

# **MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS**

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

# "Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin"

verfasst von / submitted by Ryczaj Victoria Helena, BA

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

Wien, 2020 / Vienna 2020

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

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

Betreut von / Supervisor:

UA 070 331 342

Masterstudium Translation Deutsch Englisch

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

## **Danksagung**

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Univ.-Prof. Mag. Dr. in Sonja Pöllabauer bedanken, die mir von der Ideen- und Themenfindung bis hin zur Vervollständigung der Masterarbeit stets mit Rat und Tat zur Seite stand. Herzlichen Dank für Ihre Motivation, Geduld und fachkundigen Input.

Der größte Dank gilt meiner gesamten Familie. Es fällt mir schwer in Worte zu fassen, wie sehr ich euch für eure unermüdliche Unterstützung danken möchte. Ihr habt mir auf dem ganzen Weg den Rücken gestärkt und mir geholfen, nie den Mut und Glauben an mich selbst zu verlieren. Danke, dass ihr in Momenten größter Freude und Verzweiflung immer ein offenes Ohr für mich hattet und jeden Meilenstein als größten Erfolg gefeiert habt. Dziękuję! Kocham was!

Ein riesengroßes Dankeschön geht zu guter Letzt an Patric. Ich danke dir für unsere endlosen Gespräche bis tief in die Nacht und dass du mich von Anfang an bei jeder meiner Entscheidungen unterstützt hast. Du warst bei jedem Schritt stets an meiner Seite und hast mich immer, wenn ich einen Schritt zurück machen wollte, ermutigt nach vorne zu blicken und weiterzugehen. Danke!

# Inhaltsverzeichnis

A	bbildung	gsverzeichnis	8
1	Einlei	tung	9
2	Österr	reichisches Gesundheitssystem	11
	2.1	Organisation und Struktur	11
	2.2	Finanzierung	12
	2.3	Kranken- und Sozialversicherung	13
	2.3.1	Leistungserbringung/ -anspruch	14
	2.3.2	Zugang zum Gesundheitssystem: e-card und Europäische Krankenversicherungskarte	16
	2.4	Primärversorgung	17
	2.4.1	AllgemeinmedizinerInnen	18
	2.4.	1.1 Verteilung und Honorierung	19
	2.4.2	Herausforderungen durch Migration	20
3	Transl	ationspolitik	24
	3.1	Mehrsprachigkeit	24
	3.1.1	Lingua Franca	26
	3.1.2	Translation	28
	3.1.	2.1 Notwendigkeit von Translation	29
	3.2	Einführung in die Sprach- und Translationspolitik	31
	3.2.1	Theoretische Grundlagen nach Sandrini (2019)	32
	3.2.	1.1 Internationale und europäische Rechtsgrundlagen	34
	3.2.2	Spektrum der Translationspolitik nach Ozolins (2010)	36
	3.2.3	Community Interpreting.	39
	3.2.	3.1 Konferenzdolmetschen vs. Community Interpreting	39
	3.2.	3.2 Definition und Settings	41
	3.2.	3.3 Professionalisierung und Institutionalisierung	43
	3.2.4	Translationspolitische Situation in Österreich	45
	3.2.	4.1 Translationspolitik im österreichischen Gesundheitswesen	47
	3.2.	4.2 Risiken und Potentiale im Gesundheitswesen	48
4	Dolmo	etschpraxis im Gesundheitswesen	51
	4.1	Dienstleistungsarten und Dolmetschmodi	51
	4.2	DolmetscherInnen	55
	4.2.1	Gründe für den Einsatz von LaiendolmetscherInnen	56
	4.2.2	LaiendolmetscherInnen versus professionelle DolmetscherInnen	58
	42	2.1 Qualifikation und Kompetenzen	58

4.2.	2.2 Risiken	61
4.3	(Zusammen-)Arbeit mit DolmetscherInnen	62
4.3.1	Model of Bilingual Health Communication nach Hsieh (2016)	63
4.3.2	Erwartungshaltungen von ÄrztInnen	65
5 Metho	odik	68
5.1	Zielsetzung und Forschungsfragen	68
5.2	Zugang zum Forschungsfeld und InterviewpartnerInnen	69
5.3	Datenerfassung	70
5.4	Analysemethode	72
5.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018)	72
5.4.	1.1 Inhaltlich-strukturierte qualitative Inhaltsanalyse	74
6 Empi	rische Datenauswertung und -analyse	77
6.1	Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag	77
6.1.1	Zugänglichkeit gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen	78
6.1.2	Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen	80
6.1.3	Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen	81
6.2	Umgang mit Mehrsprachigkeit	83
6.2.1	Betreuungs-/Behandlungsunterschiede	83
6.2.2	Behandlungsschwierigkeiten/-hürden	85
6.2.	2.1 Rollenerfüllung	87
6.2.	2.2 Behandlungsabbruch	89
6.2.3	Kommunikationsstrategien	91
6.2.4	Fort- und Weiterbildungen	93
6.3	Dolmetschpraxis	95
6.3.1	Dolmetschbedarf und DolmetscherInnen	96
6.3.	1.1 Erwartungen an DolmetscherInnen	98
6.3.2	Beauftragung von DolmetscherInnen	99
6.3.3	Professioneller Dolmetsch-Markt: Wissen über Zugang und Angebot	100
6.3.	3.1 "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997)	102
7 Concl	usio	105
Bibliograp	phie	112
Rechtsque	ellen	121
Anhang		122
Anhang	1: Interviewleitfaden für ÄrztInnen	122
Anhang	2: Interviewleitfaden für OrdinationsassistentInnen	124
_	3: Interviewtranskripte – ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (AW) und	
Ordinati	ionsassistentInnen (OW) im 2. Bezirk in Wien	127

Transkript AW1	127
Transkript AW2	136
Transkript OW1	144
Transkript OW2	152
Anhang 4: Interviewtranskripte – ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (AS) und OrdinationsassistentInnen (OS) im Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Obersteiermark	159
Transkript AS1	159
Transkript AS2	166
Transkript OS1	170
Transkript OS2	176
Transkript OS3	181
Anhang 5: Abstract (Deutsch)	186
Anhang 6: Abstract (Englisch)	187

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Spektrum der Translationspolitik nach Ozolins (2010: 195)	. 37
Abb. 2: Varieties of Community Interpreting (Roberts 1997: 9)	.41
Abb. 3: Model of Bilingual Health Communication nach Hsieh (2016: 119)	. 63
Abb. 4: Interpersonelle Gesprächsdynamik beim Einsatz von Familienmitgliedern als	
DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 121)	. 64
Abb. 5: Interpersonelle Gesprächsdynamik bei PatientInnen mit partieller Sprachkompeten	Z
(vgl. Hsieh 2016: 121)	. 64
Abb. 6: Verlauf einer inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz <sup>4</sup> 2018: 100)	. 74

## 1 Einleitung

"Mehrsprachigkeit ist in den meisten Gesellschaften dieser Welt allgegenwärtig [...]." (Sandrini 2019: 33) Dies trifft vor allem auf Österreich zu. Seit Jahrzehnten tragen verschiedenste Migrationsbewegungen zur enormen Sprachvielfalt Österreichs bei (vgl. Altenburg et al. 2017: 17; Warga-Fallenböck 2010: 55), wodurch sich viele Menschen mittlerweile durch Bilingualität oder Mehrsprachigkeit auszeichnen (vgl. Warga-Fallenböck 2010: 55). Im Zuge einer dreijährigen Tätigkeit als Assistentin in einer Ordination für Allgemeinmedizin durfte ich – neben dem persönlichen sowie universitären Umfeld, welches ohnehin stark von Mehrsprachigkeit geprägt ist – erleben, wie intensiv Mehrsprachigkeit insbesondere im Gesundheitswesen spürbar ist. Strategien zum Umgang mit dieser Mehrsprachigkeit, die im Ordinationsalltag zum Einsatz kamen, waren vermutlich genauso vielfältig wie das Sprachaufkommen selbst, weshalb es als Impuls diente, mich dieser Thematik im Rahmen meiner Masterarbeit zu widmen.

Die (translations-)wissenschaftliche Fachliteratur erlaubt bereits umfassende Einblicke in den Umgang mit anderssprachigen PatientInnengruppen sowie die Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen (vgl. u.a. Ahamer 2013; Andres & Pöllabauer 2009; Flubacher <sup>2</sup>2015; Kletečka-Pulker & Parrag 2015; Korak 2012; Pöchhacker 2014; Pöchhacker 1997; Straub 2016; Uluköylü 2008), dennoch war der alleinige Fokus auf Ordinationen für Allgemeinmedizin, die als erste Kontaktstelle den Kern der Primärversorgung darstellen (vgl. WONCA Europe 2011: 8), bisher aus translationspolitischer Sicht selten von primärem Erkenntnisinteresse. Aus diesem Grund zielt die vorliegende Forschungsarbeit darauf ab, den Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin genauer zu untersuchen.

Die Forschungsarbeit gliedert sich im Folgenden in einen theoretischen sowie empirischen Teil. Der erste Teil der Arbeit bildet das theoretische Grundkonstrukt für die empirische Untersuchung. Dafür erfolgt in Kapitel 2 zunächst ein Überblick über die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems. In diesem Kontext wird v.a. in Bezug auf MigrantInnen der Zugang zum Gesundheitssystem sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf Ebene der Primärversorgung, d.h. Ordinationen für Allgemeinmedizin, thematisiert und erläutert, welche Herausforderungen sich im Gesundheitswesen bei der Betreuung von PatientInnen mit Migrationshintergrund ergeben. Im Hinblick auf den Umgang mit Mehrsprachigkeit wird in Kapitel 3, gestützt auf Sandrini (2019) und Ozolins (2010; 2000), eine Einführung in die Sprach- und Translationspolitik gegeben und näher beleuchtet, wie der Zugang zu

translatorischen Dienstleistungen organisiert sein kann. Das *Spektrum der Translationspolitik* nach Ozolins (2000: 22; 2010: 195) dient dabei als Bewertungsgrundlage der translationspolitischen Situation im österreichischen Gesundheitswesen, wobei in diesem Zusammenhang ebenso auf den Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad von *Community Interpreting* in Österreich eingegangen wird. Im Anschluss setzt sich Kapitel 4 mit der gängigen Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen auseinander. Im Mittelpunkt stehen, neben Aspekten wie Dienstleistungsarten sowie Dolmetschmodi, vor allem die Fragen im Vordergrund, wer die DolmetscherInnen sind und worauf die Wahl der DolmetscherInnen gestützt ist.

Der empirische Teil der Arbeit (Kapitel 5 u. 6) zielt darauf ab, den Umgang mit Mehrsprachigkeit sowie Dolmetschbedarf in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin zu untersuchen. Zumal der Umfang der Forschungsarbeit keine Untersuchung aller allgemeinmedizinischen Ordinationen in Österreich erlaubt, wurde das Forschungsvorhaben auf die Bundesländer Wien und Steiermark begrenzt. Für die Datenerfassung wurden hierzu leitfadengestützte Interviews mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen in den Bezirken Leopoldstadt sowie Bruck-Mürzzuschlag durchgeführt, um im weiteren Verlauf umfassendere Einblicke in regionale Unterschiede/Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Forschungsthematik zu erlauben. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018) und konzentriert sich auf die Beantwortung folgender Forschungsfragen:

- Wie gehen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen mit Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag um?
- Gibt es einen Bedarf an DolmetscherInnen in Ordinationen für Allgemeinmedizin?
- Wie sieht die translationspolitische Situation auf dieser Ebene der Primärversorgung aus?

Zum Schluss werden in Kapitel 7 die Ergebnisse der empirischen Datenauswertung diskutiert und in Relation zu den theoretischen Grundlagen gesetzt.

## 2 Österreichisches Gesundheitssystem

Der Fokus des österreichischen Gesundheitssystems richtet sich auf Krankenversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. BMSGPK 2019a). Doch wie ist der Zugang zum Gesundheitswesen geregelt? Diesem Aspekt widmet sich das vorliegende Kapitel. Dafür erfolgt zunächst ein Überblick über die Organisationsstruktur und Finanzierung des Gesundheitssystems, unter anschließender Erörterung des Sozial- und Krankenversicherungswesens. Bezugnehmend wird erläutert, wie medizinische Leistungen von österreichischen bzw. europäischen StaatsbürgerInnen sowie Drittstaatenangehörigen in Anspruch genommen werden können. Zumal die Kommunikation von AllgemeinmedizinerInnen mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen in das Erkenntnisinteresse der Forschungsarbeit fällt, wird insbesondere ihre Relevanz als Erstkontakt in der Primärversorgung hervorgehoben und beleuchtet, welche Herausforderungen im Allgemeinen durch Migration im Gesundheitswesen hervorgehen.

#### 2.1 Organisation und Struktur

Die Organisation und Struktur des österreichischen Gesundheitswesens sind durch das föderalistische Prinzip der Republik geprägt (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: xiii). Die Entscheidungsgewalt über die Gesundheitsversorgung des Landes ist nicht zentralistisch organisiert, sondern unterliegt einer Kompetenzverteilung auf "Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzliche Interessensvertretungen" (BMSGPK 2019b). Die Wahrung eines funktionierenden Gesundheitssystems in Österreich ist ein kollektives Unterfangen, bei dem den AkteurInnen Zuständigkeiten für konkrete Teilbereiche zugeschrieben werden (vgl. BMSGPK 2019b; Hofmarcher & Rack 2006: xiii).

Gemäß der österreichischen Bundesverfassung fallen die meisten Zuständigkeitsbereiche des Gesundheitssystems auf den Bund (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 33). Der Bund ist unter anderem für Gesetzgebung, Gesundheitswesen, sämtliche Gesundheitsberufe, Verbrauchergesundheit und überregionale gesundheitsrelevante Aufgaben verantwortlich (vgl. BMSGPK 2019b). Eine Ausnahme stellt der Spitalsbereich dar. Bei Krankenanstalten verfügt der Bund lediglich über die Kompetenz der Grundsatzgesetzgebung, d.h., dass die Ausführungsgesetzgebung und deren Vollzug zum Aufgabenbereich der Bundesländer gehören (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 33). Die Verwaltung des Gesundheitswesens obliegt den Ländern und Gemeinden (vgl. BMSGPK 2019b). Die ambulante Gesundheitsversorgung hingegen ist der Resultat Verhandlungsprozesse Dachverband der ein zwischen dem

Sozialversicherungsträger<sup>1</sup> (ehem. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und der Apothekerkammer, Ärztekammer, dem Österreichischen Hebammengremium (ÖHG) bzw. gesetzlichen Vertretung diverser Gesundheitsberufe (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 44; DV/SV 2020). Die medizinische Versorgung von PatientInnen durch niedergelassene ÄrztInnen wird somit gemeinsam von den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer reguliert. Ein solches System der Kompetenzverteilung erfordert daher, dass alle Entschlüsse der AkteurInnen aufeinander abgestimmt werden. Hierbei kommen innerstaatliche Verträge und Vereinbarungen zum Tragen, in denen Rahmenbedingungen verankert werden (vgl. BMSGPK 2019b).

#### 2.2 Finanzierung

Die Sicherung der medizinischen Versorgung wird größtenteils in den Verantwortungsbereich der Öffentlichkeit gelegt. Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist folglich pluralistisch organisiert und unterliegt Regelungen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen. Finanziell abgesichert wird das Gesundheitswesen dabei durch öffentliche und private Mittel (vgl. BMSGPK 2019b; BMSGPK 2019c; Hofmarcher & Rack 2006: 34 u. 75).

Steuergelder sowie einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge zählen zu öffentlichen Mitteln. Die soziale Krankenversicherung stellt somit die primäre Finanzierungsquelle des gesamten Gesundheitssystems dar. Die Steuermittel hingegen fließen vorrangig in die stationäre Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern (vgl. BMSGPK 2019c; Hofmarcher & Rack 2006: 75 u. 92f.). Im Jahr 2017 finanzierten Steuer- und Sozialversicherungsbeiträge mit 74% ca. drei Viertel der laufenden Ausgaben. Die übrigen 26% zählen zu den privaten Gesundheitsausgaben, die sich durch direkte bzw. indirekte Kostenbeteiligung auszeichnen (vgl. BMSGPK 2019c; Hofmarcher & Rack 2006: 93f). Nehmen PatientInnen Gesundheitsleistungen in Anspruch, ist nämlich gegebenenfalls mit privaten Zuzahlungen, z.B. festgelegter Beträge oder prozentualer Selbstbeteiligungen, zu rechnen. Hierbei spricht man von einer direkten Kostenbeteiligung, die unter anderem Rezeptgebühren und Selbstbehalte umfasst. Die Kosten für Leistungen, die folglich nicht von den Krankenversicherungen abgedeckt werden, unterliegen der indirekten Kostenbeteiligung. Rezeptfreie Medikamente, Taggeld bei stationären Krankenhausaufenthalten sowie gewisse zahnärztliche Leistungen sind von den

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Der *Dachverband der Sozialversicherungsträger* ersetzte mit 01.01.2020 den *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger* und übernahm weitestgehend die Kompetenzen und Aufgaben des Vorgängerverbandes (vgl. DV/SV 2020).

PatientInnen selbst zu tragen (vgl. BMSGPK 2019c; Hofmarcher & Rack 2006: 75 u. 93f.).

Neben VertragsärztInnen und VertragstherapeutInnen, deren fixe Honorarnoten direkt von den Krankenkassen bezahlt werden, besteht ebenso die Möglichkeit, Leistungen von WahlärztInnen und WahltherapeutInnen in Anspruch zu nehmen. Deren Honorar wird frei festgelegt und ist zunächst von den PatientInnen selbst zu tragen. Nach erfolgter Antragstellung wird von der Krankenversicherung ein Teil der Kosten rückerstattet. Der Tarif richtet sich dabei nach der Summe, die die Versicherung bei einem Vertragspartner für dieselbe Leistung bezahlen würde (vgl. BMSGPK 2019c). Bei Abschluss einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung werden z.B. Wahlarzthonorare zur Gänze rückerstattet (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 103).

