihnen Ratschläge und ging auf deren Gefühlslage ein. Ihre Sprachkompetenzen waren für diese Ebene geeignet.

Auf der Ebene des Gesprächssettings gibt es im Hinblick auf die Raumaufteilung Verbesserungsbedarf. In Behandlungsraum 1 standen der Schreibtisch und der Computer seitlich von der Behandlungsliege 1, wodurch A, während sie tippte, P₁ nicht sehen konnte. Sie musste sich immer wieder zu P₁ drehen, um direkten Augenkontakt herzustellen. Im Behandlungsraum 2 war die Positionierung des Computers sehr ungünstig, da A mit dem Rücken zu P₂ und P₃ saß, während sie tippte. Wenn kein direkter Blickkontakt herrschte, verstanden sich die Gesprächsteilnehmerinnen teilweise nicht. Durch Störfaktoren, wie z.B. ein weinendes Kleinkind, wurde die Akustik aufgrund der Sitzordnung zusätzlich verschlechtert. Die untersuchten Arzt-Patient-Gespräche verdeutlichten den hohen Stellenwert einer guten Raumaufteilung. Um optimale Gesprächsbedingungen zu gewährleisten, sollte die Positionierung der Schreibtische und Computer direkten Blickkontakt mit den PatientInnen ermöglichen.

In Kapitel 2.3 wurde bereits argumentiert, dass gelungene Kommunikation und ein guter Umgang mit Emotionen einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung haben und damit gegenseitige Sympathie einhergeht. Bei der ersten Arzt-Patient-Kommunikation war klar erkennbar, dass P₁ und A sich mochten. Es herrschte ein durchwegs freundliches Gesprächsklima, es wurden Alltagsgespräche geführt, Witze gemacht und A bot P₁ Hilfe an. Beide Gesprächsteilnehmerinnen wirkten bei der Untersuchung wie Bekannte. Als A den Behandlungsraum betrat, nannte sie den Namen von KK₁, ohne diesen im Computer nachgeschaut zu haben. Sie begrüßte P₁ nicht formell, wodurch die Arzt-Patient-Kommunikation wie eine Fortsetzung von früheren Untersuchungen wirkte. Es ist daher anzunehmen, dass die Gesprächsroutine in Verbindung mit gegenseitiger Sympathie die Arzt-Patient-Beziehung zwischen A und P₁ verbessert und somit zu einer höheren Patientenzufriedenheit führt (vgl. Hall et al. 2002: 70).

Gesprächsroutine war bei P₂ bereits in der Voruntersuchung erkennbar, indem sie die

Anweisungen von O_T zügig und ohne Rückfragen ausführte. Nach der Voruntersuchung legte P₂ KK₂ auf Behandlungsliege 1, ohne dazu aufgefordert worden zu sein, und wartete auf A. Sie schien den Untersuchungsablauf gut gekannt zu haben. Als A den Behandlungsraum betrat, wurde, ähnlich wie bei P₁, ein früheres Arzt-Patient-Gespräch wegen einer Erkrankung von KK₂ fortgesetzt. Die beiden Gesprächsteilnehmerinnen bemühten sich scheinbar seit längerer Zeit, gemeinsam die Genesung von KK₂ herbeizuführen. A unterstützte P₂ dabei nicht nur mit medizinischer Auskunft, sondern auch mit emotionalem Beistand, wodurch die Arzt-Patient-Beziehung gestärkt wurde.

Bei P₃ hingegen war mangelnde Gesprächsroutine vor allem bei der Voruntersuchung erkennbar. Sie schien die genauen Abläufe nicht gekannt bzw. diese vergessen zu haben, weil sie einmal diesbezüglich bei O_Ö nachfragen musste. P₃ sah O_Ö zudem genauer bei der Untersuchung zu und führte ihre Anweisungen langsamer aus. Bei der Arzt-Patient-Kommunikation merkte man Unterschiede in der Vertrautheit zwischen A und P₃ im Vergleich zu den vorigen Patientinnen. Es wurden keine persönlichen Themen ausgetauscht, Alltagsgespräche geführt oder Witze gemacht. Die Arzt-Patient-Kommunikation wirkte wie ein neutrales Gespräch zwischen zwei fremden Personen, weswegen geschlussfolgert werden kann, dass die Beziehung zwischen A und P₃ nicht so gut ist wie jene zwischen A und P₁. Da jedoch P₁ schon seit vielen Jahren eine Patientin von A ist und P₃ erst das dritte Mal die Ordination von A aufsuchte, ist zu vermuten, dass die Beziehung zwischen A und P₃ im Laufe der Zeit persönlicher wird.

Kürten und Koller (2008) argumentierten, dass die Häufigkeit der Arztbesuche einen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung hat. Bei einer Erstuntersuchung kann noch kein Vertrauensverhältnis zwischen den GesprächsteilnehmerInnen aufgebaut werden, da der Austausch von medizinischen Inhalten im Vordergrund steht. Psychosoziale Inhalte werden erst in späteren Arzt-Patient-Gesprächen vermehrt ausgetauscht, weswegen sich auch die Arzt-Patient-Beziehung und die Patientenzufriedenheit im Laufe der Zeit entwickeln (vgl. ebd.: 48).

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, die Arzt-Patient-Kommunikation auf ihr Gelingen und die damit verbundene Zufriedenheit der Patientinnen zu untersuchen. Dafür wurden Interviews mit den Patientinnen durchgeführt. Bevor jedoch die Diskussion der Interviewergebnisse folgt, soll das in Abb. 3 vorgestellte Modell von Angelelli (2004) auf die Gesprächsteilnehmerinnen der Arzt-Patient-Kommunikation übertragen werden.