Besteht jedoch "soziale Schutzbedürftigkeit"<sup>2</sup> (Hofmarcher & Rack 2006: 97), kann ein Antrag auf Kostenbefreiung gestellt werden. Werden die gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien des jeweiligen Krankversicherungsträgers erfüllt, ist man etwa von der Rezeptgebühr oder dem Taggeld bei Spitalsaufenthalten befreit (vgl. BMSGPK 2019c; Hofmarcher & Rack 2006: 97).

#### 2.3 Kranken- und Sozialversicherung

Die Sozialversicherung setzt sich aus der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zusammen und ist in Österreich "eine der wichtigsten Säulen für den Zusammenhalt moderner Gesellschaften" (BMSGPK 2020a). Seit 01.01.2020 gliedert sie sich in 5 Sozialversicherungsträger, die bis auf wenige Ausnahmen alle EinwohnerInnen erfassen. Nahezu ganz Österreich ist zumindest bei einem der Versicherungsträger verpflichtend versichert. Die Versicherungszugehörigkeit ergibt sich in erster Linie aus der Berufszugehörigkeit. Demnach existiert durch das Pflichtversicherungsprinzip in Österreich kein Kassenwettbewerb (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: xiv u. 77ff.; BMSGPK 2020b).

Die Sozialversicherungsträger weisen eine Gliederung nach Berufsgruppen und Personengruppen auf. Zu den Berufsgruppen gehören: BeamtInnen, Bergleute, Landwirtschaft Betreibende, EisenbahnerInnen und Selbstständige. Die Personengruppen werden unterteilt in: ArbeiterInnen und Angestellte, BeamtInnen, Landwirtschaft Betreibende etc. (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 77). Für unselbstständige Erwerbstätige, d.h. für ArbeiterInnen und Angestellte ohne Beamtenstatus, stellen die *Pensionsversicherungsanstalt* (PVA), die *Österreichische* 

2006: 97 u. 100).

13

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Die "soziale Schutzbedürftigkeit" (Hofmarcher & Rack 2006: 97f.) ist von der Einkommenssituation sowie den laufenden medizinischen Kosten abhängig. Zumeist sind PensionistInnen, Personen mit anzeigepflichtigen/übertragbaren Erkrankungen und mitversicherte Angehörige von der Rezeptgebühr befreit (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 97 p. 100)

Gesundheitskasse (ÖGK) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) die größten Träger dar. Selbstständig Erwerbstätige und Landwirtschaft Betreibende erhalten ihren Versicherungsschutz bei der Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS). BeamtInnen, EisenbahnerInnen sowie Bergleute sind gemeinsam bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB) versichert (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 77; BMSGPK 2020b). Arbeitssuchende beziehen in Österreich ihren Krankenversicherungsschutz über das Arbeitsmarktservice (vgl. AMS Österreich 2019).

Zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes werden Beiträge von den Versicherungsträgern eingezogen und verwaltet. Die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge ergibt sich dabei aus dem Einkommen der Versicherten. Bei unselbständigen Erwerbstätigen kommen jeweils die ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen ca. zur Hälfte für die Beiträge auf. Die Beiträge gewährleisten und finanzieren die ambulante Versorgung in Österreich sowie einen Teil des Rehabilitations- und Pflegesektors (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 77ff.). Dieses Prinzip verfolgt den Grundsatz der Solidarität der österreichischen Sozialversicherung. Einkommensabhängige Beiträge schaffen ein Gleichgewicht, das sicherstellt, dass alle EinwohnerInnen unabhängig ihrer Beitragsprozentsätze einen Anspruch auf dieselben Leistungen im Gesundheitssystem haben (vgl. HV/SV o.J.; BMSGPK 2020a).

#### 2.3.1 Leistungserbringung/-anspruch

Krankenversicherte haben in Österreich nach Entrichtung der monatlich verpflichtenden Krankenversicherungsbeiträge einen Rechtsanspruch auf freien Zugang zum Gesundheitssystem. Die rechtlichen Bestimmungen des *Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes* (ASVG) definieren dabei den aktuellen Leistungsumfang des Versicherungsschutzes. Von zentraler Bedeutung ist darin das Verständnis von Krankheit. Grundsätzlich gilt nämlich, dass bei gesundheitlichen Beschwerden medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden können, selbst wenn keine sichtbaren Symptome vorliegen. Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen aber ebenso gesunden Personen einen Zugang (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 78f.).

Die Leistungen im öffentlichen Gesundheitswesen werden im primären, sekundären und tertiären Sektor erbracht. Unter dem primären Sektor ist die ambulante Versorgung zu verstehen, die sich in erster Linie aus niedergelassenen ÄrztInnen in Einzel-/Gruppenpraxen zusammensetzt. Zudem sind Spitalsambulanzen vorwiegend öffentlicher Krankenhäuser und Ambulatorien der ambulanten Versorgung zugehörig. Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern stellt den sekundären Sektor dar. Der tertiäre Sektor setzt sich aus der Rehabilitation und Pflege

zusammen (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 115 u. 127). An dieser Stelle ist anzumerken, dass weitere theoretische Ausführungen sich überwiegend auf die ambulante Versorgung konzentrieren werden.

Medizinische Leistungen werden zumeist von KassenärztInnen erbracht, die mit den Sozialversicherungsträgern in einem Vertragsverhältnis stehen. Circa 75% der frei praktizierenden ÄrztInnen besitzen Kassenverträge<sup>3</sup> mit zumindest einem Versicherungsträger (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 65f.). Sobald eine Vertragsbeziehung eingegangen wird, haben ÄrztInnen gemäß des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) und des Ärztegesetztes rechtliche Verpflichtungen. Dazu zählt unter anderem lt. §338 ASVG ein Behandlungsgebot von Versicherten der Sozialversicherungsträger (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 48f.). Bis Ende 2019 wurde das Honorar für die erbrachten Leistungen vertraglich zwischen "dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der österreichischen Ärztekammer" geregelt (Hofmarcher & Rack 2006: 65). Die Verträge bildeten aber lediglich eine Basis, da Einzelverträge zwischen den ÄrztInnen und regionalen Sozialversicherungsträgern, z.B. den ehemaligen Gebietskrankenkassen, zum Tragen kamen. Aus diesem Grund weisen Leistungsumfänge und Honorarordnungen in den Bundesländern Unterschiede auf (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 65f.). Mit der Einführung der ÖGK Anfang 2020 wird daher eine österreichweite Leistungsharmonisierung angestrebt. Dieser Prozess wird jedoch voraussichtlich bis 2024 andauern (vgl. SN 2019).

Im Kassenvertrag verankerte Leistungen können bei VertragsärztInnen von allen Versicherten in Anspruch genommen werden. Die Kosten für die erbrachten Leistungen werden von den Versicherungsträgern der PatientInnen übernommen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass medizinische Konsultationen in der Regel mit Zuzahlungen einhergehen (siehe Kapitel 2.2). Weitere Zuzahlungen ergeben sich zudem für versicherte BeamtInnen und Selbstständige, die pro Leistung einen Selbstbehalt von 20% zu entrichten haben (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 80f. u. 86).

Die soziale Krankenversicherung verfolgt das grundlegende Prinzip, "dass die Erbringung der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf" (Hofmarcher & Rack 2006: 86; §133 Abs 2 Satz 1 ASVG). Dazu führen Hofmarcher & Rack (2006: 86f.) folgendes Leistungsspektrum der sozialen Krankenversicherung an:

\_

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Kassenverträge werden gemäß des Stellenplans vergeben. Der Stellenplan wird jeweils zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Landesärztekammer festgelegt. Er reguliert die Anzahl und lokale Verteilung der KassenärztInnen unter Berücksichtigung der medizinischen Fachgebiete (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 66.).

- praktische und fachärztliche Versorgung im primären Sektor
- Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychotherapie
- Heilmittel, Heilbefehle und Hilfsmittel
- zahnmedizinische und kieferorthopädische Behandlungen
- Krankenhausversorgung
- medizinische Hauskrankenpflege
- Krankengeld
- medizinische Rehabilitation
- Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung
- Fahrt- und Transportkosten
- Festigung der Gesundheit durch Kuraufenthalte

# 2.3.2 Zugang zum Gesundheitssystem: e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

Jede Person mit gesetzlichem Krankenversicherungsanspruch und Wohnsitz im Inland verfügt über eine *e-card*. Diese Chipkarte fungiert als Schlüssel für den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Als elektronisches Dokument enthält sie Daten über den Versicherungsund Leistungsanspruch der PatientInnen und muss bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei allen inländischen VertragsärztInnen, (Vertrags-)Einrichtungen der Sozialversicherung und einem Großteil der Krankenhäuser vorgezeigt werden (vgl. SVC o.J.).

Bei gültigem Krankenversicherungsanspruch wird automatisch eine *e-card* vom eigenen Krankenversicherungsträger ausgestellt und zugesandt. Alle Erwerbstätigen (siehe Kapitel 2.3) und anspruchsberechtigten Angehörigen, die bei den Versicherten mitversichert sind, erhalten eine *e-card*. Anspruchsberechtigte Angehörige sind zumeist Kinder und Ehepartner der Versicherten (vgl. SVC o.J.). Im Asylbereich wiederum wird die *e-card*, trotz gültigem Anspruch auf Krankenversicherung, nicht an alle vergeben. AsylwerberInnen, die sich in Bundesbetreuung befinden und über einen inländischen Wohnsitz verfügen, sowie subsidiäre Schutzberechtigte sind nach gesetzlicher Vorschrift pflichtversichert (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 81; ÖGK 2020a; Brickner 2016). Der Versicherungsanspruch unterliegt der Grundversorgung (vgl. ÖGK 2020a). Somit kann das Leistungsspektrum der sozialen Krankenversicherung (siehe Kapitel 2.3.1) zwar wie gewohnt in Anspruch genommen werden, jedoch ohne das Vorweisen einer e-card (OÖGKK 2016: 1). Es wird zumeist lediglich eine Sozialversicherungsnummer vergeben, die beim Vorzeigen in Kassenordinationen einer Anspruchsprüfung unterzogen wird

(vgl. Ärztekammer Steiermark o.J.). Eine *e-card* kann beantrag werden, sobald ein positiver Asylbescheid vorliegt. Bei einem negativen Asylbescheid können subsidiäre Schutzberechtigte, die im Land bleiben dürfen und aus der Grundversorgung entlassen wurden, ebenso einen Antrag auf Ausstellung einer *e-card* stellen (vgl. OÖGKK 2016: 1f.). Versicherte StaatsbürgerInnen der EU-Mitglieds-, EWR-Staaten und der Schweiz erhalten über die *Europäische Krankenversicherungskarte* (EKVK) Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Die EKVK wird von den gesetzlichen Krankenversicherungsanstalten kostenlos ausgestellt und berechtigt zur medizinisch notwendigen Versorgung im öffentlichen Gesundheitswesen bei vorübergehenden Auslandaufenthalten (vgl. Europäische Kommission o.J.). Gemäß der *EU-Verordnung* (EG) NR. 883/2004 sind österreichische VertragsärztInnen und Vertragskrankenhäuser verpflichtet, die EKVK zu akzeptieren und die Versicherten nationalen PatientInnen gleichzustellen. Die Verrechnung der Behandlungskosten erfolgt direkt zwischen den österreichischen und ausländischen Versicherungsträgern. Für geplante Behandlungen außerhalb des Versicherungslandes sind Vorabgenehmigungen der zuständigen Träger notwendig. Bei nicht erteilter Vorabgenehmigung sind die Kosten der PatientInnen privat zu tragen (vgl. BMSGPK 2019d).

PatientInnen aus Drittstaaten benötigen für den Erhalt eines Einreisevisums nach Österreich prinzipiell einen Nachweis über eine Auslandskrankenversicherung. Anfallende Behandlungskosten, die aufgrund von Notfällen oder Erkrankungen ohne bekannte Vorerkrankung entstehen, werden von der Auslandskrankenversicherung übernommen (vgl. Fuchs o.J.).

#### 2.4 Primärversorgung

Bei gesundheitlichen Beschwerden dient die Primärversorgung als erste Anlaufstelle im österreichischen Gesundheitssystem (vgl. BMSGPK 2019e). §3 Abs 9 des *Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes* (G-ZG) (Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit) definiert den Begriff der Primärversorgung als:

Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen. (§3 Abs 9 G-ZG)

Medizinische Leistungen von ÄrztInnen werden somit täglich im Rahmen der Grundversorgung in Anspruch genommen (vgl. Bundesgesundheitsagentur 2014: 5). Eine zentrale Rolle nimmt dabei vor allem die Allgemeinmedizin ein. Sie ist wesentlicher Bestandteil der umfassenden Primärversorgung in Österreich und verdient daher besondere Berücksichtigung (vgl.

Bundesgesundheitsagentur 2014: 8f.). Aus diesem Grund widmen sich die folgenden Abschnitte niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und ihrer Rolle im Gesundheitssystem. Ebenso werden Migration und Mehrsprachigkeit als Herausforderungen im Ordinationsalltag beleuchtet.

#### 2.4.1 AllgemeinmedizinerInnen

Die Allgemeinmedizin stellt als akademische und wissenschaftliche Disziplin den Kern der Primärversorgung dar (vgl. WONCA Europe 2011: 8). Repräsentiert wird die Disziplin im Gesundheitswesen durch AllgemeinmedizinerInnen<sup>4</sup>, die zumeist als erste Ansprechperson für PatientInnen fungieren (vgl. Rebhandl 2008: 2). Als primärer ärztlicher Kontakt liegt ihr Zuständigkeitsbereich vor allem in "providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned" (WONCA Europe 2011: 8).

Die obige Definition der World Organization of National Colleges, Academies und Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) schildert bereits deutlich die Komplexität der Aufgabenbereiche von AllgemeinmedizinerInnen. In erster Linie sind AllgemeinmedizinerInnen für die "Gesundheitsförderung, -vorsorge, -nachsorge" verantwortlich (BMSGPK 2019f). Demnach liegt der zentrale Fokus auf der Früherkennung und Diagnostik von Erkrankungen, die es daraufhin zu behandeln gilt. Das Behandlungsspektrum umfasst darunter auch lebensbedrohliche Zustände. Erweitert wird das Leistungsprofil u.a. durch die ärztliche Betreuung von PatientInnen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen (vgl. BMSGPK 2019f). Neben dem Erbringen medizinischer Leistungen, nehmen AllgemeinmedizinerInnen aber zusätzlich eine "integrative Funktion" (Rebhandl 2008: 2) ein und koordinieren so die Betreuung auf medizinischer, sozialer und psychischer Ebene bei akuten bzw. chronischen Erkrankungen. Ihre Rolle als primäre Anlaufstelle besteht nämlich auch darin, als "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2) zu agieren. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin arbeiten eng mit FachärztInnen und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Dabei fällt ihre Zuständigkeit auf das Nahtstellenmanagement zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringungsebenen, denn sobald die Behandlung nicht im regulierten

-

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> AllgemeinmedizinerInnen besitzen mehrere offizielle Berufsbezeichnungen: ÄrztIn für Allgemeinmedizin, praktische ÄrztIn und HausärztIn (vgl. BMSGPK 2019f). Die Forschungsarbeit wird sich überwiegend der Bezeichnungen AllgemeinmedizinerIn, ÄrztIn für Allgemeinmedizin und HausärztIn bedienen. Alle Bezeichnungen konzentrieren sich in den Ausführungen auf niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag.

Leistungsspektrum inkludiert ist, sind PatientInnen an die zuständigen LeistungserbringerInnen zu überweisen (vgl. BMSGPK 2019g; Rebhandl 2008: 2).

Darüber hinaus ist die Arbeit als AllgemeinmedizinerIn zumeist durch eine langjährige Betreuung der PatientInnen geprägt (vgl. Rebhandl 2008: 2). In Österreich ist diese Tatsache vermutlich der freien Arztwahl zuzuschreiben (vgl. BMSGPK 2019g; Hofmarcher & Rack 2006: 128). Alle Versicherten haben das Recht, frei und geographisch unabhängig über die Wahl ihrer HausärztInnen zu entscheiden. Online Suchmaschinen unterstützen PatientInnen bei der Suche nach den richtigen VertragsärztInnen. Sobald die ÄrztInnen des Vertrauens gefunden sind, begleiten sie PatientInnen häufig über mehrere Lebensabschnitte hinweg und übernehmen fortwährend deren Befundverwaltung (vgl. BMSGPK 2019g; Hofmarcher & Rack 2006: 128; Rebhandl 2008: 2).

#### 2.4.1.1 Verteilung und Honorierung

Im Jahr 2017 führte der ehem. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Bestandsaufnahme der VertragsärztInnen durch, die in einem Vertragsverhältnis zu den Gebietskrankenkassen<sup>5</sup> standen (vgl. Fößleitner & Teichert 2017: 7). Dem Bericht zufolge gab es im Jahr 2014 insgesamt 4003 niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen, die in eigenen Ordinationen oder Gruppenpraxen tätig waren. Das ergibt eine Verteilung von 47 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin pro 100.000 EinwohnerInnen, wobei die regionale Verteilung deutliche Unterschiede aufweist. Während in ländlichen Gebieten auf 100.000 EinwohnerInnen im Durchschnitt 50,5 VertragsärztInnen fallen, sind es in städtischen Gebieten nur mehr 44 ÄrztInnen (vgl. Fößleitner & Teichert 2017: 18ff). Da im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit vor allem die Bezirke Bruck-Mürzzuschlag in der Obersteiermark und der 2. Bezirk in Wien in den Fokus gerückt werden, ist es sinnvoll, die Verteilung in diesen Regionen zusätzlich näher zu betrachten. Die östliche Obersteiermark weist mit ca. 59 HausärztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen eine der höchsten Verteilungsdichten auf. Vor allem im Bezirk Bruck-Mürzzuschlag betrug 2014 die Dichte im Durchschnitt 54,4-60,3 VertragsärztInnen. Im 2. Bezirk in Wien hingegen lag die Dichte der VertragsärztInnen lediglich bei 42,6-48,5 (vgl. Fößleitner & Teichert 2017: 18ff.).

Aus der Verteilung geht hervor, dass in Städten im Durchschnitt mehr PatientInnen zu betreuen sind als in ländlichen Gebieten (vgl. Fößleitner & Teichert 2017: 18ff.). Die Anzahl

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Die Gebietskrankenkassen wurden mit 01.01.2020 zur *Österreichischen Gesundheitskasse* fusioniert (vgl. ÖGK 2020b).

der PatientInnen sowie die Konsultationsdauer während der Ordinationszeiten wird durch diese regionalen Umstände vermutlich beeinflusst. Hier ist jedoch anzumerken, dass das Honorar nicht von der Dauer der Konsultationszeit abhängt, sondern von den erbrachten Leistungen, die in den Tarifverträgen mit den Sozialversicherungsträgern geregelt sind (siehe Kapitel 2.3.1). Die Tarife für AllgemeinmedizinerInnen der Österreichischen Gesundheitskasse, die seit Juli 2019 Gültigkeitsanspruch besitzen (vgl. ÖGK 2020c), sollen an dieser Stelle beispielhaft verdeutlichen, woraus sich das Honorar primär zusammensetzt.

Als Grundelemente des Honorars sind die Auszahlung von Fallpauschalen und die Verrechnung von Ordinationspositionen zu nennen (vgl. Hofmarcher & Rack 2006: 204). Bei Ordinationspositionen handelt es sich um Ziffern, denen jeweils bestimmte medizinische Leistungen zugeordnet sind (vgl. ÖGK 2020c). Für HausärztInnen ist insbesondere die *Position 17* von großer Bedeutung. Mit der Verrechnung der *Position 17* erhalten ÄrztInnen einen so genannten Hausarztzuschlag, der einmal pro Quartal und PatientIn vergeben wird, sofern ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Bei der Behandlung von VertretungspatientInnen wird kein Zuschlag, sondern nur die tatsächlich erbrachte Leistung, verrechnet. Pro PatientIn beträgt die Summe für den Hausarztzuschlag 11,95€. Zudem wird gleichzeitig eine Fallpauschale von 18,74€ ausbezahlt. Das weitere Honorar ist von der Behandlung abhängig (vgl. ÖGK 2020c: 1 u. 5).

#### 2.4.2 Herausforderungen durch Migration

Internationale Mobilität ist stets von Migrations- und Flüchtlingsbewegungen geprägt (vgl. Pöchhacker 1997: 35). Sei es durch Krieg, Naturkatastrophen und Armut, oder der Traum von Erfolg und Wohlstand – die Gründe für Migration sind vielfältig (vgl. Hamburger <sup>2</sup>2015: xv). Diese Vielfalt erfordert daher auch eine Differenzierung der Migrationsarten selbst. Besonders in der Europäischen Union scheint eine Dichotomie zwischen Migration und Mobilität zu herrschen. Mobilität wird nämlich überwiegend mit EU-StaatsbürgerInnen in Zusammenhang gebracht (vgl. Bauböck 2017: 35; Ruhs 2017: 41ff.; Martin 2017: 68). EU-StaatsbürgerInnen können sich im Rahmen der Personenfreizügigkeit ohne Weiteres in allen EU-Mitgliedsstaaten frei bewegen und dauerhaft niederlassen. Zudem steht es ihnen frei, innerhalb der gesamten EU zu arbeiten und bei aufrechtem Beschäftigungsstatus Zugang zum Sozialsystem zu erhalten. Prinzipiell unterliegt die Mobilität der EU-BürgerInnen keiner Kontrolle. Ganz im Gegenteil, der Fokus liegt auf Förderung der Mobilität. In diesem Kontext wird daher zumeist von mobilen

EU-BürgerInnen anstatt von MigrantInnen<sup>6</sup> gesprochen (vgl. Bauböck 2017: 35; Ruhs 2017: 41ff.; Martin 2017: 68). Gleiches trifft ebenso auf Doppelstaatsbürgerschaften zu, die sich durch bilaterale Freizügigkeitsrechte auszeichnen (vgl. Bauböck 2017: 35). Diese Rechte dienen als Zugang zum EU-Arbeitsmarkt, denn "mobility ensures that the 'best' workers are in the 'best' jobs" (Martin 2017: 73). Immigrieren Drittstaatenangehörige in den EU-Raum wird eher von Migration gesprochen, was wiederum mit einer komplexeren Einwanderungspolitik einhergeht. Meist kommt es dabei zu einer Zwei-Gruppen-Kategorisierung: hochqualifizierte MigrantInnen und geringer qualifizierte MigrantInnen. Während Erstere zumeist auf weniger Barrieren stoßen, haben Zweitere größere sozialpolitische Hürden zu bewältigen. In diesem Kontext können AsylwerberInnen als zusätzliche Hybrid-Kategorie beider Gruppen verstanden werden (vgl. Ruhs 2017: 41f.).

Vor allem im Asylbereich führen die vorher zahlreich erwähnten Migrationsgründe dazu, dass sich Menschen in Bewegung setzen und von ihrer vertrauten Welt trennen (vgl. Hamburger <sup>2</sup>2015: xv). Herkunftsländer werden verlassen, um sich in fremde soziale Systeme zu begeben und dort eine neue Heimat zu finden (vgl. Radice von Wogau <sup>2</sup>2015: 46). Zumeist ist es eine Reise ins Ungewisse, die entweder durch Freiheit oder erneute Benachteiligung gezeichnet ist (vgl. Hamburger <sup>2</sup>2015: xv). MigrantInnen durchleben, wie Rittenberg-Cogan (<sup>2</sup>2015: 126) beschreibt, eine "kulturelle Entwurzelung" und verfallen in einen Zustand, der als "Kulturstress" beschrieben werden kann. Die Orientierung in einem neuen System ist für die meisten eine immense Belastung (vgl. Rittenberg-Cogan <sup>2</sup>2015: 129). Hinzu kommen unzureichende Sprachkenntnisse, die MigrantInnen den Zugang zu sozialen Einrichtungen erschweren und die Inanspruchnahme von Leistungen behindern (vgl. Eimmermacher <sup>2</sup>2015: 66f.). Vor allem die medizinische Versorgung nicht-deutschsprachiger MigrantInnen stellt das österreichische Gesundheitssystem vor große Herausforderungen (vgl. Pöchhacker 1997: 35).

Kommunikation ist ohnehin stets durch komplexe Strukturen geprägt. Gesprächsparteien treffen mit ihren gesellschaftlich-kulturellen Hintergründen in konkreten Situationen aufeinander und nehmen unterschiedliche Positionen in der Gesprächshierarchie ein (vgl. Pöchhacker 1997: 53). Besonders bei medizinischen Konsultationen lässt sich eine deutliche Rollenhierarchie feststellen. ÄrztInnen agieren als ExpertInnen, die Ursachen und Verläufe von Krankheitsmustern definieren, Erkrankungen diagnostizieren und Therapieformen

\_

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit kommt es bei der Verwendung der Bezeichnung "MigrantIn" zu keiner Differenzierung zwischen EU-BürgerInnen, Drittstaatenangehörigen oder AsylwerberInnen. MigrantInnen bzw. nicht-deutschsprachige MigrantInnen sind in diesem Kontext alleinig als Personengruppe zu verstehen, die aufgrund fehlender bzw. mangelnder Deutschkenntnisse eine medizinische Behandlung erschweren.

vorschlagen, während PatientInnen oftmals eine untergeordnete Rolle einnehmen, da ihnen meist tiefgründiges Wissen über die biomedizinischen Grundlagen ihrer Erkrankungen fehlt (vgl. Gonzalez-Nava 2009: 72). Diese Tatsache veranschaulicht bereits, dass bei ÄrztInnen und PatientInnen derselben Sprach- und Kulturgemeinschaften durchaus das Potential besteht, dass Kommunikationsprobleme den gegenseitigen Austausch erschweren. Umso schwieriger gestaltet sich die interkulturelle Kommunikation zwischen nicht-deutschsprachigen MigrantInnen und VertreterInnen der österreichischen Gesundheitseinrichtungen (vgl. Pöchhacker 1997: 53). Im Allgemeinen besitzen MigrantInnen nämlich oft nur unzureichendes Wissen über die Institutionen und Verhaltensnormen der Aufnahmegesellschaft. Neben Sprachbarrieren entstehen folglich kulturelle und institutionelle Kommunikationsbarrieren, die insbesondere den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen erschweren, ihren Verpflichtungen nachzukommen. In Bezug auf das Gesundheitswesen bedeutet das konkret, dass ÄrztInnen ihre Versorgungspflicht nur eingeschränkt erfüllen können und, wie bereits erwähnt, nicht-deutschsprachigen MigrantInnen somit der Zugang zur medizinischen Versorgung erschwert wird (vgl. Pöchhacker 1997: 53).

Diese Zugangsbarrieren gilt es zu überwinden, da unter Berücksichtigung der vorherigen Ausführungen deutlich wird, dass gewisse MigrantInnen als PatientInnengruppe einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sein können. Der Migrationsprozess, soziale Veränderungen sowie gesellschaftliche Einschränkungen im Aufnahmeland sind oftmals immense Stressbelastungen, die gesundheitliche Probleme begünstigen können (vgl. Csitkovics et al. 1997: 1; IOM 2013: 12; Lanfranchi et al. <sup>2</sup>2015: 105). Diesbezüglich wird deutlich, dass gesundheitliche Beschwerden sich auf Grundlage verschiedener Verletzlichkeitsfaktoren manifestieren können. Laut der Internationalen Organisation für Migration (IOM) zählen dazu mitunter Geschlecht, Alter, Bildung, Arbeits- und Lebensbedingungen, Sprach- und Kulturbarrieren sowie der rechtliche Status (vgl. IOM 2013: 12). Csitkovics et al. (1997: 1f.) führen in diesem Zusammenhang auch medizinsoziologische Konzepte an, die verdeutlichen, wie Migration das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen kann. Zwei theoretische Konzepte, die an dieser Stelle der Veranschaulichung dienen sollen, sind die Theorie der sozialen Verursachung und die Theorie der sozialen Unterprivilegierung (vgl. Csitkovics et al. 1997: 1). Erstere geht davon aus, dass die gesellschaftliche Integrationsproblematik dem Aufnahmeland als Verursacher von psychischen/physischen Erkrankungen zuzuschreiben ist. Die Theorie der sozialen Unterprivilegierung kann als Unterkategorie des ersten Konzeptes aufgefasst werden. Laut dieser Theorie führen der sozial unterprivilegierte Status sowie schlechte Wohnverhältnisse ebenfalls zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko (vgl. Csitkovics et al. 1997: 1). Die Annahme, dass MigrantInnen gegenüber der einheimischen Bevölkerung mehr gesundheitliche Beschwerden aufweisen, ist jedoch inkorrekt. Die Ausführungen verdeutlichen lediglich, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von Seiten mancher MigrantInnen vergleichsweise größeren Input erfordert (vgl. Flubacher <sup>2</sup>2015: 147).

Der rechtliche Zugang von nicht-deutschsprachigen PatientInnen mit gültigem Versicherungsstatus ist zum österreichischen Gesundheitssystem auf nationaler und EU-Ebene zwar geregelt (siehe Kapitel 2.3.1 u. 2.3.2), dennoch nehmen sie aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung manchmal eine benachteiligte Position ein (vgl. Lanfranchi et al. <sup>2</sup>2015: 111). Es ist daher notwendig, die sprachlichen und kulturellen Kommunikationsbarrieren mit einer effizienten Sprach-/Translationspolitik im Gesundheitswesen zu überwinden (vgl. Lanfranchi et al. <sup>2</sup>2015: 111), zumal nahezu alle ÄrztInnen für die Versorgung von PatientInnen verantwortlich sind, die über keine oder nur unzureichende Deutschkenntnisse verfügen (vgl. Pöchhacker 1997: 76). Die Thematik des folgenden Kapitels fokussiert sich aus diesem Grund auf sprachpolitische Aspekte sowie die translationspolitische Situation in Österreich.

## 3 Translationspolitik

Während der letzten Jahre hat die menschliche Mobilität auf der ganzen Welt neue Ausmaße erreicht (vgl. IOM 2013: 11). Darunter waren insbesondere in Europa immense Zuwanderungsströme zu verzeichnen, die in direkter Verbindung zur Fluchtmigration aufgrund von Krieg im Irak, in Syrien und Afghanistan standen. Verhältnismäßig erlebte Österreich dabei eine der stärksten Zuwanderungen in der gesamten EU (vgl. Berger & Strohner 2017: 169f.). Dennoch ist diese Fluchtmigrationsphase nicht die einzige Zuwanderungsbewegung, die in Österreich innerhalb letzten Jahrzehnte durchlebt wurde (vgl. Berger & Strohner 2017: 169f.). Österreich kann auf eine lange Geschichte zahlreicher Migrationsbewegungen zurückblicken, wie die

[...] Ungarn-Krise 1956, Gastarbeiteranwerbung in den 1960er und 1970er Jahren, Transitmigration von politischen Flüchtlingen im Kalten Krieg, der Fall des Eisernen Vorhangs und die gewaltsame Auflösung Jugoslawiens in den 1990ern [sowie die] Freizügigkeit innerhalb der EU v.a. seit der Osterweiterung 2004. (Altenburg et al. 2017: 17)

Dadurch hat sich Mehrsprachigkeit zu einem wesentlichen Bestandteil Österreichs entwickelt. Doch was versteht man unter Mehrsprachigkeit und wie sieht der Umgang damit aus? Bezugnehmend auf die Antworten zu dieser Frage, wird auf die Thematik der Sprach- und Translationspolitik eingegangen. Es wird erläutert, welcher intrasozietären und politischen Organisierung diese unterliegen können. Hierbei richtet sich der Fokus auf den Kommunalbereich, unter besonderer Berücksichtigung des Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrades von Community Interpreting. Abschließend wird die translationspolitische Situation in Österreich und dem österreichischen Gesundheitswesen, einschließlich daraus resultierender Risiken und Potentiale, genauer erörtert.

### 3.1 Mehrsprachigkeit

Infolge der zahlreichen Migrationsbewegungen verfügen die meisten Staaten über keine sprachliche Homogenität mehr. Es ist generell zu hinterfragen, ob eine solche jemals existiert hat (vgl. Wadensjö 1998: 48). In der westlichen Welt wurde Monolingualismus jedoch als Norm angesehen, die die sprachliche Identität eines Menschen einer bestimmten Muttersprache zuschrieb. Genauere Betrachtungen verdeutlichen aber, dass eine Sprache allein bereits mehrere Varietäten umfassen kann. Hinzu kommt, dass, wie bereits erwähnt, Migration, Tourismus und Wirtschaftsbeziehungen dazu führen, dass mehrere Sprachen aufeinandertreffen und sogar koexistieren (vgl. Wadensjö 1998: 10). MigrantInnen bringen ihre Sprachen, Traditionen und

Kulturen in die Aufnahmeländer mit und tragen so zum Entstehen multilingualer und -kultureller Gesellschaften bei (vgl. Angelelli 2014: 2). Mehrsprachigkeit hält folglich einen Status der Allgegenwärtigkeit inne (vgl. Sandrini 2019: 33).

Spricht man von Mehrsprachigkeit, ist es notwendig stets zu differenzieren, um welche Art der Mehrsprachigkeit es sich handelt. Mehrsprachigkeit lässt sich grob in zwei Kategorien unterteilen: individuelle und institutionelle Mehrsprachigkeit (vgl. Sandrini 2019: 23). Individuelle Mehrsprachigkeit bezieht sich auf Einzelpersonen, die über Kenntnisse in mehreren, d.h. in mehr als zwei, Sprachen verfügen. Jedoch benötigt es dazu keiner Beherrschung auf Muttersprachenniveau, zumal diese Kategorie ebenso das durch Sprachdidaktik geförderte Sprachenlernen umfasst. Institutionelle Mehrsprachigkeit beschreibt die Verwendung mehrerer Sprachen innerhalb eines Staates. In diesem Fall liegen die Sprachen politischen Regelungen zugrunde und werden in der Gesellschaft als Kommunikationsmittel eingesetzt (vgl. De Cilla 2010: 20; Sandrini 2019: 23). An dieser Stelle kann die Europäische Union als Exempel für institutionell geregelte Mehrsprachigkeit angeführt werden. Europäische Sprachenvielfalt erfährt auf politischer Ebene eine hohe Wertschätzung, wodurch alle Amtssprachen der Mitgliedsstaaten auch als offizielle Amtssprachen der EU-Institutionen geführt werden. Die sprachliche Vielfalt geht in Europa aber weit über die europäischen Staatssprachen hinaus. Zur europäischen Mehrsprachigkeit können nämlich ebenso europäische Gebärdensprachen, autochthone Regionalsprachen sowie Minderheitensprachen, von denen einige der Flucht- und Arbeitsmigration zuzuschreiben sind, dazugezählt werden (vgl. De Cilla 2010: 21ff.).