Die untersuchten Arzt-Patient-Gespräche fanden teilweise zwischen mehr als drei Parteien statt, was zu einer größeren kulturellen Vielfalt als jener im Modell von Angelelli (2004) führte. Bevor es zur Arzt-Patient-Kommunikation an sich kam, kommunizierten die Patientinnen mit einer der vier Ordinationshilfen am Empfang. Danach wurden die Patientinnen in einen

Behandlungsraum aufgerufen, in welchem die Kleinkinder durch eine Ordinationshilfe allgemein untersucht wurden. Die angestellten Ordinationshilfen hatten unterschiedliche Wurzeln (österreichisch, polnisch, türkisch) und sprachen mit den Patientinnen bei der Voruntersuchung auf Deutsch. Bei zwei von drei Arzt-Patient-Gesprächen war je eine der Ordinationshilfen anwesend, wodurch sich bei der Arzt-Patient-Kommunikation mit P₁ und P₂ je fünf Personen im Behandlungsraum befanden. Obwohl soziale, kulturelle und sprachliche Unterschiede zwischen den Gesprächsteilnehmerinnen vorherrschten, gelang die Kommunikation dank der Sprach- und Kulturkompetenzen von A. Das bestätigten die Patientinnen in den Interviews. Sie bewerteten die Arzt-Patient-Kommunikation als gelungen und meinten, sprachliche Fehler sowie der Akzent von A würden sie nicht stören. Es wurden alle Kommunikationsinhalte verstanden und die Patientinnen seien laut eigenen Angaben mit der Kommunikation zufrieden gewesen. Das bedeutet, dass sprachlicher Korrektheit ein geringerer Stellenwert als fachlicher und sozialer Kompetenz sowie Empathie in der Arzt-Patient-Kommunikation beigemessen wird. An dieser Stelle soll auch auf die korrekte und häufige Verwendung von Diminutiven (siehe Kapitel 4.1) durch A hingewiesen werden. Diese ist ein Anzeichen für ein sehr gutes Sprachgefühl und fortgeschrittene Sprachkompetenzen. A ist sich scheinbar über den Stellenwert der Diminutive in der polnischsprachigen Kommunikation mit Kindern bzw. über Kinder bewusst und wendet diese gezielt an, um Gefühle, wie z.B. Freundlichkeit und Herzlichkeit, noch wirkungsvoller zu vermitteln.

Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation kann zusätzlich auf die realistischen Erwartungen der Patientinnen zurückgeführt werden. P₁ gab an, dass sie bei Sprachfehlern verständnisvoll sei, da sie selbst mit Grammatikfehlern und einem starken Akzent in der deutschen Sprache zu kämpfen habe. Sie würde daher von A keinesfalls Sprachkompetenzen auf Muttersprachenniveau erwarten. P₂ gab ebenfalls an, dass sie zwar einen Unterschied zwischen der Arzt-Patient-Kommunikation mit A und jener mit MuttersprachlerInnen oder DolmetscherInnen merke, doch schraube sie diesbezüglich ihre Erwartungen zurück und passe sich an die Gegebenheiten an, indem sie z.B. öfter Rückfragen stelle. P₃ bewundere A sogar für ihre Sprachkompetenzen. Durch die realistischen Erwartungen der Patientinnen wird A bei Sprachfehlern großes Verständnis entgegengebracht. Zusätzlich verbindet die Gesprächsteilnehmerinnen der Fremdsprachenerwerb. Jede der Gesprächsteilnehmerinnen weiß, was es bedeutet, eine neue Sprache zu lernen und welche Schwierigkeiten damit einhergehen. Diese Gemeinsamkeit und das Bewusstsein für Sprachen könnten Einfluss auf die durchwegs positive Bewertung der Arzt-Patient-Kommunikation gehabt haben. Zudem ist anzumerken, dass die Ansprüche an eine in Österreich praktizierende Ärztin, die Polnisch als Fremdsprache erlernte, nicht dieselben sein

sollten wie solche, die an MuttersprachlerInnen gestellt werden.

Die Patientinnen gaben im Interview an, die Sprachkompetenz von A sei der primäre Grund für die Ärzewahl gewesen. Sie äußerten ihren Dank für die Möglichkeit, sich mit A in der eigenen Muttersprache verständigen zu können. Für die Patientinnen schien es nicht selbstverständlich zu sein, in Österreich ohne gute Deutschkenntnisse erfolgreich kommunizieren zu können. P₁ gab an, dass ihr Deutsch mittlerweile vermutlich gut genug für eine deutschsprachige Arzt-Patient-Kommunikation sei, doch bevorzuge sie die eigene Muttersprache. Außerdem ziehe sie bei besonders wichtigen Gesprächen sicherheitshalber eine Dolmetscherin bei. In Kapitel 1 wurde dieses Verhalten bei AusländerInnen beschrieben (vgl. Meyer 2009: 141). P₂ gab an, dass für sie die Polnischkenntnisse von A im ersten Jahr ihres Aufenthaltes in Österreich sehr wichtig gewesen seien, da sie sonst immer DolmetscherInnen engagieren hätten müssen. Für P₃, die laut eigenen Angaben erst seit kurzem in Österreich lebt und kaum Deutsch spreche, sei die Kommunikation auf Polnisch unerlässlich. A erleichtert ihren PatientInnen daher besonders in den ersten Jahren nach der Einwanderung den direkten Zugang zum Gesundheitswesen.

Im Hinblick auf Erfahrungen mit DolmetscherInnen erzählten die Patientinnen, dass sie durchwegs zufrieden mit der Leistung von DolmetscherInnen gewesen seien. P₁ habe von Anfang an ausschließlich professionelle DolmetscherInnen engagiert, weil sie dadurch die bestmögliche Qualität sicherstellen wollte. Sie schien über die Unterschiede zwischen professionellen und nicht-professionellen DolmetscherInnen Bescheid zu wissen. P₁ erklärte, dass in wichtigen Angelegenheiten bei der Qualität der Kommunikation nicht gespart werden solle. Sie entscheide sich jedoch in weniger wichtigen Situationen, in denen ihre Deutschkenntnisse ausreichen, aus Kostengründen gegen DolmetscherInnen. P₃ könne sich laut eigenen Angaben nur selten eine/n DolmetscherIn leisten, weswegen sie sich primär auf Englisch verständige. Ob die von P₃ engagierte Dolmetscherin eine einschlägige Ausbildung absolviert hatte, ging aus dem Interview nicht hervor. P₂ gab an, sie merke zwar einen Unterschied zwischen der Leistung von professionellen und nicht-professionellen DolmetscherInnen, entscheide sich jedoch aus Kostengründen für die Letzteren. Daraus kann geschlossen werden, dass für alle Patientinnen der Kostenfaktor eine wichtige Rolle spielt und auf dieser Grundlage über die Qualität der Kommunikation im Gesundheitswesen entschieden wird. Menz et al. (2013) argumentieren, dass Sprachbarrieren und damit verbundener Informationsmangel Hindernisse für die Partizipation im Gesundheitswesen darstellen (vgl. ebd.: 20). Das bedeutet, dass den Patientinnen durch deren eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten der Zugang zum Gesundheitswesen erschwert gewesen wäre, hätten sie mit A nicht direkt in der eigenen Muttersprache

kommunizieren können.