Viele Amtssprachen – darunter auch EU-Sprachen – erhalten außerhalb der eigenen Staatsgrenzen einen Minderheitensprachenstatus (vgl. De Cilla 2010: 22). Im Gegensatz zur Mehrheitssprache verfügen die Minderheitensprachen dabei innerhalb eines geographischen bzw. staatlichen Gebietes über eine geringere SprecherInnenanzahl. Neben geographischen Faktoren können aber auch Politik, Krieg sowie Diplomatie einen Einfluss darauf haben, dass eine Sprache den Status einer Minderheitensprache erhält (vgl. Sandrini 2019: 34). Parallel zu autochthonen Minderheitensprachen gibt es jedoch auch Sprachen von MigrantInnen, die ersteren in manchen Fällen zahlenmäßig überlegen sein können. Dennoch liegen Letzteren zumeist keine klar definierten Sprachrechte zugrunde. Diese Tatsache könnte bereits als direkter Widerspruch zur europäischen Sprachenpolitik aufgefasst werden. Als Beispiel können hier das Türkische und Kurdische angeführt werden, die sich im Zuge der Arbeits- und Flüchtlingsmigration zu einer Minderheitensprache in Österreich entwickelt haben (vgl. De Cilla 2010: 20ff.; Sandrini 2019: 33f.). Weitere Sprachen, die innerhalb Österreichs als Migrationssprachen angeführt werden können, sind Sprachen, die in Mittel- und Osteuropa sowie dem arabischen

Raum angesiedelt sind (vgl. Pöchhacker 1997: 80).

In Westeuropa tragen Globalisierung und sämtliche Migrationsarten zu einem deutlich veränderten Zusammenleben bei. Somit kann ohne Zweifel behauptet werden, dass Mehrsprachigkeit und Multikulturalität wesentlicher Bestandteil Westeuropas geworden sind (vgl. Sandrini 2019: 33; Warga-Fallenböck 2010: 54; Wedam 2009: 181). Insbesondere in Österreich ist eine prägnante sprachliche Vielfalt sichtbar. Sei es durch Migration, Beruf oder private Gründe – immer mehr Menschen sind von Mehrsprachigkeit oder zumindest Bilingualität geprägt (vgl. Warga-Fallenböck 2010: 55). Es gilt das Potential der Mehrsprachigkeit zu nutzen, dennoch sind mehrsprachige Gesellschaften stets mit Herausforderungen konfrontiert (vgl. Ozolins 2010: 194). Zwar wächst der Kommunikationsbedarf mehrsprachiger Gesellschaften, aber Sprachbarrieren behindern das gegenseitige Verständnis. Es besteht daher die Notwendigkeit, Kommunikationsproblematiken mit gezielten Strategien zu lösen (vgl. Demmer-Gaite & Friese <sup>2</sup>2015: 202; Ozolins 2000: 21f.).

#### 3.1.1 Lingua Franca

Um sprachliche Kommunikationsbarrieren in mehrsprachigen Gesellschaften zu überbrücken, kann das Heranziehen einer *Lingua Franca* (LF) als strategischer Ansatz angeführt werden, der gegenseitige Verständigung ermöglicht. Dies tritt zumeist in Situationen auf, in denen beide Kommunikationsparteien die Sprache der jeweils anderen nicht beherrschen. Grundsätzlich sorgt eine LF als Verkehrssprache also dafür, dass Kommunikation überhaupt erst stattfinden kann (vgl. Mauranen 2018: 7; Sherman 2018: 115f.). Überdies erhält diese meist dann den Vorzug, wenn die Sprachen der Kommunikationsparteien politisch und/oder historisch behaftet sind. Der Zweck der LF liegt in der Vermeidung potentieller Machtgefälle sowie Lösung soziokultureller Problematiken, zumal sie stets in einem breiteren kommunikativen bzw. sozio-kulturellen Kontext eingebettet sind. Folglich geht die Verwendung einer LF weit über sprachliche Aspekte hinaus (vgl. Sherman 2018: 115f.).

Im Laufe der Geschichte gab es zahlreiche *Linguae Francae*, die Kommunikation unter anderem auf politischer, wirtschaftlicher, wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene sicherstellten (vgl. Fasslabend 2010). Ehemalige *Linguae Francae* – wie z.B. Französisch, Deutsch und Russisch – erhielten ihren Status primär aufgrund der wirtschaftlichen und kulturellen Dominanz der Nationalstaaten. Die angeführten Sprachen sind jedoch nach wie vor von sprachlicher Bedeutung. In der Wissenschaft bediente man sich jahrelang der deutschen Sprache als LF. Im letzten Jahrhundert musste Deutsch jedoch Einbußen in seiner Position

verzeichnen. Es lässt sich zunehmend ein Rückgang erkennen, der darin resultiert, dass Deutsch überwiegend nur innerhalb deutschsprachiger Länder flächendeckend anzutreffen ist. Dieser Wandel kann insofern als problematisch angesehen werden, als dass insbesondere deutschsprachige Länder massive Migrationsbewegungen verzeichnen (vgl. Sherman 2018: 118f.).

Gegenwärtig hält Englisch wiederum die Position als *Lingua Franca* inne (vgl. Fasslabend 2010: 13). Keine Sprache verbreitete sich weltweit so rasant wie das Englische (vgl. Mauranen 2018: 7). Die Entwicklung ist vor allem politischen und wirtschaftlichen Faktoren zuzuschreiben, die sich im 20 Jh. ereigneten, wie "the end of the Cold War in 1989, the subsequent breakup of the Soviet Union and the Soviet Bloc, and the gradual expansion of the European Union" (Sherman 2018: 116). In diesem Zeitraum kristallisierte sich Englisch zunehmend als LF heraus. Englisch rückte besonders durch seine scheinbare Neutralität in den Vordergrund, die sich in allen relevanten Kommunikationssituationen als zweckmäßig erwies. Der Fokus lag folglich darin, Überlegenheit in sprachlicher bzw. kultureller Hinsicht bestmöglich zu vermeiden (vgl. Sherman 2018: 116f.).

Die Etablierung einer LF ist zudem davon abhängig, wie viele SprecherInnen mit einer gewissen Leichtigkeit eine bestimmte Sprache als Fremdsprache erlernen (vgl. Sherman 2018: 119). Darin manifestiert sich mitunter die Signifikanz des Englischen, die im Regelfall als Zweit-, Drittsprache oder Fremdsprache erlernt wird. Mittlerweile überschreitet die Anzahl dieser SprecherInnen die Menge derer, die Englisch als Erstsprache erworben haben. Gerade die Globalisierung und die damit einhergehende Mobilität begünstigen dabei die Verwendung des *Englischen als Lingua Franca* (ELF) bei sprachlichen Kontaktsituationen (vgl. Mauranen 2018: 7). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass das Englische dabei zu einer globalen Sprache wird, bei der muttersprachliches Englisch seine Relevanz verliert. ELF dient ausschließlich einer kontextbezogenen Kommunikation und setzt sich aus Englisch-Formen zusammen, die Englisch als Mutter-, Zweit- und Fremdsprache umfassen. Vereinfacht lässt sich folglich sagen, dass Englisch nicht gleich Englisch ist, sondern ELF als Zusammensetzung zahlreicher Englisch-Varianten anzusehen ist (vgl. Seidlhofer 2010: 38ff.).

Die Legitimität der erörterten Kategorisierungen des Englischen kommt deutlich bei der Verwendung von ELF im Migrationskontext zum Vorschein. Guido (2018: 544f.) beschreibt dahingehend, wie Englisch-Varianten sich negativ auf die Kommunikation zwischen MigrantInnen und in der EU angesiedelten Behörden auswirken können. Innerhalb der EU ist ELF in einer Form anzutreffen, die sich auf Ebene der Grammatik, Semantik und Syntax prinzipiell auf gemeinsame Normen stützt. Folglich geht die sprachliche Normativität bei EU-BürgerInnen bzw. EU-Institutionen, die miteinander auf Englisch kommunizieren, mit einer gewissen

Vertrautheit einher. Treffen SprecherInnen dieser ELF-Variante aber auf SprecherInnen, deren ELF-Variante außerhalb der EU angesiedelt ist, besteht vor allem im interkulturellen Kontext das Risikopotential, dass persönliche und gesellschaftliche Hürden das kommunikative Zusammenwirken behindern. Etablierte Englisch-Varianten – beispielsweise ehemaliger Kolonien in Afrika – können aufgrund normabweichender Schemata, denen andere sprachliche und kulturelle Charakteristika zugrunde liegen, manchmal als defizitäre Varianten angesehen werden (vgl. Guido 2018: 544f.). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass beide Parteien ihre sozio-kulturellen Hintergründe in ihre ELF-Varianten miteinfließen lassen. Daraus können im Migrationsbereich inhomogene Gesprächsstrukturen und Konflikte resultieren (vgl. Guido 2018: 553). Zwar ist nicht zu bestreiten, dass Englisch in Österreich eine Notwendigkeit darstellt und aufgrund der Globalisierung nicht mehr wegzudenken ist, dennoch erscheint auf Grundlage der Ausführungen die alleinige Verwendung von ELF als Strategie, zumindest im Kontext der Migration, als unzureichend (vgl. Warga-Fallenböck 2010: 63).

#### 3.1.2 Translation

Treffen anderssprachige Kommunikationsparteien aufeinander, die über keine gemeinsame *Lingua Franca* verfügen bzw. trotz dieser weiterhin mit sprachlichen und/oder kulturellen Verständigungsbarrieren zu kämpfen haben, ist beim Umgang mit Mehrsprachigkeit Translation als weitere Strategie zu erwähnen. Im Deutschen umfasst Translation<sup>7</sup> als Hyperonym das Übersetzen und Dolmetschen. Während Ersteres der sprachübergreifenden Kommunikation in Schriftform zugehörig ist, versteht man unter Dolmetschen die mündliche Wiedergabe vermittelter Informationen im Rahmen diverser Gesprächssituationen (vgl. Pöchhacker 1997: 51).

Kommunikation ist ein komplexer Prozess, dem alle zwischenmenschlichen Beziehungen zugrunde liegen. Sowohl gute als auch schlechte Beziehungen basieren auf Kommunikationsebenen, die verbale und nonverbale Aspekte umfassen (vgl. Angelelli 2004: 15). Kommunikation geht aber weit über Sprache hinaus, denn sie ist "nur die Spitze des Eisbergs von Möglichkeiten und Grenzen der Kommunikation" (Pöchhacker 1997: 51). Sprachen stellen ein wesentliches Element aller Sprachgemeinschaften dar, mithilfe welcher die eigene Soziokultur in verbaler und nonverbaler Form zum Ausdruck gebracht werden kann (vgl. Pöchhacker 1997: 51). Neben Kultur repräsentieren Sprachen verschiedene Denk-, Sichtweisen und Arten, wie

\_

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird der Fokus ausschließlich auf das Dolmetschen gelegt. Sofern im weiteren Verlauf von Translation gesprochen wird, ist dies in den meisten Fällen alleinig auf das Dolmetschen zu beziehen, obwohl vieles ebenso für das Übersetzen Gültigkeit besitzt.

Realität interpretiert werden kann (vgl. Sandrini 2019: 39). Daher ist prinzipiell in multilingualen und -kulturellen Gesellschaften daher davon auszugehen, dass Kommunikationsformen aller Art auf gewisse Weise mit Translation in Verbindung stehen. Der Fokus von Translation richtet sich darauf, innerhalb unterschiedlicher Sprachgemeinschaften ein geregeltes Miteinander zu ermöglichen (vgl. Sandrini 2019: 21f.). Dafür gilt es, mithilfe von Translation Kommunikationsbarrieren auf sprachlicher und kultureller Ebene zu überbrücken (vgl. Meyer 2009: 139). MigrantInnen erhalten dabei durch Übersetzungen einen verständlichen Zugang zu Informationen, die "sich nahtlos in die Kultur und das Textuniversum der sprachlichen Minderheit [einfügen]" (Sandrini 2019: 22). DolmetscherInnen wiederum ermöglichen denen, die noch über keine bzw. unzureichende Kenntnisse der Amtssprache/n im Aufnahmeland verfügen, u.a. mit VertreterInnen öffentlicher Behörden und Einrichtungen zu kommunizieren (vgl. Meyer 2009: 139; Wadensjö 1998: 3). Gleichzeitig erlaubt die Arbeit mit DolmetscherInnen bei erfolgreichem Informationstransfer den Institutions-VertreterInnen ihren beruflichen Verpflichtungen nachzukommen (vgl. Heath 2014).

#### 3.1.2.1 Notwendigkeit von Translation

Annähernd auf der ganzen Welt hat sich ein Bedarf an Translation entwickelt, um Kommunikation in mehrsprachigen Gesellschaften zu ermöglichen. Während Translation früher im Kontext internationaler Beziehungen von primärem Interesse war, gewinnen das Übersetzen und Dolmetschen zunehmend bei gesellschaftsinterner Kommunikation an Bedeutung, was in direktem Zusammenhang mit der verstärkten Migration, Globalisierung und Internationalisierung steht (vgl. Ozolins 2000: 21f.; Sandrini 2019: 45). Hierbei dient Translation der Überbrückung sprachlicher sowie kultureller Hürden, um potentielle Kluften zwischen den Kommunikationsparteien zu verringern (vgl. Angelelli 2004: 120).

Betrachtet man die vorherigen Ausführungen zum Thema Mehrsprachigkeit ist deutlich zu erkennen, dass Kultur stets einen wesentlichen Eingang findet (siehe Kapitel 3.1.2), denn "das menschliche Verhalten ist ohne kulturellen Bezug nicht denkbar" (Radice von Wogau <sup>2</sup>2015: 46). Sie hat nicht nur prägenden Einfluss auf Sprache, sondern auch auf Wertesysteme, Normen etc. (vgl. Radice von Wogau <sup>2</sup>2015: 46). Kalpaka (<sup>2</sup>2015: 32) vertritt mit ihrem Kulturverständnis sogar die These, dass sie nahezu als Natur eines Individuums betrachtet werden kann, die als Determinante ausschlaggebend für menschliches Handeln ist. Dies ist insbesondere im Kontext mehrsprachiger Gesellschaften zu berücksichtigen, zumal Kultur ein komplexes Konstrukt darstellt, das Macht, sozioökonomischen Faktoren und dynamischen Prozessen

unterliegt (vgl. Hegemann <sup>2</sup>2015: 80; Kalpaka <sup>2</sup>2015: 34 u. 43). Genauso wie mehrsprachige Gesellschaften ist Kultur keine Statik und Homogenität zuzuschreiben, die es erlauben würde, Kulturen innerhalb fixierter Grenzen und Territorien anzusiedeln (vgl. Eimmermacher et al. <sup>2</sup>2015: 10; Hegemann <sup>2</sup>2015: 80). Der Umgang mit Kultur ist somit von einer Komplexität gezeichnet, die professionelles kulturbezogenes Fachwissen erfordert (vgl. Hegemann <sup>2</sup>2015: 80). Demnach stellt Translation eine Notwendigkeit dar, zumal interlinguale Kommunikation zugleich interkulturelle Kommunikation erfordert.

Zwar koexistieren innerhalb mehrsprachiger Gesellschaften zahlreiche Sprach- und Kulturgruppen, jedoch wird von fremdsprachigen MigrantInnen im Rahmen der Integration erwartet, die Amtssprache des Aufnahmestaates fundiert zu erlernen, um u.a. mit den Institutionen in Kontakt treten zu können (vgl. Pöchhacker 1997: 50; Gentile 2017: 65). Folglich gilt, dass alle EinwohnerInnen, darunter Mitglieder unterschiedlicher Sprachgemeinschaften, die Mehrheitssprache zu erlernen haben, was die Frage aufkommen lassen könnte, ob Translation dann überhaupt eine Notwendigkeit darstellt (vgl. Sandrini 2019: 47). Eine Reflexion hinsichtlich der Komplexität des Fremdsprachenerwerbs erübrigt diese Überlegung hingegen sofort, zumal der Fremdsprachenerwerb zumeist ein langwieriger Prozess ist, der durch zahlreiche Faktoren, wie beispielsweise Alter, soziale Lage oder Bildungsniveau, beeinflusst wird. In manchen Fällen kann auch ein Stillstand eintreten, der sich in einem niedrigen Fremdsprachenniveau manifestiert (vgl. Pöchhacker 1997: 50; Meyer 2009: 141). Umgekehrt ergeben sich aber ebenso Situationen, in denen die Amtssprache des Aufnahmelandes zwar gesprochen wird, aber die Sprachkompetenz sich in spezifischen Kontexten als unzureichend erweist, weshalb die Unterstützung von DolmetscherInnen erfordert wird (vgl. Meyer 2009: 141).

Weiters können Kommunikationsprobleme aufgrund inkorrekter Dekodierung von Körpersprache auftreten. Nonverbale Kommunikation ist eng mit Sprache und Kultur verbunden. Werden nonverbale Signale falsch interpretiert oder ignoriert, kann dies zu Missverständnissen oder sogar gravierenden Fehlinterpretationen führen. Der Grund dafür ist, dass Körpersprache von Seiten der EmpfängerInnen primär den Bedeutungen der eigenen Kultur zugeschrieben wird, aber konträr zur kulturellen Bedeutung der SenderInnen sein kann (vgl. Felgner 2009: 50f.). Um die Bedeutung der außersprachlichen Signale korrekt zu transportieren, werden daher DolmetscherInnen benötigt. Neben dem Inhalts- und Kulturtransfer besteht die Aufgabe von DolmetscherInnen in mehrsprachigen Gesellschaften und Kommunikationssituationen demgemäß auch darin, dass nonverbale Zeichen richtig kulturell eingebettet und interpretiert werden (vgl. Felgner 2009: 50).

#### 3.2 Einführung in die Sprach- und Translationspolitik

Sinn und Zweck von Integrationsmaßnahmen bestehen darin, MigrantInnen aktiv ins gesellschaftliche Leben einzubinden und ihnen einen Zugang zum Sozialsystem, den dazugehörigen Institutionen sowie dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Essentiell dafür ist die Beherrschung der Amtssprache des Aufnahmelandes (vgl. Pöchhacker 1997: 50; Lanfranchi <sup>2</sup>2015: 16). Der Spracherwerbsprozess erweist sich oftmals jedoch als langwierig (vgl. Pöchhacker 1997: 50), was womöglich mit der Problematik der sprachlichen Identität in Zusammenhang steht (vgl. Wedam 2009: 185). Die Herkunftssprache ist zumeist wesentlicher Bestandteil der Identität und des Selbstvertrauens von MigrantInnen. Es handelt sich dabei oftmals um eine Konstante, auf Grundlage welcher man an der eigenen Identität festhält (vgl. Wedam 2009: 185). Integration sollte folglich darauf abzielen, dass "Teile der eigenen Identität bewahrt bleiben und neue Elemente hinzukommen" (Lanfranchi <sup>2</sup>2015: 16). Hinzu kommt, dass diverse Sprachprobleme und potentielles Nichtverstehen enorme Stressfaktoren darstellen, die meist in einer Angst vor Behörden resultieren. Zusätzlich zu sprachlichen Hürden haben MigrantInnen teilweise mit weiteren Problemfaktoren, wie Finanzen, Diskriminierung und negativen Erfahrungen mit Behörden, zu kämpfen (vgl. Horn <sup>2</sup>2015: 179). Dies spiegelt in manchen Fällen die Migrationsgründe wider, aufgrund welcher die Herkunftsländer in erster Linie verlassen wurden (siehe Kapitel 2.4.2). Anstelle wirtschaftlichen Wohlstandes und sozialen Aufstieges im Aufnahmeland, wird folglich ein Déjà-vu der sozialen Hilflosigkeit erlebt (vgl. Lanfranchi <sup>2</sup>2015: 18). Ungeachtet der Herkunft sollten MigrantInnen aber das Recht auf angemessenen Zugang und Teilnahmemöglichkeiten auf allen Ebenen der Aufnahmegesellschaft haben (vgl. Eimmermacher et al. <sup>2</sup>2015: 3f.). In diesem Kontext gilt es daher, Sprach- und Kulturbarrieren zu überwinden, zumal die Ursachen für Kommunikationsprobleme nicht den MigrantInnen alleinig zuzuschreiben sind, sondern ebenso einer unzureichenden Integrations- und Sprachpolitik der Institutionen des Aufnahmelandes (vgl. Pöchhacker 1997: 50 u. 203; Lanfranchi <sup>2</sup>2015: 18).

Integration erfordert Bemühungen von MigrantInnen und Staat, zumal die Erfolgschancen von der Mitwirkung beider Parteien abhängig sind (vgl. Wedam 2009: 181f.). Von Seiten der Aufnahmestaaten ist daher u.a. eine geregelte Sprach- und Translationspolitik erforderlich, damit MigrantInnen das Gefühl bekommen, auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene ernstgenommen sowie akzeptiert zu werden (vgl. Rittenberg-Cogan <sup>2</sup>2015: 126). Soziale Ungleichheit und mangelnde Sprachkompetenzen können sich nämlich negativ auf die Gesundheit von MigrantInnen auswirken (vgl. Horn <sup>2</sup>2015: 179; Lanfranchi <sup>2</sup>2015: 21). Zugleich erschweren Sprachprobleme MigrantInnen nicht nur den Zugang zum Sozialsystem und öffentlichen

Gesundheitswesen, sondern behindern Institutionen beim Erfüllen der eigenen Verpflichtungen (vgl. Pöchhacker 1997: 203). Daraus wird ersichtlich, dass eine geregelte Sprach- und Translationspolitik, insbesondere für die effektive Funktionsweise von öffentlichen Behörden und Einrichtungen, notwendig ist (vgl. Ozolins 2010: 211). Aus diesem Grund widmen sich die folgenden theoretischen Ausführungen der Sprach- und Translationspolitik sowie der translationspolitischen Lage in Österreich, unter der Berücksichtigung des Professionalisierungsstatus von Community Interpreting (CI) am österreichischen Markt.

#### 3.2.1 Theoretische Grundlagen nach Sandrini (2019)

In öffentlichen Sozialeinrichtungen besteht ein Bewusstsein dafür, dass Sprachdienstleistungen erforderlich sind, um sprachliche Kommunikationsbarrieren zu überwinden (vgl. Gentile et al. 1996: 12). Um translatorische Dienstleitungen jedoch in mehrsprachigen Gesellschaften zu integrieren, benötigt es Tools und Strategien, die eine Formgebung auf translationspolitischer Ebene ermöglichen (vgl. Sandrini 2019: 21). Diesem Forschungsfeld widmete sich Sandrini (2019), der die Organisation von Translationspolitik für Regional- oder Minderheitensprachen anhand des Fallbeispiels Südtirol untersuchte. Seine Monographie fokussiert sich dabei ausschließlich auf das Übersetzen in mehrsprachigen Gebieten. Das vorliegende Kapitel zielt darauf ab, die Ausführungen zu Sprach- und Translationspolitik auf das Dolmetschen auszuweiten, zumal das durch Mehrsprachigkeit geprägte soziale Miteinander im interpersonellen Kommunikationskontext ebenso durch Politik geprägt sein kann (vgl. Sandrini 2019: 21).

Wie im Schriftlichen verfügen Institutionen im Mündlichen über Verwaltungssprachen, denen soziale Konventionen sowie Regelungen zur Sprachverwendung zugrunde liegen. Daraus ergibt sich ein heterogenes Translationsumfeld, das oftmals unzureichend organisiert ist. Als Grund ist mitunter die fälschliche Annahme anzuführen, dass alleinige Sprachkompetenz in mehrsprachigen Kontexten ausreichend ist. Zudem zeichnet sich das Thema der Translationspolitik als relative Neuheit aus, die erst während der letzten Jahre zunehmend in der Literatur behandelt wurde (vgl. Sandrini 2019: 23 u. 27). Bevor aber genauer auf Translationspolitik eingegangen wird, erscheint es sinnvoll, zuallererst Politik näher zu definieren. Laut Sandrini (2019) bezieht sich Politik "zunächst auf das Gestalten eines Gemeinwesens (Staat, Kommune, Verein, etc.) und auf die Lenkung des Verhaltens seiner individuellen Mitglieder" (Sandrini 2019: 37). Der Politikbegriff kann dabei folgendermaßen differenziert werden: normativ und pragmatisch. Während der normative Politikbegriff auf Kommunität und gute Ordnung innerhalb eines Staates abzielt, liegt der Fokus des pragmatischen Politikbegriffs auf Machtaspekten.

Außerdem wird Politik in der Wissenschaft in die drei Felder *Polity*, *Polity* und *Politics* aufgegliedert (vgl. Sandrini 2019: 37). *Polity* beinhaltet politische Gesellschaftsstrukturen – Regierungssysteme, Parteien etc. – sowie die dazugehörigen Rechtsordnungen, wie z.B. Verfassung und Rechtsverordnungen, die Entscheidungsrahmen und Zuständigkeiten definieren. *Policy* umfasst politische Inhalte, deren Formulierung bzw. Realisierung im Vordergrund steht. Der Politikbereich hat demnach Problemlösungen und gesellschaftliche Formgebung zum Gegenstand. *Politics* befasst sich wiederum mit politischen Prozessen, zu denen u.a. Wahlen und Lobbyarbeit dazugezählt werden können. Folglich setzt sich Politik aus entscheidungsbasierten Maßnahmen zusammen, die stets auf einen ausgewählten Bereich, z.B. Sprachpolitik, eingegrenzt werden können (vgl. Sandrini 2019: 37f.). Sprachpolitik umfasst demnach alle Eingriffe von Institutionen und gesetzliche Regelungen auf Grundlage welcher der Sprachgebrauch beeinflusst wird. In Staaten mit einer Amtssprache bezieht sich Sprachpolitik folglich auf die Standardisierung einer einzigen Sprache. Sprachenpolitik hingegen zielt auf die regulierte Sprachverwendung zweier bzw. mehrerer Amtssprachen innerhalb eines Staates ab (vgl. Sandrini 2019: 41f.).

Sprachpolitik zielt nicht nur auf den Wissens- und Informationszugang ab, sondern auch auf den sozialen Zugang zu Sprachgemeinschaften (vgl. Sandrini 2019: 58). In diesem Kontext der Sprachpolitik darf vor allem die Translationspolitik nicht außer Acht gelassen werden, zumal diese als wesentlicher Bestandteil einer jeden Sprachpolitik eine prägende Wirkung auf das Verhältnis von Sprachen zueinander hat und somit den öffentlichen Stellenwert einer Sprache beeinflusst. Der Stellenwert unterliegt dem Einfluss, wie und ob überhaupt Translation auf Grundlage der Sprachpolitik organisiert ist, d.h. wie die Ausbildung von TranslatorInnen, die Ausübung translatorischer Leistungen sowie die Infrastruktur geregelt wird (vgl. Sandrini 2019: 42 u. 66f.). Die Translationspolitik unterliegt dabei Gestaltungsmaßnahmen, die in die Zuständigkeitsbereiche von Institutionen und Behörden fallen (vgl. Sandrini 2019: 103). Nach Sandrini (2019) ist Translationspolitik demnach "jedes bewusste und/oder unbewusste Gestalten bzw. Steuern von Translation unabhängig von einzelnen Personen sowie unabhängig von spezifischen Übersetzungen oder Übersetzungsaufträgen" (Sandrini 2019: 67). Bezieht man diese Begriffsdefinition auf das Dolmetschen, könnte der obige Wortlaut Sandrinis (2019: 67) also folgendermaßen lauten: "Translationspolitik ist jedes bewusste und/oder unbewusste Gestalten bzw. Steuern von Translation unabhängig von einzelnen Personen sowie unabhängig von spezifischen Dolmetschungen und Dolmetschaufträgen" [adaptiertes Zitat v. Sandrini 2019: 67 durch die Verfasserin].

Prinzipiell besteht in mehrsprachigen Gesellschaften der Zweck von Translation in der

Förderung der Integration und Chancengleichheit, die mithilfe der Überwindung von Sprachbarrieren den Informationszugang und die gegenseitige Kommunikation gewährleisten soll. Translation allein kann diese Hürden jedoch nicht aus dem Weg räumen. Das Gelingen innergesellschaftlicher Translation unterliegt dem Regulierungsgrad auf politischer Ebene, d.h., dass die politische Organisierung von Translation in mehrsprachigen Gesellschaften direkten Einfluss auf barrierefreie Kommunikationsförderung, Integrationsmaßnahmen und damit einhergehende Kosten hat (vgl. Sandrini 2019: 58). "Translationspolitik ist damit ein Instrument zum Steuern (Erleichtern, Verhindern, Erschweren, etc.) des demokratischen Rechtes der Bürger auf Partizipation am öffentlichen Leben durch Kommunikation mit den Behörden." (Sandrini 2019: 66) Im Gegensatz zur Translationskultur<sup>8</sup>, die vorrangig dem Einfluss der AkteurInnen der Translationsdisziplin unterliegt (ÜbersetzerInnen, DolmetscherInnen, AuftraggeberInnen etc.) (vgl. Prunč 2008: 26; vgl. Sandrini 2019: 71), wird Translationspolitik von politischen Regelungen und sprachpolitischen Normen gelenkt, die teilweise keinen eindeutigen Bezug zu Translation aufweisen, aber trotzdem unmittelbare Wirkung auf Translation haben (vgl. Sandrini 2019: 71 u. 102). Translatorische Dienstleistungen sind im Kontext gesellschaftlicher Mehrsprachigkeit demnach nur effizient einsetzbar, wenn entsprechende Regelungen vorliegen. Die Umsetzung solcher translationspolitischer Regelungen sollte in öffentlichen Institutionen eine Priorität darstellen, auch wenn die Komplexität dieses Aufgabenbereiches mit großen Herausforderungen einhergeht (vgl. Sandrini 2019: 87 u. 407). Translationspolitik ist schließlich eng mit Translationsqualität verbunden (vgl. Sandrini 2019: 91), was besonders im Gesundheitsbereich von immenser Bedeutung ist. Folglich ist es notwendig, dass der Zugang zu Dolmetschleistungen politischen Reglungen bzw. Richtlinien unterliegt (vgl. Hsieh 2016: 197).

#### 3.2.1.1 Internationale und europäische Rechtsgrundlagen

Im Kontext translationspolitischer Rechtsgrundlagen spricht Sandrini (2019: 74) auf internationaler Ebene von einem "kleinsten gemeinsamen Nenner", der supranationalen und -regionalen Entscheidungen zugrunde liegt. Diese mildern Homogenisierungsbestrebungen ab und heben intranationale Unterschiede durch rechtliche Mindeststandards zum Schutz sprachlicher/kultureller Minderheiten hervor. Den Grundstein dafür bildet die *Allgemeine Erklärung der* 

\_

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Prunč (2008) definiert Translationskultur als "das historisch gewachsene, sich aus der dialektischen Beziehung zur Translationspraxis entwickelnde, selbstreferentielle und selbstregulierende Subsystem einer Kultur [...], das sich auf das Handlungsfeld Translation bezieht, und das aus einem Set von gesellschaftlich etablierten, gesteuerten und steuerbaren Normen, Konventionen, Erwartungshaltungen und Wertvorstellungen sowie den habitualisierten Verhaltensmustern aller in dieser Kultur aktuell oder potentiell an Translationsprozessen beteiligten Handlungspartnern besteht". (Prunč 2008: 24f.)

Menschenrechte (AEMR) der UNO, die Gerechtigkeit, Gleichheit, soziale Zugehörigkeit und Freiheit auf internationaler Ebene als Prinzipien rechtlich verfolgt. Darin sind in Bezug auf Sprache zwei fundamentale Rechte verankert: freie Meinungsäußerung (Art 19 AEMR) und Gleichheit vor dem Gesetz/Diskriminierungsverbot (Art 7 AEMR). Erstere ist ebenso in Art 13 des österreichischen Staatsgrundgesetzes (StGG) verankert und räumt allen EinwohnerInnen das Recht ein, frei ihre eigene Meinung äußern zu dürfen. Es bedeutet jedoch nicht, dass der Staat verpflichtet ist, dafür DolmetscherInnen zur Verfügung zu stellen (vgl. Sandrini 2019: 74f.). Gleiches gilt ebenso für das zweite Sprachenrecht. Daraus wird ersichtlich, dass alleinig diese zwei sprachbezogenen Grundrechte in mehrsprachigen Gesellschaften unzureichend sind. Man könnte sogar behaupten, dass sie aufgrund verschiedener Faktoren, wie z.B. Ressourcen, SprecherInnenanzahl, Staatsbürgerschaftszugehörigkeit etc., eingeschränkt werden könnten. Damit ist kein ausreichender Schutz von MigrantInnen sowie deren Sprachenvielfalt gegeben (vgl. Sandrini 2019: 75). Eine weitere Regelung für Sprachenrechte ist in der Genfer Konvention von 1949 verankert. Darin ist in Art 17 und Art 41 festgeschrieben, dass Gefangene bei Befragungen, Befehlen, Verfahren etc. das Recht haben, in einer ihnen verständlichen Sprache zu kommunizieren, wobei keine Garantie für die Verwendung der Muttersprache bzw. einer anderen frei gewählten Sprache besteht. Der primäre Fokus liegt lediglich auf der Verständlichkeit. Zwar sind bei beiden Rechtsgrundlagen Fairness und Gleichberechtigung im Vordergrund, dennoch beinhalten diese keine translationspolitischen Regelungen in Bezug auf das Heranziehen der eigenen Herkunftssprache (vgl. Sandrini 2019: 76f.).

Des Weiteren erweist sich ein Blick auf europäische Rechtsgrundlagen als interessanter Aspekt, zumal Sprache und Politik in Europa stets eine enge Verbindung aufwiesen bzw. es weiterhin tun. Insbesondere bis zur ersten Hälfte des 20. Jh. war deutlich erkennbar, dass Sprache eine politische Funktion innehatte, die sich auf ein nationales bzw. nationalistisches Fundament stützte. Mit der Globalisierung veränderte sich die Relation von Sprache und Politik, wobei sich die Relevanz von Sprache auf die Bereiche Wirtschaft, Wissenschaft, Kultur etc. ausdehnte (vgl. Fasslabend 2010: 10). Dadurch verzeichneten Sprachenpolitiken Veränderungen. Beispielsweise wurde Ende der 1950er Jahre auf EU-Ebene die *Sprachencharta* verabschiedet, die seitdem das sprachpolitische Ziel verfolgt, Mehrsprachigkeit zu wahren, indem alle Staatssprachen als offizielle EU-Amts- und Arbeitssprachen aufgenommen wurden. Diese sprachpolitische Verordnung erlaubt allen EU-BürgerInnen sich in jeder beliebigen EU-Amtssprache an die EU-Institutionen zu wenden und ebenso Rückmeldungen in dieser zu erhalten. Des Weiteren setzt die Sprachenpolitik fest, dass bestimmte Dokumente und Sitzungen, in alle Amtssprachen übersetzt bzw. gedolmetscht werden. Daher besitzt die EU den größten

Übersetzungs- und Dolmetschdienst der ganzen Welt (vgl. De Cilla 2010: 24f.). Weitere Sprachenregelungen sind auf juristischer Ebene vorzufinden. So wurde beispielswiese in Art 5 Abs 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) vom Europarat im Jahr 1950 beschlossen, dass bei der Festnahme in einer verständlichen Sprache über die Gründe aufgeklärt werden muss. Da im Falle einer Anklage gemäß Art 6 ein Rechtsanspruch auf ein faires Verfahren besteht, kommen bei Nichtbeherrschung der Verhandlungssprache auch DolmetscherInnen zum Einsatz. Werden diese Rechte verletzt, können sie im Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eingeklagt werden (vgl. Sandrini 2019: 77f.). Gemäß Art 11 Abs 2 RB 2002/584/JI des gefällten Rahmenbeschlusses über den Europäischen Haftbefehl und die Übergabeverfahren zwischen den Mitgliedstaaten haben Verdächtige in der Europäischen Union bei der Festnahme im Strafverfahren ebenso das Recht auf AnwältInnen und DolmetscherInnen. 2010 wurde zusätzlich die Richtlinie 2010/64/EU verabschiedet, deren Fokus auf der Verteidigung von Angeklagten liegt. Im Rahmen von Art 2 und Art 3 RL 2010/64/EU können Angeklagte DolmetscherInnen sowie die Übersetzung aller relevanten Textdokumente im Strafverfahren einfordern. Somit wurde im Strafrecht auf EU-Ebene eine translationspolitische Grundlage geschaffen, die als Ausgangspunkt für die Umsetzung in nationales Recht der Mitgliedsstaaten gilt. Verzeichnisse allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter DolmetscherInnen gelten dabei als zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahme (vgl. Sandrini 2019: 85ff.).