Trotz positiver Bewertungen der Gesprächsqualität gaben die Patientinnen an, sie hätten das Gespräch mit einem/einer professionellen DolmetscherIn bevorzugt. Dieser Wunsch kann auf die durchwegs guten Erfahrungen der Patientinnen mit DolmetscherInnen zurückgeführt werden. Genannte Argumente, die für DolmetscherInnen sprachen, waren vor allem die Vermeidung von Missverständnissen und die Gewährleistung von einwandfreier Kommunikation. An dieser Stelle ist auf Kapitel 1 zu verweisen, in dem argumentiert wurde, dass auch bei Personen mit derselben Muttersprache Kommunikationsprobleme entstehen können (vgl. Menz et al. 2013: 17f.). DolmetscherInnen sind keine „Sprachrohre“, die makellose Kommunikation ermöglichen, sondern laut Angelelli (2004) zusätzliche GesprächsteilnehmerInnen, die ihre eigenen Ansichten, Überzeugungen sowie kulturellen Normen nicht vollständig ausblenden können (vgl. ebd.: 26). Zwar sind DolmetscherInnen für das Sprach- und Kulturmitteln zuständig, doch sind sie keinesfalls ein Garant für fehlerfreie Kommunikation, sofern so etwas überhaupt möglich ist. Das bedeutet, dass die Erwartungen der Patientinnen an DolmetscherInnen zu optimistisch waren.

P1 erklärte, dass sie eine/n DolmetscherIn bevorzugen würde, weil A dann mehr Zeit für sie hätte. Diese Argumentation ist jedoch paradox. Gedolmetschte Gespräche sind typischerweise länger, denn es müssen alle Gesprächsinhalte in derselben Zeit, die für PatientInnen eingeplant ist, gedolmetscht werden (vgl. Stanek 2020: 34). In diesem Fall ist nicht die Dauer der Arzt-Patient-Kommunikation, sondern viel mehr die Menge oder die Qualität der ausgetauschten Kommunikationsinhalte von Bedeutung. Die Argumentation von P1 ist dementsprechend eine Fehlannahme.

Ein weiterer Grund, der laut Angaben von P1 und P3 für DolmetscherInnen sprach, war die Möglichkeit, Fragen an diese stellen zu können. Sie sehen in DolmetscherInnen Auskunftspersonen, die nicht nur Sprach- und Kulturmitteln, sondern auch nach der Arzt-Patient-Kommunikation zur Verfügung stehen, um z.B. etwas Gesagtes zu wiederholen oder genauer zu erklären. Das bestätigt den in Kapitel 3 besprochenen Zuständigkeitsbereich von im Gesundheitswesen tätigen DolmetscherInnen. Diesen werden wesentlich mehr Rollen zugeschrieben als nur jene der SprachmittlerInnen.

P2 erzählte, sie würde eine/n DolmetscherIn bevorzugen, um Gewissheit über das Gelingen des Informationsaustausches mit A zu haben. Sie fügte jedoch hinzu, dass dieser Grund den Mehraufwand nicht wert wäre, da die Arzt-Patient-Kommunikation mit A ohnehin gut funktioniere. Ein/e DolmetscherIn wäre für sie vielmehr ein Bonus als eine Notwendigkeit bei der Arzt-Patient-Kommunikation.

P3 äußerte die Vermutung, dass sich alle AusländerInnen mit DolmetscherInnen sicherer fühlen würden. Diese Aussage deutete auf Unsicherheiten bei transkultureller Kommunikation und das Bedürfnis nach sprachlicher Unterstützung hin. Sie schätze jedoch auch die direkte Kommunikation mit A und die polnische Atmosphäre in der Kinderarztpraxis.

Der von den Patientinnen geäußerte Wunsch nach DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation mit A wirkte widersprüchlich. Einerseits nannten sie Gründe, die für DolmetscherInnen sprachen, andererseits erklärten sie, warum diese doch nicht notwendig wären und was sie an der direkten Kommunikation mit A schätzten. Wie bereits oben festgestellt, ist der Wunsch vermutlich auf gute Erfahrungen mit DolmetscherInnen sowie auf das Bedürfnis nach zusätzlicher Absicherung zurückzuführen.

Die Meinung von A betreffend DolmetscherInnen unterscheidet sich von jener der Patientinnen. Sie habe laut eigenen Angaben schlechte Erfahrungen mit privat engagierten DolmetscherInnen⁵ gemacht, weswegen ihr die direkte Kommunikation mit ihren PatientInnen sehr wichtig sei. Werden DolmetscherInnen dennoch zur Arzt-Patient-Kommunikation beigezogen, so seien für A die Eigenschaften Neutralität, Vertrauenswürdigkeit und Unparteilichkeit unerlässlich, da sie anhand der Dolmetschleistung eine Untersuchung durchführen, eine Diagnose stellen und eine Therapie planen müsse. A schien die Abhängigkeit von DolmetscherInnen als unangenehm zu empfinden.

Ihren Ordinationshilfen, die zum Teil zum Dolmetschen beigezogen werden, vertraue A hingegen vollkommen. In Kapitel 3.4 wurde bereits argumentiert, dass Sprachkompetenzen allein eine Person nicht zum Dolmetschen befähigen. In diesem Fall kennen die Ordinationshilfen die Gesprächsabläufe und die Terminologie durch die Arbeitsroutine gut, doch können solche Situationen überfordernd für sie wirken. Abgesehen davon haben sie keine einschlägige Ausbildung genossen, um die notwendigen Dolmetschkompetenzen zu erlangen. Dasselbe gilt für die im Interview mit A genannten Familienangehörigen oder PatientInnen im Warteraum, die bei Bedarf zum Dolmetschen beigezogen werden. A fügte hinzu, dass sie seit der Verschärfung der Datenschutzrechte keine fremden Personen mehr ad hoc zum Dolmetschen erlaube.

Laut Angaben von A würden am häufigsten Kinder für ihre Eltern dolmetschen. Deren Dolmetschleistung bewertete A mit den Worten „besser als nichts“, was ein Indiz für mangelnde Gesprächsqualität, die mit Risiken einhergeht, darstellt (siehe Kapitel 1). In der vorliegenden Masterarbeit wurde mehrmals der Stellenwert von gelungener Arzt-Patient-Kommunikation unterstrichen, sodass die Bewertung „besser als nichts“ als unzufriedenstellend zu

⁵ Aus dem Interview ging nicht hervor, ob es sich bei den DolmetscherInnen um professionelle DolmetscherInnen handelte.

beurteilen ist.

A merkte an, dass bei besonders schwierigen und psychisch belastenden Kommunikationsinhalten professionelle DolmetscherInnen notwendig seien. Diese Aussage ist grundlegend richtig, doch müsste zuerst geklärt werden, ab wann Kommunikationsinhalte als belastend oder anspruchsvoll gelten. Das Ziel sollte daher nicht sein, professionelle DolmetscherInnen ausschließlich bei schwierigen Themen beizuziehen, sondern bei jeder Arzt-Patient-Kommunikation hohe Gesprächsqualität sicherzustellen, denn bereits bei Routineuntersuchungen können falsch bzw. nicht gedolmetschte Aussagen gravierende Auswirkungen auf die Diagnose haben.

Die Angaben von A sind daher mit den in Kapitel 3.1 genannten Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren vergleichbar. A stellte fest, dass bei der Arzt-Patient-Kommunikation vorrangig Familienangehörige zum Dolmetschen beigezogen werden. Andere Mittel, die bei der Kommunikation mit Anderssprachigen Anwendung finden, seien zum Beispiel die Verständigung mit Händen und Füßen. Professionelle DolmetscherInnen hingegen werden am seltensten zu transkultureller Kommunikation beigezogen (vgl. Abb. 2).

A gab an, dass sie sich im Berufsalltag häufiger in Fremdsprachen als in der eignen Muttersprache verständige. Mit der Beschreibung ihrer Berufserfahrungen, bestätigte A den hohen Bedarf an transkultureller Kommunikation im Gesundheitswesen und den relativ niedrigen Stellenwert, der professionellen DolmetscherInnen in der Gesellschaft beigemessen wird, da nach wie vor primär nicht-professionelle DolmetscherInnen beigezogen werden.

Im Rahmen dieser Masterarbeit sollte der Frage nachgegangen werden, ob A durch ihre Fremdsprachenkompetenzen professionelle DolmetscherInnen erfolgreich bei der Arzt-Patient-Kommunikation „ersetze“. Im Hinblick auf die Sprachkompetenzen bestehen zwischen professionellen DolmetscherInnen und A die vermutlich größten Unterschiede. Zwar unterlaufen DolmetscherInnen ebenfalls Sprachfehler, doch nicht in demselben Ausmaß wie bei A. Darüber hinaus sind die Kulturkompetenzen von A nicht mit solchen von professionellen DolmetscherInnen vergleichbar. A unternahm zwar Kurzreisen nach Polen, um die Landeskultur kennenzulernen, doch sind professionelle DolmetscherInnen KulturexpertInnen. Zum Beruf von DolmetscherInnen gehört die aktive Auseinandersetzung mit Sprache und Kultur. Zudem sind Landes- und Kulturkunde wichtige Bestandteile des Bachelorstudiums Transkulturelle Kommunikation (vgl. Curriculum 2020) und des Masterstudiums Translation (vgl. Curriculum 2017) an der Universität Wien. Es gilt daher abzuwägen, ob sehr gute Sprach- und Kulturkompetenzen in dieser speziellen Situation notwendig sind. Da die polnischsprachigen PatientInnen von A durch das Auswandern mit einer fremden Sprache und Kultur in Berührung gekommen sind, ist anzunehmen, dass sie ein Bewusstsein für die damit verbundenen Unterschiede entwickelt

haben. Sie sind durch den eignen Fremdsprachenerwerb möglicherweise toleranter und verständnisvoller bei Sprachfehlern, weil sie sich in die Situation von A hineinversetzen können. Ausländische PatientInnen würden bei A vermutlich keine landestypischen Sprichwörter verwenden oder geschichtlichen Witze machen, sondern versuchen, die Kommunikation so zielgerecht und unkompliziert wie möglich zu führen. Dasselbe gilt für A, die beim täglichen Kontakt mit Anderssprachigen Empathie und Geduld zeigt, um bestmögliche Bedingungen für transkulturelle Kommunikation zu schaffen.

Es könnte aus der vorhergehenden Argumentation geschlussfolgert werden, dass sehr fortgeschrittene Sprach- und Kulturkompetenzen für das Gelingen der Arzt-Patient-Kommunikation nicht zwingend notwendig sind. Das wird durch den großen Patientenstamm von A und die Zufriedenheit der befragten Patientinnen bestätigt. Zwar würden professionelle DolmetscherInnen positiv zur Gesprächsqualität beitragen, doch sind diese, wie bereits in den Patienteninterviews festgestellt, keine Voraussetzung für das Gelingen von transkultureller Arzt-Patient-Kommunikation.

Aus der durchgeführten Fallstudie geht jedoch eindeutig hervor, dass A die Benachteiligung von Nicht-deutschsprachigen im österreichischen Gesundheitswesen und das Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen, die mit zusätzlichen Kosten und Mehraufwand verbunden sind, durch den Fremdsprachenerwerb minimiert. Sie trägt dadurch positiv zum Gesundheitszustand von anderssprachigen PatientInnen bei.

Der Fremdsprachenerwerb mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation von A zeigt somit eine zusätzliche Möglichkeit auf, Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu überwinden. Ziel dieser Arbeit war es jedoch nicht, ÄrztInnen die Verantwortung für das Gelingen von transkultureller Kommunikation ohne DolmetscherInnen zuzuschreiben, sondern vielmehr diese zusätzliche Option der Verständigung aufzuzeigen und zu analysieren, die den direkten Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich für Anderssprachige ermöglicht bzw. erleichtert.