Tatsächlich zeichnet sich Translationspolitik somit lediglich durch einen "kleinsten gemeinsamen Nenner" aus, der einen Mindestmaßstab vorgibt (vgl. Sandrini 2019: 74 u. 87). Dieser Mindestmaßstab deckt dabei nur die Kommunikation mit EU-Institutionen sowie strafrechtliche Angelegenheiten ab. In mehrsprachigen Gesellschaften ist Translationspolitik aber in weit mehr Bereichen erforderlich als nur im Strafrecht. Besonders Österreich ist trotz einer offiziellen Amtssprache dennoch ein mehrsprachiger Staat, der durch zahlreiche Minderheiten, Migrations- und internationale Verkehrssprachen geprägt ist. Die Förderung der Mehrsprachigkeit auf sprachpolitischer Ebene und Unterstützung von MigrantInnen mithilfe von Translationspolitik sind daher essentielle Aufgaben, um nicht nur die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit des Landes, sondern auch die sozio-kulturelle Solidarität der Gesellschaft zu stärken (vgl. Warga-Fallenböck 2010: 66).

#### 3.2.2 Spektrum der Translationspolitik nach Ozolins (2010)

Der Zugang zu Translation ist in mehrsprachigen Gesellschaften von den translationspolitischen Regelungen abhängig, die im Aufnahmeland herrschen (siehe Kapitel 3.2.1). Dazu

untersuchte Ozolins (2000/2010) wie Translationspolitik organisiert sein kann, um im Kontext der Migration mehrsprachigen Kommunikationsbedarf abzudecken. Die verschiedenen Zugänge zur Mehrsprachigkeit stellte er visuell anhand einer Skala dar (siehe Abb. 1), die ein breites *Spektrum der Translationspolitik* visualisiert.

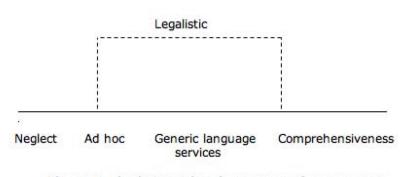


Abb. 1: Spektrum der Translationspolitik nach Ozolins (2010: 195)

Ein Extrem des Spektrums bildet die Existenzverneinung mehrsprachiger Kommunikationsproblematiken, aufgrund welcher der geregelte Zugang zu Dolmetschleistungen in der Aufnahmegesellschaft durch fehlende Translationspolitik nicht vorhanden ist (vgl. Ozolins 2000: 21f.;
Ozolins 2010: 195). Obwohl keinerlei Sprachregelungen zur Seltenheit gehören, sind MigrantInnen in diesem Fall auf Eigeninitiative angewiesen, indem selbst DolmetscherInnen beauftragt werden, oder auf Familie bzw. Freunde zurückgegriffen wird (vgl. Ozolins 2000: 22f.).

Weiters stützen sich gewisse Institutionen – darunter die Polizei oder einzelne Krankenhäuser – auf Ad-Hoc-Lösungen, um mehrsprachigen Kommunikationsbedarf zu decken, der zumeist mit einem kürzlichen Anstieg von Migrationsströmen in Verbindung steht. So werden z.B. bilinguale Personen aus dem Bekanntenkreis (Familie, Freunde etc.) oder Freiwillige als DolmetscherInnen herangezogen. Der Fokus liegt hierbei nicht auf Ausbildung oder Akkreditierung, sondern dem sofortigen Nachkommen des Kommunikationsbedarfs (vgl. Ozolins 2000: 21ff.; Ozolins 2010: 195). Manche Länder verfügen wiederum über translationspolitische Regelungen, die zumindest in gewissen Bereichen den Zugang zu allgemeinen Sprachdienstleistungen ermöglichen. Zumeist sind es Bemühungen von Seiten der Regierungen, aber auch charitativer bzw. privater Einrichtungen, die auf diese Weise versuchen, dem Bedarf an mehrsprachigen Lösungen nachzukommen. Hier ist u.a. das Telefondolmetschen bzw. das Bereitstellen von DolmetscherInnen in Krankenhäusern als Beispiel anzuführen (vgl. Ozolins 2000: 21ff.; Ozolins 2010: 195). Zuletzt besteht aber auch die Möglichkeit, dass Aufnahmeländer den Umgang mit Mehrsprachigkeit im öffentlichen Sektor durch tief verankerte Maßnahmen im Rahmen einer ganzheitlichen Translationspolitik regulieren. Dazu gehört neben dem zur Verfügung

stellen von Dolmetschleistungen beispielsweise auch eine geregelte Ausbildung und Zertifizierung. Betrachtet man die Skala, erkennt man zudem, dass innerhalb des Spektrums der Ad-Hoc-Lösungen sowie dem Beginn der geregelten Translationspolitikmaßnahmen der Zugang zum Teil auf (verfassungs-)rechtliche Normen gestützt sein kann (vgl. Ozolins 2000: 21f. u. 24; Ozolins 2010: 195). Dies trifft überwiegend auf das Gerichtsdolmetschen zu (vgl. Ozolins 2000: 24; Ozolins 2010: 195), was u.a. auf internationale und europäische Rechtsgrundlagen im Strafverfahren zurückgeführt werden kann (siehe Kapitel 3.2.1.1). Grundsätzlich ermöglicht diese Bandbreite des Spektrums somit eine visualisierte Zuordnung der meisten Staaten in Hinblick auf ihre Translationspolitik (vgl. Ozolins 2010: 195).

Ozolins (2010: 196) führt eine genaue Zuordnung auf diverse Makrofaktoren zurück, die sich durch stetige Präsenz im Kommunalbereich auszeichnen und wesentlichen Einfluss auf die tatsächlich zur Verfügung stehenden Sprachdienstleistungen haben. Als erster Makrofaktor wird der Staatshaushalt angeführt, da die Verwendung staatlicher Mittel die Qualität sowie die Art der Sprachdienstleistungen im öffentlichen Sektor beeinflussen. Zunehmende Sprachenvielfalt bringt als zweiter Makrofaktor einen steigenden Bedarf an interlingualer Kommunikation mit sich. Die Reaktion auf solche Entwicklungen seitens von Institutionen erlaubt einen Einblick auf die Ebene translationspolitischer Entscheidungsfindung, was als dritter Makrofaktor definiert werden kann. Dieser stützt sich darauf, dass die Organisation von Sprachdienstleistungen institutionsbasiert sein kann, sofern von staatlichen AkteurInnen der Bedarf aufgrund von Mehrsprachigkeit erkannt wird und Mittel bzw. Strategien gesucht werden, um die Bedürfnisse entsprechend zu befriedigen. Diese Bedürfnisse bilden gleichzeitig den vierten Makrofaktor, der auf sektorübergreifenden Dolmetsch-Bedarf hindeutet, zumal MigrantInnen trotz fehlender bzw. mangelnder Sprachenkenntnis dennoch regelmäßig in Kontakt mit Behörden und Einrichtungen treten. Folglich ist eine sektorübergreifende Politikgestaltung im Rahmen sprachpolitischer Entscheidungsprozesse erforderlich. Diese vier Aspekte können somit als Konstanten verstanden werden, die nicht nur Auswirkungen auf die Bereitstellung von Sprachdienstleistungen haben, sondern auch auf deren politische Ausarbeitung (vgl. Ozolins 2010: 196).

Überdies können weitere Subfaktoren auf die politische Prioritätensetzung in Hinblick auf mehrsprachigen Kommunikationsbedarf einwirken (vgl. Ozolins 2010: 196). An erster Stelle ist der allgemeine Zugang zur Migration von Seiten der Öffentlichkeit und Politik anzuführen. Hierbei ergeben sich deutliche Unterschiede, zumal manche Länder, die vorher primär durch Monolingualismus und -kulturalität gekennzeichnet waren, erst innerhalb der letzten Jahre spürbare Migration erlebten und sich den neuen Umständen anpassen müssen. Ebenso

nimmt das Organisationsprinzip eines Staates Einfluss auf translationspolitische Regelungen. Während beim Unitarismus dieser Politikbereich zentral gesteuert wird, kann er in Staaten mit föderalistischem Prinzip wiederum den Zuständigkeiten der jeweiligen Bundesländer unterliegen. In diesem Zusammenhang existieren auch divergente Auffassungen, inwieweit Sprachdienstleistungen in den öffentlichen Verantwortungsbereich fallen sollen. Eine weitere Problematik ergibt sich zudem aus dem Aspekt, dass das Dolmetschen im Allgemeinen vorrangig mit dem Konferenzdolmetschen in Verbindung gebracht wird und der Professionalisierungsstatus in einzelnen Dolmetsch-Bereichen deutliche Unterschiede aufweist. Das trifft insbesondere auf das Dolmetschen im Kommunalbereich zu (vgl. Ozolins 2010: 196ff.). Da die Thematik der vorliegenden Forschungsarbeit dem Dolmetschen im Kommunalbereich zuzuordnen ist, wird dies in den folgenden Abschnitten näher dargestellt.

## 3.2.3 Community Interpreting

Das Community Interpreting (CI) kann als älteste Form des Dolmetschens bezeichnet werden (vgl. Roberts 1997: 7). Seitdem ein Bedarf an interlingualer Kommunikation zwischen heterogenen Sprachgruppen besteht, wird auf diese intrasozietäre Form des Dolmetschens zurückgegriffen (vgl. Ahamer 2013: 55). Dennoch scheint auf gesellschaftlicher Ebene das Dolmetschen ausschließlich mit dem Konferenzdolmetschen assoziiert zu werden (vgl. Ozolins 2010: 197), weshalb zunächst eine klare Differenzierung notwendig erscheint, um darauffolgend den CI-Begriff eindeutig definieren und den Professionalisierungsstatus des CI, mit besonderer Berücksichtigung des Dolmetschens im Gesundheitsbereich, nachvollziehen zu können.

#### 3.2.3.1 Konferenzdolmetschen vs. Community Interpreting

Das Konferenzdolmetschen und *Community Interpreting* können prinzipiell als entgegengesetzte Pole verstanden werden, die einander zwar hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen gleichgestellt sind, jedoch eine deutliche Divergenz im gesellschaftlichen Prestige aufweisen (vgl. Moazedi 2008: 68f.; Ahamer 2013: 55; Gentile et al. 1996: 10; Obermayer 2008: 34). Obermayer (2008: 34) tituliert das Konferenzdolmetschen auf Grundlage ihrer bibliometrischen Untersuchung daher als "Alphatier" des Dolmetschens. Maßgeblichen Beitrag leisteten dazu die *Nürnberger Prozesse* nach dem 2. Weltkrieg, die mit der Einführung des Simultandolmetschens im Konferenzbereich einhergingen. Obwohl auf internationaler Ebene das Konsekutiv-dolmetschen weiterhin zum Einsatz kommt, entwickelte sich das Simultandolmetschen

innerhalb kürzester Zeit zum bevorzugten Dolmetschmodus bei grenzüberschreitenden Treffen und gilt bis heute als ausschlaggebendes Merkmal des Konferenzdolmetschens. Hinzu kommt, dass das Konferenzdolmetschen seinen Status den Settings und AuftraggeberInnen – PolitikerInnen, DiplomatInnen, RegierungsbeamtInnen etc. – zu verdanken hat (vgl. Gentile et al. 1996: 8). Die Gesprächsparteien sind im Konferenzsetting auf hierarchischer Ebene gleichgestellt, zumal sie nicht nur in beruflicher Hinsicht auf gemeinsame Erfahrungswerte zurückgreifen können bzw. über denselben Bildungsstand verfügen, sondern auch das gleiche Sprachregister verwenden. Die Gewährleistung interlingualer Kommunikation stützt sich dabei primär auf professionell ausgebildete DolmetscherInnen, deren Einsatz sich zu einer Selbstverständlichkeit entwickelt hat (vgl. Gentile et al. 1996: 2 u. 19f.; Obermayer 2008: 41). Zudem verfügt das Konferenzdolmetschen über festgelegte Arbeitsstandards, die den Bestrebungen von Berufsverbänden zuzuschreiben sind (vgl. Pöchhacker 1997: 52).

Im direkten Gegenzug dazu steht das CI als das "schwarze Schaf" (Obermayer 2008: 34), welches sich sozusagen im Schatten des Konferenzdolmetschens entwickelte (vgl. Gentile et al. 1996: 15). Diese Entwicklung erfolgte aufgrund sozioökonomischer Faktoren ungefähr zeitgleich zum Konferenzdolmetschen in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg, die mit enormen Migrationsströmen einherging. Im CI-Bereich wuchs somit der Bedarf an DolmetscherInnen, die in der Lage waren, Kommunikation zwischen anderssprachigen MigrantInnen, der Aufnahmegesellschaft sowie den dazugehörigen Institutionen zu ermöglichen. Hierbei wurde (und wird bis heute) oftmals der Ad-Hoc Ansatz verfolgt, in dem man auf bilinguale Freiwillige, Familie, Bekannte etc. als DolmetscherInnen zurückgreift. Daraus resultiert bis heute ein größeres Bewusstsein für die Tätigkeit des Dolmetschens als über die Rolle der DolmetscherInnen an sich (vgl. Gentile et al. 1996: 8ff.). Folglich herrscht von Seiten der vorher erwähnten NutzerInnengruppen mangelndes Wissen und Wertschätzung hinsichtlich des Dolmetsch-Berufs im CI-Bereich (vgl. Gentile 2017: 70; Gentile et al. 1996: 2).

Wie die Bezeichnung *Community Interpreting* bereits verrät, findet das Dolmetschen innerhalb der Gesellschaft statt (vgl. Ahamer 2013: 56), weshalb es in vielen Fällen als mehrsprachige Sozialarbeit erachtet wird (vgl. Gentile et al. 1996: 9). Diesbezüglich wird DolmetscherInnen insbesondere Altruismus und Hilfsbereitschaft als Charakteristika zugschrieben (vgl. Moazedi 2008: 69). Zieht man auf dieser Grundlage also einen groben Vergleich zwischen dem Konferenzdolmetschen und CI, sind diese an den jeweils entgegengesetzten Enden einer hierarchischen Ebene anzusiedeln. Der Professionalisierungsstatus unterschiedlicher Dolmetsch-Formen steht somit in direktem Zusammenhang zum Tätigkeitsfeld, in denen die Dolmetschleistungen erbracht werden (vgl. Moazedi 2008: 65f. u. 83f.). In diesem Kontext stellt

sich jedoch die Frage, ob das Dolmetschen in multikulturellen und mehrsprachigen Gesellschaften überhaupt als Aufgabe eines "schwarzen Schafes" erachtet werden kann (Obermayer 2008: 34).

## 3.2.3.2 Definition und Settings

Community Interpreting steht in der Regel für das Dolmetschen in kommunalen Settings, bei dem interlingualer Informationstransfer auf institutioneller Ebene in Behörden, Ämtern, Ordinationen sowie weiteren öffentlichen Einrichtungen aller Art stattfindet (vgl. Pöchhacker 1997: 52). Dennoch ist bei der Verwendung des Ausdrucks Sorgfalt geboten, zumal diesem keine allgemeine Gültigkeit zugeschrieben werden darf. In der translationswissenschaftlichen Fachliteratur wird Community Interpreting nämlich als "weiterhin unscharf" (Bowen <sup>2</sup>2003: 319) sowie "vages und diffuses Konstrukt" (Pöllabauer 2005: 50) beschrieben, zumal viele Bezeichnungen existieren, die in den Anwendungsbereich des CI fallen könnten, darunter "community, interpreting, public service interpreting, cultural interpreting, dialogue interpreting, ad hoc interpreting, liaison interpreting, escort interpreting, and medical or legal interpreting, to name just a few" [Hervorhebung im Original] (Roberts 1997: 8).

Der wesentlichste Berührungspunkt der angeführten Bezeichnungen liegt zwar in der Abgrenzung zum Konferenzdolmetschen, dennoch weisen diese keine ganzheitliche Synonymität auf (vgl. Roberts 1997: 8). Roberts (1997: 9) argumentiert dahingehend, dass die verschiedenen Bezeichnungen unterschiedlichen oder keinen eindeutigen Settings zugeschrieben werden können. Dies wird anhand der folgenden Graphik genauer veranschaulicht:

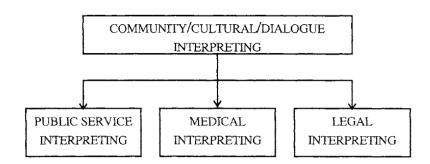


Abb. 2: Varieties of Community Interpreting (Roberts 1997: 9)

Community Interpreting, Cultural Interpreting und Dialogue Interpreting sind in der Regel keinem eindeutigen Setting zuzuschreiben. Folglich können sie als Hyperonym angesehen

werden, denen *Public Service Interpreting*, *Medical Interpreting* und *Legal Interpreting*<sup>9</sup> als Subkategorien zugehörig sind. Letztere erlauben grundsätzlich eine spezifische Zuschreibung zu einem Tätigkeitsbereich, z.B. öffentlichen Institutionen, Gesundheits- oder Rechtswesen (vgl. Roberts 1997: 9). Des Weiteren existieren im Deutschen auch *Kommunaldolmetschen* oder *Behördendolmetschen* als weitere Termini (vgl. Pöchhacker 1997: 52), jedoch kommt überwiegend der englische Ausdruck *Community Interpreting* auch im deutschsprachigen Raum<sup>10</sup> in der Fachliteratur zur Verwendung (vgl. Bowen <sup>2</sup>2003: 319; Pöllabauer 2005: 50f.).

Wie bereits erwähnt, wird im Rahmen des CI überwiegend in kommunalen Settings gedolmetscht, in denen unterschiedliche Sprachen und Kulturen aufeinandertreffen (vgl. Gentile et al. 1996: 1). Wesentliches Charakteristikum ist dabei der dialogische Verlauf und die interpersonelle Orientierung der Kommunikation zwischen den Gesprächsparteien (vgl. Roberts 1997: 7 u. 11). Die häufigste KundInnengruppe stellen in diesem Zusammenhang u. a. MigrantInnen und AsylwerberInnen dar (vgl. Pöllabauer 2005: 53), die "einer ethnischen, sprachlichen Gemeinschaft zugehörige Individuen [sind], die als Einzelpersonen mit den Institutionen des Aufnahmelandes in Kontakt treten und aufgrund sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten DolmetscherInnen benötigen" (Pöllabauer 2005: 54). In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass die Kommunikation nicht nur sozio-kulturellen Faktoren unterliegt (vgl. Angelelli 2008: 149), sondern auch ein hierarchisches Gefälle zwischen beiden Parteien herrscht. VertreterInnen der Institutionen repräsentieren hierbei die dominante Sprach- und Kulturgruppe, während MigrantInnengruppen, die zur sprachlichen Minderheit gehören, eine untergeordnete Position in der Gesellschaft einnehmen. Zudem liegt ein unterschiedlicher Informations- und Wissensstand zwischen den Gesprächsparteien vor (vgl. Gentile et al. 1996: 18 u. 20f.; Obermayer 2008: 41).

Weitere Spezifika bei Dolmetsch-Einsätzen im CI-Bereich sind, dass sich DolmetscherInnen in direkter physischer Nähe zu den Kommunikationsparteien befinden und zumeist allein arbeiten. Aufgrund der dialogischen Gesprächsstruktur besteht hierbei die Notwendigkeit in zwei Sprachrichtungen zu dolmetschen, wobei in diesem Zusammenhang das konsekutive sowie simultane (Flüster-)Dolmetschen als Modi zur Anwendung kommen (vgl. Gentile et al. 1996: 18; Obermayer 2008: 41 u. 55). Darüber hinaus wird im CI von vielen AuftraggeberInnen

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Es herrscht Uneinigkeit darüber, ob *Legal Interpreting* dem CI zugehörig ist, da es primär mit dem Dolmetschen bei Gericht in Verbindung gebracht wird (vgl. Roberts 1997: 9). Aus den vorherigen Ausführungen (siehe Kapitel 3.2.1.1) geht nämlich hervor, dass das Gerichtsdolmetschen rechtlichen Grundlagen unterliegt. Dennoch umfasst diese Kategorie auch das Dolmetschen bei der Polizei sowie bei Asylverfahren, weshalb es als Hybridkategorie angesehen werden kann (vgl. Pöchhacker <sup>2</sup>2016: 15).

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit für das Dolmetschen im Kommunalbereich ausschließlich CI als Terminus verwendet.

auch kein Nachweis einer translatorischen Ausbildung gefordert. Als weiteres Charakteristikum gilt daher, dass neben professionellen DolmetscherInnen, die über einen fachbezogenen Universitätsabschluss verfügen, ebenso LaiendolmetscherInnen mit Fremdsprachenkenntnissen zum Einsatz kommen, was bereits auf mangelnde Professionalisierung hindeutet (vgl. Moazedi 2008: 65f.; Pöchhacker 1997: 52; Pöllabauer 2005: 57).

## 3.2.3.3 Professionalisierung und Institutionalisierung

Im Kommunalbereich benötigen vor allem MigrantInnen mit fehlenden bzw. unzureichenden Fremdsprachenkenntnissen Sprachdienstleistungen, um mit den Behörden und Institutionen in Kontakt zu treten (vgl. Ozolins 2010: 199). In diesem Kontext geben der Professionalisierungsstatus sowie die institutionelle Regelung in Bezug auf den Zugang zu Dolmetsch-Dienstleistungen Aufschluss darüber, inwieweit sich die Politik der Aufnahmegesellschaft für die rechtliche und soziale Sicherheit von MigrantInnengruppen einsetzt. Es verdeutlicht das Verantwortungsbewusstsein der Aufnahmegesellschaft, MigrantInnengruppen trotz Sprachbarrieren einen vollen Zugang mittels CI zum Sozialsystem zu ermöglichen (vgl. Wadensjö 1998: 51).

Der Professionalisierungs- und Institutionalisierungsprozess des CI weist von Land zu Land deutliche Unterschiede auf und erfordert Zeit (vgl. Wadensjö 1992: 27; Wadensjö 1998: 52), was auf divergente Sprach- und Translationspolitiken zurückgeführt werden kann (vgl. Ozolins 2000: 25). Folglich leistet die vorherrschende Translationspolitik einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung und Institutionalisierung und somit zum Zugang zu Dolmetsch-Dienstleistungen (siehe Kapitel 3.2.2). Ebenso sind Abweichungen innerhalb eines Landes nicht unwahrscheinlich, zumal sozio-kulturelle Faktoren in der Aufnahmegesellschaft die Prozesse beeinflussen (vgl. Gentile et al. 1996: 64f.; Wadensjö 1998: 52). Während früher im Kommunalbereich primär mithilfe von bilingualen Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten der Dolmetschbedarf ad hoc gedeckt wurde, begann sich das CI im Laufe der letzten Jahrzehnte jedoch zu einem Berufsstand zu entwickeln. Wie das Konferenzdolmetschen unterliegt die Professionalisierung des CI dabei den Berufsverbänden, Ausbildungs- und Zertifizierungsmöglichkeiten (vgl. Wadensjö 1998: 49). Hinzu kommt, dass seitens öffentlicher Behörden und Einrichtungen auf politischer Ebene begonnen wurde, zunehmend den Fokus auf Institutionalisierung von CI-Dienstleistungen zu legen, da sich Ad-Hoc-Lösungen beim wachsenden mehrsprachigen Kommunikationsbedarf als unzureichend erwiesen. Institutionalisierung beinhaltet hierbei u.a. Ausbildungsprogramme sowie gesetzliche und berufliche Regelungen für das Dolmetschen unter Berücksichtigung verschiedener Settings (vgl. Gentile et al. 1996:

2f. u. 64f.; Wadensjö 1998: 12f.). Daraus wird ersichtlich, dass die Prozesse drei grundlegenden Voraussetzungen unterliegen, nämlich der politischen Organisierung von Sprachdienstleistungen, Ausbildung und Akkreditierung (vgl. Ozolins 2000: 25).

Erstere stützt sich auf die Bereitstellung von Sprachdienstleistungen, die translationspolitischen Entscheidungen zugrunde liegen und auf staatlicher, bundesland-spezifischer oder lokaler Ebene gesteuert werden. Im Zusammenhang mehrsprachiger Gesellschaften gilt es anzuführen, dass der Zugang zu Dolmetschungen überwiegend vom öffentlichen Sektor geregelt wird (vgl. Ozolins 2000: 25 u. 31). Das CI "has grown as almost an entirely institution-driven field" (Ozolins 2000: 32) und steht folglich im direkten Gegensatz zum Konferenzdolmetschen, das als "profession-driven field" [Hervorhebungen im Original] (Ozolins 2000: 32) bezeichnet werden kann. Die Zunahme an mehrsprachigem Kommunikationsbedarf führte dazu, dass Institutionen gezwungen waren, Lösungen zum Überbrücken von Sprach- und Kulturbarrieren bereitzustellen. Jedoch konnte auf keinen etablierten Berufsstand und folglich keine klar definierten Berufsstandards zurückgegriffen werden, weshalb in vielen CI-Settings nach wie vor DolmetscherInnen mit fehlenden Qualifikationen bzw. ohne fachspezifischer Ausbildung zum Einsatz kommen. Von Seiten der Institutionen besteht prinzipiell wenig Eigeninteresse an der politischen Regulierung des Bereiches sowie der Festlegung beruflicher Dolmetsch-Standards. Das Gegenteil trifft meist nur auf Settings zu, die für gewisse Institutionen von direkter Relevanz sind (vgl. Ozolins 2000: 32). Hier ist z.B. das Dolmetschen bei Gericht anzuführen, das bisher den höchsten Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad besitzt. Dies lässt sich auf Rechtsgrundlagen auf nationaler sowie internationaler Ebene zurückführen (vgl. Wadensjö 1998: 51; siehe Kapitel 3.2.1.1). Überdies liegt eine weitere Begründung möglicherweise in der Tatsache, dass unrechtmäßige Verurteilungen aufgrund unausgebildeter DolmetscherInnen die Vertrauenswürdigkeit des Rechtssystems in Frage stellen würden (vgl. Wadensjö 1998: 52).

Die zweite Voraussetzung bildet die Ausbildung von DolmetscherInnen im CI-Bereich (vgl. Ozolins 2000: 25). Anhand professioneller Ausbildungsprogramme, z.B. Weiterbildungen, universitärer Studiengänge für Dolmetschen oder postgradualer Kurse, wird der Professionalisierungsprozess gefördert und auch eine Basis geschaffen, in der DolmetscherInnen professionell mit den Anforderungen in diversen CI-Settings umgehen können. Hierfür gilt es u.a. die Sprach-, Kultur- und Dolmetsch-Kompetenz der DolmetscherInnen so zu fördern, dass die erbrachten Leistungen in der Gesellschaft großflächige Anerkennung erlangen. Von Bedeutung ist mitunter auch, dass im Rahmen der professionellen Ausbildung eine große Sprachenvielfalt abgedeckt wird, die auch weniger verbreitete Sprachen umfasst (vgl. Daneshmayeh 2008: 332;

Gentile et al. 1996: 65-68 u. 71; Ozolins 2000: 25). Der Bedarf an seltenen Sprachkombinationen stellt nämlich ein typisches Charakteristikum des CI dar (vgl. Gentile et al. 1996: 72).

Für die Steigerung des Professionalisierungsgrades sind ebenso Möglichkeiten der Akkreditierung erforderlich, z.B. Zertifizierungen, Registrierungen oder Autorisierungen (vgl. Ozolins 2000: 26). Akkreditierung stärkt nicht nur den Berufsstand, sondern erlaubt potentiellen KundInnengruppen einen besseren Zugang zu ausgebildeten DolmetscherInnen. Diesbezüglich gilt die Notwendigkeit, die Verbindung zwischen Ausbildung und Praxis zu verbessern (vgl. Ozolins 2010: 209). Zugleich ist es in der Praxis überaus wichtig, dass DolmetscherInnen gemäß verankerter Berufskodizes agieren, um den Berufsstand zu stärken. Anstatt allgemeiner Regeln dominieren im CI nämlich meist setting-spezifische Regeln, die Verhaltensweisen und Leistungen der DolmetscherInnen beeinflussen können (vgl. Gentile et al. 1996: 72).

Die erörterten Voraussetzungen bilden ein strukturiertes Fundament, welches auf vielerlei Ebenen die Professionalisierung und Institutionalisierung des CI fördern kann. Nichtsdestotrotz ist es keine Garantie dafür, dass damit auch tatsächlich Probleme im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit gelöst werden (vgl. Ozolins 2000: 26). Die finanzielle Knappheit von Institutionen verlangsamt mitunter diese Prozesse. Institutionen gänzlich für die Bezahlung von DolmetscherInnen zu verpflichten, birgt jedoch das Risiko, das Entwicklungspotential zu behindern und einen Rückschritt in Richtung von Ad-Hoc-Lösungen hervorzurufen (vgl. Ozolins 2010: 208ff.). Überdies verlangt Professionalisierung, dass das Dolmetschen als kohärentes Berufskonzept anerkannt wird, "without evaluative adjectives, but with recognition of various specialities, as in any other profession" (Ozolins 2000: 30).

## 3.2.4 Translationspolitische Situation in Österreich

Unter der Berücksichtigung der bisherigen theoretischen Auseinandersetzungen wird ersichtlich, dass die Etablierungsgrade des CI von vielerlei Faktoren abhängig sind und länderspezifische Unterschiede aufweisen. Einige Länder, darunter u.a. Schweden und Australien, halten im Bereich des CI bereits eine Pionierrolle inne (vgl. Daneshmayeh 2008: 331). Von primärem Erkenntnisinteresse ist im Rahmen dieser Forschungsarbeit jedoch ausschließlich der translationspolitische Entwicklungsstand in Österreich, zumal in der Fachliteratur die Zugehörigkeit überwiegend zur Gruppe der Rückschrittländer gezählt wird (vgl. Daneshmayeh 2008: 331).

Ein Bereich, der in Österreich bereits seit den 1970er Jahren translationspolitischen Rechtsgrundlagen unterliegt und einen hohen Professionalisierungsgrad erreicht hat, ist der Einsatz gerichtlich beeideter und zertifizierter DolmetscherInnen bei Gericht (vgl. Ahamer

2013: 108; Pöchhacker 1997: 55). Dazu gibt es seit der Gründung im Jahr 1920 den Österreichischen Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher (ÖVGD), der sich aus geprüften DolmetscherInnen zusammensetzt, die über Sprach- und Dolmetsch-Kompetenzen sowie juristisches Fachwissen verfügen (vgl. Pöchhacker 1997: 55). "Trotz gesetzlicher Grundlage sowie Existenz eines Berufsverbandes und von Qualitätskriterien tun sich bei näherer Betrachtung dennoch einige Lücken auf." (Ahamer 2013: 108) Für die Eintragung ist kein Universitätsabschluss im Dolmetschen erforderlich (vgl. Pöchhacker 1997: 55). Zudem unterliegt das Beziehen von gerichtlich beeideten und zertifizierten DolmetscherInnen im Gerichtsverfahren keiner festgeschriebenen Regelung und stellt somit keine Verpflichtung dar. Insbesondere für seltene Sprachen liegt die Problematik oft darin, dass keine beeideten DolmetscherInnen zur Verfügung stehen. Deshalb erhalten LaiendolmetscherInnen aufgrund ihrer Fremdsprachenkenntnisse vor Gericht Ad-Hoc-Vereidigungen (vgl. Ahamer 2013: 108f.). "Faktisch bedeutet das, dass jeder im Gerichtssaal Anwesende nach Ermessen des Richters beeidigt werden kann." (Stanek 2011: 50)

Werden professionell ausgebildete DolmetscherInnen zu Einsätzen bei der Polizei für Einsätze einberufen, so bleibt auch deren Berufstitel in diesem Setting ungeschützt (vgl. Stanek 2011: 32 u. 37f.). Dennoch verfügt das Dolmetschen bei der Polizei im Vergleich zu anderen CI-Settings über einen gewissen Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad, was abermals auf internationale und nationale Rechtsgrundlagen zurückgeführt werden kann (siehe Kapitel 3.2.1.1). Die Polizei verfügt über Listen von freiberuflichen DolmetscherInnen, die telefonisch bestellt werden können. In diesem Kontext ist jedoch die Problematik der Nicht-Verfügbarkeit sowie unzufriedenstellende Bezahlung<sup>11</sup> anzuführen, aufgrund welcher nicht immer professionell ausgebildete DolmetscherInnen für Dolmetsch-Einsätze gefunden werden. Folglich kommen auch hier vermehrt LaiendolmetscherInnen zum Einsatz (vgl. Pöchhacker 1997: 55; Stanek 2011: 66ff.).

Weitere Settings des CI, darunter das Dolmetschen in österreichischen Behörden und Ämtern, besitzen den niedrigsten Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad, zumal hier der Bedarf an Mehrsprachigkeit vermehrt mittels Ad-Hoc-Lösungen gedeckt wird. Da in diesem Kontext fremdsprachiges Fachpersonal oder Begleitpersonen der MigrantInnen als Sprachrohr fungieren, lässt sich schlussfolgern, dass eine unzureichende Translationspolitik den Öffentlichkeitsbereich dominiert (vgl. Pöchhacker 1997: 56; Straub 2016: 14). Doch wie sieht die translationspolitische Situation im Gesundheitswesen, insbesondere in Ordinationen

-

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Dieser Aspekt wird in Kapitel 4.2.1 im Kontext des Einsatzes von LaiendolmetscherInnen versus professioneller DolmetscherInnen im Gesundheitswesen repräsentativ für das Dolmetschen in CI-Settings genauer erörtert.

für Allgemeinmedizin aus? Diesem Aspekt sowie unterschiedlicher Entwicklungspotentiale im Rahmen einer Translationspolitik widmen sich die folgenden Ausführungen.