Bibliografie

- Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.) (2009) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich: Is everything all topsy-turvy in your tummy? Health Care Interpreting*. München: Meidenbauer.
- Angelelli, Claudia V. (2004) *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bahadir, Sebnem. (2003) „Multiple Identitäten“ – Wer oder Was ist eine Türkin? Möglichkeiten und Grenzen des Kulturmittels. In: Pöllabauer & Prunč (Hg.), 59-80.
- Borowski, Damaris; Koreik, Uwe; Ohm, Udo; Riemer, Claudia; Rahe-Meyer, Niels. (2019) Informed consent at stake? Language barriers in medical interactions with immigrant anaesthetists: a conversation analytical study. *BMC Health Services Research* 19, 1-10.
- Bowen, Margareta (2003) Community Interpreting. In: M. Snell-Hornby; H. G. Hönl; P. Kußmaul & P.A. Schmitt (Hg.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg, 319-321.
- BMGF (2016): *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Wien.
- BMSGPK (2020) Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen des Kindes. https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt/3/Seite.082211.html (Stand: 14.03.2020)
- Bromme, Rainer; Jucks, Regina; Rambow, Riklef (2004) Experten-Laien- Kommunikation im Wissensmanagement. In: Reinmann, Gabi; Mandl, Heinz (Hg.): *Psychologie des Wissensmanagements. Perspektiven, Theorien und Methoden*. Göttingen: Hogrefe. 167–188.
- Certyfikat Polski. System certyfikacji. <http://certyfikatpolski.pl/system-certyfikacji/o-jezyku-polskim/>. (Stand:12.06.2020)
- Curriculum (2020) Bachelorstudium Transkulturelle Kommunikation. https://mtbl.uni-vie.ac.at/storage/media/mtbl02/2019_2020/2019_2020_79.pdf (Stand: 02.06.2020)

- Curriculum (2017) Masterstudium Translation. https://senat.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/s_senat/konsolidierte_Masterstudien/MA_Translation_Juni2018.pdf (Stand: 02.06.2020)
- Egger, Ingrid & Wedam, Uta (2003) Eure Sprache ist nicht meine Sprache. „Übersetzen“ – Psychotherapie mittels Dolmetscherinnen. In: Pöllabauer & Prunč (Hg.), 83-92.
- Europäischer Referenzrahmen. Sprachniveau. <https://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php> . (Stand: 08.04.2020)
- Fazekas, Christian (2019) Gesprächsführung in der Medizin. *Österreichische Ärztezeitung* 10, 26-32.
- Forum Polonia. Geschichte der Polen in Österreich. <http://forumpolonii.at/de/ueber-uns-2/geschichte-der-polen-in-oesterreich/> (Stand:13.06.2020)
- Froschauer, Ulrike & Lueger, Manfred (²2020) *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: Facultas.
- Glanzer, Edith (2003) Geleitwort: Was wir dringend benötigen. In: Pöllabauer & Prunč (Hg.), 13-14.
- Gonzales-Nava, Sandra (2009) Das Gespräch als Qualitätsfaktor der Behandlung. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 71-84.
- Gumperz, John (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greve, Werner & Wentura, Dirk (²1997). *Wissenschaftliche Beobachtung. Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ha, Jennifer Fong & Longnecker, Nancy (2010) Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner journal* 10, 38-43.
- Hale, Sandra (2015) Community Interpreting. In: Pöchlhammer (Hg.) (2015), 65-69.
- Hoffmann, Lothar (³1987). *Kommunikationsmittel Fachsprache: Eine Einführung*. Berlin: Akademie Verlag.
- Kadrić, Mira; Kaindl, Klaus; Cooke Michèle (2012) *Translatorische Methodik - Basiswissen Translation*. Wien: Facultas.

- Kletečka-Pulker, Maria & Parrag, Sabine (2015) *Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen*. Wien: Universität Wien.
- Koecke, Bernadette Maria Luise (1994) *Diminutive im polnisch-deutschen Übersetzungsvergleich. Eine Studie zu Divergenzen und Konvergenzen im Gebrauch einer variierenden Bildung*. München: Sagner.
- Kürten, Juliane & Koller, Michael (2008). *Das Aufklärungsgespräch vor Strahlentherapie - eine qualitative und quantitative Analyse der Arzt-Patienten-Interaktion mit Hilfe des Roter Interaction Analysis System (RIAS)*. Marburg: Philipps-Universität Marburg.
- Labov, William (1972) *Sociolinguistic Patterns*. Oxford: Blackwell.
- Medonline (2015) Videodolmetscher in der Kassen-Ordination.
<https://medonline.at/wirtschaft/digital/n/2015/164399/video-dolmetscher-in-der-kassen-ordination/> (Stand: 21.02.2020).
- Meerwein, Fritz (1998) *Das ärztliche Gespräch: Grundlagen und Anwendungen*. Bern: Hans Huber Bern.
- Menz, Florian (2010) Doctor-Patient Communication. In: Wodak, Ruth, Johnstone, Barbara; Kerswill, Paul (Hg.). *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. London: Sage. 330-344.
- Menz, Florian (2011) Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger (Hg.), 225-235.
- Menz, Florian; Reisigl, Martin & Sator, Marlene (2013) Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz, Florian (Hg.) *Migration und medizinische Kommunikation: Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*. Göttingen: V&R unipress.
- Meyer, Bernd (2009) Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres & Pöllabauer (2009), 139-157.
- Mossakowski, Jan (2016) *Sprachensteckbrief Polnisch*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Mußmann, Jörg (2012) *Inklusive Sprachförderung in der Grundschule. Material 2: Sprachliche Besonderheiten bei Zweisprachigkeit*. München: Ernst Reinhardt.

- Peintinger, Michael (Hg.) (2011) *Interkulturell kompetent: ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas.WUV
- Pöchhacker, Franz (2000a) Language barriers in Vienna hospitals, *Ethnicity & Health* 5, 113-119.
- Pöchhacker, Franz (2000b) *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und Deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (Hg.) (2015) *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London & New York: Routledge.
- Pöllabauer, Sonja (2002) Community Interpreting als Arbeitsfeld – Vom Missionarsgeist und von moralischen Dilemmata. In: Best, Joanna & Kalina, Sylvia. *Übersetzen und Dolmetschen*. Tübingen: A. Francke. 286-298.
- Pöllabauer, Sonja (2003) Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich – eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: Pöllabauer & Prunč (Hg.), 17-35.
- Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.) (2003) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft.
- Polnisches Institut. Polnischkurse. <https://instytutpolski.pl/wien/polnische-sprache/polnisch-kurse-des-polnischen-instituts/>. (Stand: 13.06.2020)
- Reisinger, Ann M. (2003) Wie verbessert man die sprachliche und interkulturelle Kommunikation im Kranken- und Gesundheitswesen in einer Gesellschaft mit wachsender Migration und kultureller Vielfalt? In: Pöllabauer & Prunč (Hg.), 127-140.
- Roter, Debra L. & Hall, Judith A. (2006) *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors. Improving Communication in Medical Visits*. Westport, Conn.; London: Praeger.
- Roter, Debra L.; Frankel, Richard M.; Hall, Judith A.; Sluyter, David (2006) The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. mechanisms and outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 21, 28-34.
- Roter, Debra L.; Larson, Susan M.; Beach, Mary Catherine; Cooper, Lisa A. (2008) Interactive and evaluative correlates of dialogue sequence: A simulation study applying the RIAS to turn taking structures. *Patient Education and Counseling* 71 (1), 26-33.

- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015) *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Schaller, Bernhard & Baller, Gaby (2008) Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität. *Das Krankenhaus* 2, 140-142.
- Stanek, Małgorzata (2020) Gelingende Kommunikation trotz Sprachbarrieren. *Die Hebamme* 33, 32-40.
- Statistik Austria (2020) Anteil der Ausländer an der Bevölkerung in Österreich von 2010 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293102/umfrage/auslaenderanteil-in-oesterreich/> (Stand: 12.02.2020).
- Statistik Austria (2020) Anzahl der Ausländer in Österreich von 2010 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293051/umfrage/auslaender-in-oesterreich/> (Stand: 12.02.2020).
- Statistik Austria (2020) Anzahl der Ausländer in Österreich nach den zehn wichtigsten Staatsangehörigkeiten am 1. Januar 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293019/umfrage/auslaender-in-oesterreich-nach-staatsangehoerigkeit/> (Stand: 15.06.2020)
- St. Anna Kinderspital. VideodolmetscherInnen. <https://www.stanna.at/psychosoziales#DolmetscherInnen> (Stand: 21.02.2020)
- Tebble, Helen (1999) The Tenor of Consultant Physicians. Implications for Medical Interpreting. *The Translator* 5 (2), 179-200.
- Travaline, John M.; Ruchinkas, Robert, D'Alonzo, Gilbert E. (2005) Patient-Physician Communication: Why and How. *The Journal of American Osteopathic Association* 105 (1), 13–18.
- Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Shmied, Hermann; Stidl, Thomas; Nowak, Peter; Bischof, Barbara; Kendlbacher, Bea; Pelikan, Jürgen M. (2004) *Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten. Zusammenfassender Projektbericht*. Wien: BMGF.

Wimmer, Banu (2011) Brücken bauen statt Barrieren – Community Interpreting als Beitrag zur Integration von MigrantInnen in das regionale Gesundheitswesen. In: Peintinger (Hg.), 237-251.

Anhang

Kodierungsregeln nach Kürten und Koller (2008)

1. „Agree“ = Shows Agreement or Understanding	Zeichen des Verstehens, der Übereinstimmung soziale Höflichkeiten und Entschuldigungen, die keine Antwort auf Gefühle des anderen sind negative Ausdrücke der Zustimmung
2. „Approve“ = Shows Approval-Direct	Komplimente, die direkt die andere Person betreffen Zeigen von Dankbarkeit Jegliche Ausdrücke, die Zustimmung, Respekt oder Lob dem anderen gegenüber bringen Äußerung, die positive Gefühle als Antwort auf eine Aussage des anderen beinhaltet Komplimente über eine Sache oder Person, die direkt mit dem Gesprächspartner in Verbindung stehen
3. „BC“ = Back channel (Arzt-Kategorie)	Ausdrücke, die den Sprecher zum Weiterreden ermuntern
4. „*Bezug auf Aussagen Dritter“	Wiederholen von Aussagen Dritter, z.B. auf Stellungnahmen eines anderen Arztes zum medizinischen Problem
5. „Check“ = Paraphrase/Checks for understanding, accuracy, confirmation, clarification	Fragen, die etwas eben Gesagtes reflektieren und so zur Wiederholung oder näheren Erläuterung auffordern Paraphrasieren oder Wiederholen des Gesagten zur Versicherung, ob etwas richtig verstanden wurde Wiederholen von unpräzisen Aussagen z.B. zur Zeit in einer anderen Formulierung Bezug auf schon eine Weile zurückliegend Gesagtes Wiederholen von bekanntem Wissen z.B. aus Akte
6. „Comp“ = Gives Compliment-General	Komplimente über am Gespräch unbeteiligten Personen, soweit diese Aussagen keine emotionalen Folgen im Sinne von Hoffnung für den anderen darstellen und somit in die Kategorie „R/O“ fallen

7. „Concern“ = Shows Concern or Worry	Ereignis, das während des Gesprächs von unmittelbarem Interesse ist aktuelle Besorgnis, die sich nicht auf ein allgemeines Problem oder die Vergangenheit bezieht negative emotionale Beschreibung der gesundheitlichen Situation Entschuldigungen, die als Frage, nicht als Höflichkeitsfloskel verwendet werden Fragen der Besorgnis, in denen der andere als Subjekt fungiert z.B. während der Untersuchung Selbstkritik
8. „Crit“ = Shows Criticism-General	Kritik, Unverständnis, Widerspruch gegenüber am Gespräch unbeteiligten Personen Sarkasmus defensive Aussagen im Bezug auf Dritte
9. „Disapprove“ = Shows Disapproval-Direct	Unstimmigkeit, Kritik, Verneinung, Widerspruch, die direkt die andere Person betreffen Sarkasmus Aussagen der Verteidigung, des Protests
10. „Empathy“	Paraphrasieren, Interpretieren oder Benennen der emotionalen Verfassung des anderen
11. „?Bid“ = Bid for Repetition	Nachfrage, wenn etwas akustisch nicht verstanden wurde
12. „?Opinion“ = Asks for Opinion (Arzt-Kategorie)	Frage nach Meinung, Stellungnahme zur Diagnose, Behandlung, Prognose, Ätiologie Frage nach Erlaubnis
13. „?Reassures“ = Asks for Reassurance	Fragen der Beunruhigung, besonders verdeutlicht durch Tonfall und Intonation, die Rückversicherung fordern
14. „?Understand“ = Asks for Understanding	Frage danach, ob der andere dem Gespräch folgen kann

15. „*Grenzen der Medizin“ (Arzt-Kategorie)	Vermittlung von Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und des medizinischen Wissens
16. „Laughs“ = Laughs, Tell Jokes	Witze machen, den anderen unterhalten, Lachen als Antwort auf Witze
17. „Legit“ = Legitimizes	Ausdrücke, die zeigen, dass Ängste, Verhaltensweisen und Gedanken des anderen normal und verständlich sind Ausdrücke, die generalisieren und normalisieren
18. „Orient“ = Gives Orientation, Instructions	Information, was im folgenden Gespräch oder in der Untersuchung passiert, Leitung der anderen Person Aufforderung, etwas zu tun
19. „Partner“ = Partnership (Arzt-Kategorie)	Aussagen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis bezüglich Therapieplanung, Entscheidungsfindung etc. betonen und häufig „Wir“ beinhalten
20. „Personal“ = Personal Remarks, Social Conversation	Begrüßung und Verabschiedung Antwort auf Begrüßung und freundliche Gesten Gespräch über Wetter, Sport, nicht-medizinische Themen
21. „R/O“ = Reassures, encourages or shows optimism	Ausdrücke, die Optimismus und Hoffnung ausdrücken, sehr persönlich sind und die jetzige Situation von Arzt und Patient betreffen prognostische Aussagen, die emotionale Konsequenzen haben positive emotionale Beschreibung über sich selbst, nahe stehende Personen oder über die medizinische Situation Aussagen, die zum Ausdruck bringen, sich der Gefühle des anderen bewusst zu sein und darauf Rücksicht zu nehmen
22. „Sdis“ = Selfdisclosure (Arzt-Kategorie)	Preisgabe persönlicher Erfahrungen, die bedeutend oder hilfreich für den Patienten sein könnten
23. „*Übertragung von Verantwortung“	Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient mit der Intention der Entscheidungsfreiheit, Eigenverantwortlichkeit Übertragung von Verantwortung von Patient auf Arzt als Zeichen der Überforderung mit dem aktuellen medizinischen Problem oder des Vertrauensbeweises gegenüber dem Arzt

24. „?Med“ = Asks Questions	Fragen nach Kranken- oder Familiengeschichte, vorangegangene Behandlungen, Symptome, Allergien, körperlichem Befinden
25. „?Thera“ = Asks Questions	Fragen zur vergangenen, momentanen oder zukünftigen Medikamenteneinnahme, Behandlungsmaßnahmen und Anpassung der Lebensumstände, die konkret mit der jetzigen Krankheit zu tun haben
26. „*?Therapie-alternativen	Fragen nach Alternativen zur angestrebten Strahlentherapie
27. „*?NW“	Fragen nach möglichen Nebenwirkungen der Therapie
28. „?L/S“ = Asks Questions	Fragen zu Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Diät, Schlaf, Alkohol und Sport, Körperpflege, Familien- und Wohnungssituation, Arbeit, gesundheitliche Präventionen und Krankenversicherung, die nichts mit der aktuellen Krankheit zu tun haben
29. „?P/S-F“ = Asks Questions	Fragen bezüglich Emotionen, Ängste, Sorgen, Gefühle wie Stress und persönliche Vorlieben bzw. Abneigungen, die im jetzigen Gespräch relevant sind
30. „*?Organisation“	Fragen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit z.B. nach Terminen, Fahrmöglichkeiten, anfallende Kosten, Krankenhausaufenthalt etc.
31. „?Other“ = Asks Questions	Fragen zur Klinik und Klinikablauf, Untersuchung, Studie, die nicht in oben genannte Kategorien fallen
32. „Gives-Med“ = Gives Information	Aussagen zu körperlichem Befinden, Symptomen, Diagnosen, Prognosen, vergangene Untersuchungen, Ergebnisse, persönliche und familiäre Krankengeschichte, Allergien Antworten mit „Ja“ oder „Nein“ auf eine Frage mit neuem Informationsgehalt

33. „Gives-Thera“ = Gives Information	Aussagen über den jetzigen oder kommenden Behandlungsplan bezüglich Medikamenteneinnahme, Gespräch über Medikamentenallergien, Krankenhausaufnahme, zukünftige Arzt-Patienten-Termine, geplante Tests Informationen über Medikamenteneinnahmen in der Vergangenheit, nicht jedoch über therapeutische Maßnahmen, diese werden unter „Gives-Med“ kodiert
34. „*Gives-Therapiealternativen“ (Arzt-Kategorie)	Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten
35. „*Gives-NW“	Informationen über mögliche Nebenwirkungen im Bezug auf die angestrebte Therapie Tipps für die akute Behandlung der möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen
36. „Gives-L/S“ = Gives Information	Aussagen zu Lebensgewohnheiten (Schlaf, Diät, Rauchen, Alkohol, Sport), familiäre Situation, Wohnungssituation, Arbeitsplatz und Gesundheitsgewohnheiten, die nichts mit einem spezifischen medizinischen Problem zu tun haben Informationen über medizinische Kosten Medizinische Probleme oder Behandlungen anderer Personen Aussagen dieser Kategorie sind stimmungsneutral.
37. „Gives-P/S“ = Gives Information (Patienten-Kategorie)	Aussagen, die eine psychosoziale Dimension aufweisen (Stress, Gefühle, philosophische Inhalte, medizinische oder therapeutische Informationen mit emotionalen Folgen) Gespräche über Depression, Alkoholismus, Aufmerksamkeitsdefizitstörung und psychoaktive Medikamente, soweit es um deren Wirkung auf den Patienten geht Aussagen dieser Kategorie sind weniger persönlich und intensiv als Aussagen, die in die Kategorien „Reassures, Concern, Approves und Disapproves“ fallen.
38. „**Gives-Organisation“	Aussagen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit bezüglich Terminen, Fahrmöglichkeiten, anfallende Kosten, Krankenhausaufenthalt etc.

39. „Gives-Other“ = Gives Information	Aussagen zu klinischer Bürokratie, Studie, Datum
40. „C-Med/Thera“ = Counsels or Direct Behavior (Arzt-Kategorie)	Aufforderungen/Aufträge zu Medikamenteneinnahmen, zukünftigen Terminen, Tests, Veränderung von Lebensumständen wie z.B. mit dem Rauchen aufhören, Diät ändern etc., die direkt mit dem aktuellen medizinischen Problem assoziiert sind
41. „C-L/S-P/S“ = Counsels or Direct Behavior (Arzt-Kategorie)	<p>Aussagen, die die Intention haben, Verhaltensweisen des anderen zu ändern bezüglich Familie, tägliche Aktivitäten, Arbeit, allgemeine Gesundheitsvorsorge und psychosoziales Denken</p> <p>Aufforderungen zu den Themen Rauchen, Diät, Sport, Gewichtskontrolle, Alkohol und Medikamente, die nicht das aktuelle medizinische Problem betreffen</p> <p>Alle Aussagen des Arztes, die eine psychosoziale Komponente beinhalten.</p>
42. „?Service“ = Request for Services or Medication (Patienten-Kategorie)	Bitten des Patienten an den Arzt, etwas für ihn auszuführen wie z.B. Attest oder Rezept ausschreiben, Blutwerte kontrollieren etc.
43. „*Sonstiges“	Aussagen, die in keine der oben genannten Kategorien fallen Gespräche mit weiteren Personen

Einwilligungserklärung



Zentrum für Translationswissenschaft

Einwilligungserklärung für Bild- und Tonaufnahmen

Ich _____

bin mündlich von _____ darüber informiert worden, dass im Rahmen ihrer Masterarbeit eine Video-, Bild-, Tonaufnahme gemacht wird.

Ich bin darüber informiert, dass die Aufzeichnung und Auswertung Video-, Bild-, Tonaufnahme **anonymisiert** erfolgt, d. h. unter Verwendung eines persönlichen Codewortes. Die Aufnahmen sind nur der Versuchsleiterin zugänglich und werden **nach Abschluss der Datenerhebung gelöscht**. Die Aufnahme wird von der Versuchsleiterin ausgewertet, die der Schweigepflicht unterliegt und keine vertraulichen Informationen weitergibt.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Die Video-, Bild-, Tonaufnahme wird in einem verschlossenen Safe aufbewahrt.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Aufnahmen bin ich einverstanden.

JA NEIN.

Die Einverständniserklärung für die Video-, Bild-, Tonaufnahme ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum & Unterschrift der Teilnehmerin
Druckschrift:

Name der Teilnehmerin in

Ort, Datum & Unterschrift der Versuchsleiterin:
Druckschrift:

Name der Versuchsleiterin in

Abstract

Background: Successful doctor-patient communication presupposes a shared language. In multicultural cities like Vienna, health service providers often encounter language barriers. As the use of professional interpreters is often not a viable option, and patients tend to overestimate their foreign language skills, there is a high risk of inefficient communication and miscommunication. The present study analyses one possible solution – the case of an Austrian paediatrician who learned Polish for use in clinical communication. The study investigates the impact of the doctor’s grammar errors, accent and limited vocabulary on the interaction with Polish-speaking patients.

Methods: In this qualitative study, three authentic consultations (each approximately 10 minutes) were recorded on video, followed by three interviews with three patients. The video recordings were transcribed and served to analyse the doctor’s language use and patients’ contributions to discourse. The subsequent interviews were analysed to evaluate the success of the communication and the level of patient satisfaction. Moreover, an in-depth interview (40 minutes) was conducted with the paediatrician.

Findings: Analysis of the consultations showed that the doctor’s limited language skills did not have a negative impact on communication overall. Grammar errors were noticed but did not impair comprehension. The level of patient satisfaction was consistently high. Patients gave the paediatrician’s foreign language skills as a major reason for choosing this practice. The doctor’s main incentive for learning Polish was the increasing number of Polish-speaking patients. As many of them had insufficient German skills, quality care had become difficult, with a high risk of misdiagnosis.

Discussion: This case study demonstrates that the time invested by the paediatrician to learn the language of Polish-speaking patients yielded more efficient doctor-patient interaction and high level of patient-satisfaction. This approach could help overcome language barriers in health care in certain sociocultural environments.

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die Grundlage für erfolgreiche Arzt-Patient-Kommunikation ist eine gemeinsame Sprache. In multikulturellen Städten wie Wien kann Sprache eine Barriere im Gesundheitswesen darstellen. Da professionelle DolmetscherInnen in diesem Bereich selten engagiert werden und PatientInnen dazu neigen, ihre Fremdsprachenkenntnisse zu überschätzen, besteht ein Risiko für unzureichende Kommunikation und Missverständnisse. Die vorliegende Studie befasst sich mit einer österreichischen Kinderärztin, die Polnisch mit speziellem Fokus auf die Arzt-Patient-Kommunikation lernte. Die Fallstudie untersucht die Auswirkungen von Sprachfehlern, Akzent und begrenztem Vokabular der Ärztin auf die Interaktion mit polnischsprachigen PatientInnen.

Methoden: In dieser qualitativen Studie wurden Bild- und Tonaufnahmen von drei authentischen transkulturellen Arzt-Patient-Gesprächen (je ca. 10 Minuten) gemacht. Darauf folgten Interviews mit den PatientInnen und ein ausführliches Gespräch (40 Minuten) mit der Kinderärztin.

Ergebnisse: Die Untersuchung der Arzt-Patient-Gespräche ergab, dass die begrenzten Sprachkenntnisse der Ärztin keine negativen Auswirkungen auf die Kommunikation hatten. Sprachfehler wurden zwar bemerkt, beeinträchtigten das Verständnis jedoch nicht. Die PatientInnen waren durchwegs zufrieden mit der Arzt-Patient-Kommunikation. Die Fremdsprachenkenntnisse der Ärztin waren laut Angaben der PatientInnen der primäre Grund für die Wahl dieser Arztpraxis. Der Beweggrund für das Erlernen der polnischen Sprache war für die Ärztin die steigende Zahl polnischsprachiger PatientInnen. Die Deutschkenntnisse jener PatientInnen waren häufig unzureichend, sodass eine qualitativ hochwertige Arzt-Patient-Kommunikation nicht gewährleistet werden konnte, und dadurch das Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen stieg.

Diskussion: Diese Fallstudie zeigte, dass das Erlernen einer Fremdsprache durch die Ärztin zu einer effizienteren Arzt-Patienten-Interaktion und hoher Patientenzufriedenheit führte. Dieser Ansatz könnte dazu beitragen, Sprachbarrieren im Gesundheitswesen in bestimmten soziokulturellen Umgebungen zu überwinden.