#### 3.2.4.1 Translationspolitik im österreichischen Gesundheitswesen

Der Professionalisierungs- und Institutionalisierungsprozess des Dolmetschens im Gesundheitswesen zeichnet sich auf der gesamten Welt durch einen ungleichmäßigen Verlauf aus (vgl. Pöchhacker 2014: 302). Insbesondere im Kontext des Gesundheitswesens in Österreich scheint die Entwicklung äußerst schleppend zu verlaufen. Bereits in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre stellte Pöchhacker (1997: 56) fest, dass die Überwindung von Sprachbarrieren in Gesundheitseinrichtungen überwiegend auf Ad-Hoc-Strategien zurückzuführen war. Mehr als zwei Jahrzehnte später besitzt diese Feststellung weiterhin Gültigkeit, zumal Österreich das Ad-Hoc-Stadium nach wie vor nicht verlassen hat (vgl. Pöchhacker 2014: 303).

Obwohl der Zugang von verschiedenen MigrantInnengruppen zum österreichischen Gesundheitssystem umfassenden Rechtsgrundlagen unterliegt (siehe Kapitel 2.3.2), besteht hier kein Rechtsanspruch auf DolmetscherInnen (vgl. Pöchhacker 2014: 304), obwohl Sprach- und Kulturbarrieren die Qualität der medizinischen Versorgung herabsetzen können (vgl. Verrept 2008: 187). Einzig gehörlose PatientInnen können auf rechtliche Bestimmungen zurückgreifen (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 10). Art 8 Abs 3 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) besagt nämlich: "Die Österreichische Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt." (Art 8 Abs 3 B-VG) Dieser Artikel räumt gehörlosen Menschen somit das Recht ein, in ihrer Muttersprache, der Österreichische Gebärdensprache (ÖGS), mit VertreterInnen der Behörden in Kontakt zu treten und Zugang zu Bildung sowie öffentlichen Einrichtungen, darunter auch dem Gesundheitssystem, zu erhalten (vgl. Haidlmayr 2005: 2). Der Erlass eines entsprechenden Gesetzes für Fremdsprachen erweist sich aber als komplexe Aufgabe, zumal "the Federal Ministry of Health has little actual power in matters of healthcare provisions, which is squarely in the jurisdiction of the nine federal states – unlike the courts, which have a regional structure but come under federal regulation" (Pöchhacker 2014: 304). Der/die amtierende BundesministerIn für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz könnte dem Parlament zwar mit der Verabschiedung eines solchen Gesetzes beauftragen, wobei die Kosten für die Dolmetschleistungen dann vom Staat zu tragen wären (vgl. Pöchhacker 2014: 304). Dies birgt jedoch ein Risiko der Budget-Überlastung, die mit einem Rückschritt zu altbewährten Ad-Hoc-Lösungen führen könnte (vgl. Ozolins 2010: 210).

Bei der Inanspruchnahme von Dolmetsch-Dienstleistungen im Rahmen medizinischer Behandlungen ist im ASVG ebenfalls nicht geregelt, wer die Rolle als KostenträgerIn übernimmt. In öffentlichen Krankenanstalten werden die Kosten grundsätzlich von leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungs-Gebühren (LKF) oder den Krankenkassen gedeckt. Bei niedergelassenen ÄrztInnen – somit auch in Ordinationen für Allgemeinmedizin – gilt der Einsatz von DolmetscherInnen hingegen nicht als vertragliche Kassenleistung. Sofern es sich bei den Konsultationsfällen um keine Dringlichkeiten handelt, ist es sogar zulässig nach Vereinbarung die Zahlpflicht den PatientInnen zu übertragen (vgl. Straub 2016: 15). Nicht-deutschsprachige MigrantInnen verlassen sich daher vorrangig auf die Unterstützung von LaiendolmetscherInnen, d.h. fremdsprachenkundige Personen aus ihrem näheren Umfeld. Reichen die Sprachkenntnisse der LaiendolmetscherInnen nicht aus, fällt das Beiziehen von DolmetscherInnen in die Pflicht der ÄrztInnen bzw. medizinischen Einrichtungen, wobei es sich hierbei um keine professionell ausgebildeten DolmetscherInnen handeln muss (vgl. Straub 2016: 14f.). "Als Sprachmittler kommt grundsätzlich jede ausreichend sprachkundige Person in Betracht, wenngleich bei nicht berufsmäßigen Sprachmittlern wegen möglicher Fehlübersetzungen [sic] Vorsicht geboten ist." (Straub 2016: 14) Unzureichende Vorgaben führen demnach dazu, dass im Medizinbereich das professionelle Dolmetsch-Potential weiterhin unausgeschöpft bleibt. Daher sollte der Einsatz professioneller DolmetscherInnen auf der Ebene staatlicher Institutionen reguliert werden (vgl. Hsieh 2016: 197 u. 281).

Obwohl im Medizinbereich bereits ein Fokus auf Sensibilisierung hinsichtlich der Mehrsprachigkeitsproblematik gelegt wurde, fehlt im Rahmen der Professionalisierung laut Andres und Pöllabauer (2009: 5) nach wie vor das Angebot an adäquaten Ausbildungsprogrammen, die DolmetscherInnen eine Spezialisierung im Medizinbereich ermöglicht. In Österreich bieten insgesamt drei Universitäten Studiengänge im Dolmetschen an (s. die Curricula der Universitäten Graz, Innsbruck und Wien). Es werden jedoch keine setting-spezifischen Spezialisierungen angeboten (vgl. Pöchhacker 1997: 55). Am ZTW in Wien und ITAT in Graz kann die Schwerpunktsetzung beim Dolmetschen entweder auf das Konferenz- oder Dialogdolmetschen gelegt werden (vgl. ITAT 2019; ZTW 2019). In Innsbruck gibt es nur einen Dolmetsch-Zweig, der das Konferenzdolmetschen umfasst (vgl. INTRAWI 2019).

#### 3.2.4.2 Risiken und Potentiale im Gesundheitswesen

In Anbetracht der vorherigen Ausführungen ist deutlich erkennbar, dass in Österreich der Professionalisierungs- und Institutionalisierungsprozess des Dolmetschens insbesondere im

Medizinbereich auf eine unzureichende Translationspolitik zurückzuführen ist. Bezugnehmend auf das Translationsspektrum nach Ozolins (2010: 195) ist die Bedarfsabdeckung an mehrsprachiger Kommunikation im österreichischen Gesundheitswesen demnach weiterhin dem Ad-Hoc-Bereich der Skala zugehörig (vgl. Pöchhacker 2014: 303; siehe Kapitel 3.2.4.1). Dies birgt jedoch ein gewisses Risiko:

Sprach- und kulturbedingte Kommunikationsbarrieren gefährden einerseits das Recht der Nichtdeutschsprachigen auf den gleichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems und erschweren andererseits die möglichst effiziente Erfüllung des öffentlichen Versorgungsauftrages durch die betreffenden Institutionen. (Pöchhacker 1997: 45)

Es ist eine Stärkung des Bewusstseins erforderlich, dass Migration ein Übergangsprozess ist, dessen Erfolg vom Input und Engagement unterschiedlicher AkteurInnen abhängig ist. Hier besteht folglich die Notwendigkeit für eine gemeinsame und kollektive Zielverfolgung von Seiten der MigrantInnen, der Aufnahmegesellschaft sowie der Institutionen (vgl. Wedam 2009: 181). Der Zugang zum Sozial- und Gesundheitssystem sowie die Zugehörigkeit zur Aufnahmegesellschaft besitzen prägenden Einfluss auf die Gesundheit von MigrantInnen, wobei diese auf Sprache und Kommunikation basieren. Im Rahmen der Integration ist es daher umso wichtiger, dass nicht-deutschsprachige MigrantInnen im Gesundheitswesen Unterstützung beim Überbrücken von Sprach- und Kulturbarrieren erhalten, um Fehldiagnosen, - behandlungen und Ressourcenverschwendungen zu vermeiden (vgl. Parmakerli 2009: 167; Wedam 2009: 182ff.). Sofern diese Aspekte politisch nicht ausreichend behandelt werden, bleibt MigrantInnen mitunter keine andere Wahl, als eigene Netzwerke aufzubauen. Hinzu kommt, dass sie aufgrund der genannten Problemfaktoren Angst vor dem Kontakt mit Behörden entwickeln. Daraus kann in mehrsprachigen Gesellschaften ein zunehmendes intrasozietäres Gefälle resultieren (vgl. Parmakerli 2009: 167; vgl. Rittenberg-Cogan <sup>2</sup>2015: 135).

Als potentielle Lösungsstrategie für einen verbesserten Umgang mit Multikulturalität und Mehrsprachigkeit führt Horn (22015: 187) – neben der Erweiterung sprachlicher und interkultureller Kompetenzen – den Einsatz multikultureller Teams an, um nicht-deutschsprachigen PatientInnen zu zeigen, dass "Platz für Verschiedenheit" ist. Dies kann durch mehrsprachige Informationsunterlagen und Hinweisschilder zusätzlich betont werden (vgl. Lanfranchi et al. 22015: 117). Überdies kann auf zahlreiche Empfehlungen von Pöchhacker (1997: 46f.) zurückgegriffen werden, die den Professionalisierungs- sowie Institutionalisierungsprozess des CI mit Fokus auf niedergelassene ÄrztInnen fördern können. Einerseits führt er in diesem Zusammenhang das Angebot an Weiterbildungen für LaiendolmetscherInnen an, die regelmäßig zum Einsatz kommen, d.h. fremdsprachenkundige(s) Personen, BeraterInnen und Personal.

Andererseits ist es erforderlich, Ausbildungsprogramme für das Fachdolmetschen im Medizinbereich einzuführen, die nicht nur eine große Sprachenvielfalt abdecken, sondern auch einer Prüfung zugrunde liegen, die als Basis für eine CI-Akkreditierung fungieren kann. Letzteres könnte lt. Pöchhacker (1997: 47) eine Grundlage dafür bilden, dass professionelle DolmetscherInnen zukünftig von PatientInnen über eine Zentrale für Arztkonsultationen herangezogen werden könnten. Das Konzept "Dolmetscher auf Krankenschein" würde demnach direkt über die Krankenversicherungsträger abgerechnet werden (vgl. Pöchhacker 1997: 47). Pöchhacker (1997: 47) vermutete bereits damals, dass die Umsetzung eine Utopie darstellen würde. Er behielt Recht, zumal diese Vermutung bis heute Gültigkeit besitzt. Dennoch ist diesem Konzept weiterhin eine Relevanz zuzuschreiben, zumal auf diese Weise die Gesundheitsversorgung besonders bei Erstkonsultationen in Ordinationen für Allgemeinmedizin das Potential besitzt, die Erstversorgung und -diagnose zu verbessern (vgl. Pöchhacker 1997: 47).

# 4 Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen

Der Umgang mit Mehrsprachigkeit ist im Gesundheitswesen durch Strategien geprägt, die den zuvor behandelten Lösungsansätzen zur Kommunikation in mehrsprachigen Gesellschaften entsprechen (vgl. Kapitel 3.1; 3.1.1 u. 3.1.2). Bezugnehmend auf die Verständigung im Gesundheitswesen sind das Englische bzw. andere Linguae Francae aber weitaus weniger verbreitet als womöglich angenommen (vgl. Pöchhacker 1997: 82 u. 85). Eine Studie von Pöchhacker (1997: 82; 85 u. 153f.) ergab, dass – sofern keine dritte Partei für sprachübergreifende Verständigung herangezogen wird – die Verwendung von vereinfachtem Deutsch, inklusive dem Reden "mit Händen und Füßen", sich indes als weit üblichere Praxis im Gesundheitswesen erweist. Zugleich verdeutlichten die Ergebnisse derselben Studien demgegenüber, dass interlinguale Kommunikation zwischen AllgemeinmedizinerInnen und PatientInnen, die über keine bzw. unzureichende Deutschkenntnisse verfügen, in ca. 90% der gesamten Fälle durch den Einsatz von DolmetscherInnen<sup>12</sup> begleitet wird (vgl. Pöchhacker 1997: 153f.). Aus diesem Grund befasst sich das vorliegende Kapitel mit der vorherrschenden Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen. Zu Beginn der Ausführungen wird erörtert, wie DolmetscherInnen zu Konsultationen herangezogen werden können, welche Personengruppen als DolmetscherIn in medizinischen Settings zum Einsatz kommen und welchen Entscheidungsgrundlagen die Wahl der DolmetscherInnen unterliegt. Im Anschluss daran wird ein kleiner Einblick in den thematischen Aspekt der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und DolmetscherInnen gegeben.

## 4.1 Dienstleistungsarten und Dolmetschmodi

Wie bereits aus den vorherigen Ausführungen hervorgeht (siehe Kapitel 3.2.4.1), gehören professionelle DolmetscherInnen im Fall von Verständigungsproblemen nicht zur Regelversorgung im Gesundheitswesen (vgl. Parmakerli 2009: 162). DolmetscherInnen mit Festanstellung in Gesundheitseinrichtungen<sup>13</sup> sind somit – bis auf Ausnahme weniger größerer Städte – als Rarität zu bezeichnen (vgl. Wadensjö 1998: 54). Daher erscheint es sinnvoll, einen Überblick

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Die allgemeine Bezeichnung "DolmetscherIn" umfasst in diesem Kontext alle Personen, die in Zusammenhang mit mehrsprachiger Kommunikation in die Rolle von DolmetscherInnen "schlüpfen". Wird im Verlauf dieses Kapitels auf professionelle bzw. nicht-professionelle DolmetscherInnen Bezug genommen, so weisen die verwendeten Bezeichnung explizit darauf hin.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Viele DolmetscherInnen, die im CI-Bereich tätig sind, bieten ihre Dolmetsch-Dienste überwiegend auf freiberuflicher Basis an (vgl. Wadensjö 1998: 54).

über Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Dolmetschleistungen<sup>14</sup> einschließlich ihrer Dolmetschmodi zu geben. Dafür werden im Folgenden drei Arten grob beleuchtet: das Telefondolmetschen, das Videodolmetschen sowie das Dolmetschen vor Ort.

Das Telefondolmetschen bezeichnet eine Form des Dolmetschens, bei der DolmetscherInnen per Telefon Gesprächsinhalte dolmetschen, während sie sich an einem anderen Ort als die Kommunikationsparteien befinden. Die Äußerungen werden dabei im konsekutiven Modus gedolmetscht, d.h., dass erst nach erfolgter Aussage, die Botschaft in die erforderte Fremdsprache versprachlicht wird (vgl. Kelly 2007). Die Arbeit der DolmetscherInnen wird dabei von Call Centern oder Büroräumlichkeiten (auch im eigenen Zuhause) aus geleistet, die sich sogar im Ausland befinden können. Grundsätzlich ermöglicht das Telefondolmetschen somit, dass große geographische Bereiche abgedeckt werden. Unumgänglich dafür ist jedoch der Einsatz einer hochwertigen Telefonausrüstung, zumal diese einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität translatorischer Leistungen hat. So ist z.B. eine gute Akustik aller telefonischen Geräte erforderlich, damit insbesondere die DolmetscherInnen die sprachlichen Äußerungen aller am Gespräch beteiligten Parteien verstehen und im Anschluss dolmetschen können (vgl. Kelly 2008: 2f.). Darüber hinaus wird beim Dolmetschen zusätzlich eine geräuschfreie Umgebung benötigt, weshalb es zumeist strenge Richtlinien bzgl. des Arbeitsplatzes gibt, um einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten. Daher gilt es während der gesamten Arbeitszeit Hintergrundgeräusche, sei es durch KollegInnen, Familienmitglieder, Tiere etc., gänzlich zu vermeiden, um die Konzentrationsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen (vgl. Kelly 2008: 5). Des Weiteren ist die Qualität auch von der Ausbildung bzw. den Kompetenzen der DolmetscherInnen sowie der effektiven Kooperation aller Gesprächsparteien abhängig (vgl. Kelly 2008: 2).

Aus Sicht von Kelly (2007; 2008: 2 u. 7) kommt das Telefondolmetschen im Medizinbereich vor allem dann zum Einsatz, wenn dringend professionelle DolmetscherInnen benötigt werden, aber nicht sofort vor Ort sein können. Somit geht es einerseits mit einer entfallenden Anfahrtszeit einher, andererseits reduziert es auch die Probabilität, dass auf LaiendolmetscherInnen zurückgegriffen wird. Abgesehen davon erweist sich das Telefondolmetschen als praktikable Möglichkeit zum Überbrücken von Sprachbarrieren, sofern keine dritte Partei bei einer Konsultation erwünscht wird bzw. die GesprächspartnerInnen ohnehin bereits über ein Telefon miteinander kommunizieren. Nichtsdestotrotz sieht Kelly (2007; 2008: 7) das

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Dieser Abschnitt dient alleinig der Übersicht, welche Arten der Dolmetsch-Dienstleistungen im Gesundheitswesen von Seiten des medizinischen Personals in Anspruch genommen werden können. Die Ausführungen sind nicht als Empfehlung oder Wertung von professionellen versus nicht-professionellen Dolmetschleistungen zu verstehen.

Telefondolmetschen nicht als Ersatz für DolmetscherInnen vor Ort an. Sie weist auf eine potentielle Inadäquatheit im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung sowie Kommunikation mit Kindern bzw. schwerhörigen/hörgeschädigten Personen hin. Darüber hinaus stellen visuelle Elemente, wie z.B. das Demonstrieren der richtigen Wundversorgung, ein Hindernis dar (vgl. Kelly 2007). Nonverbale Kommunikation ist in diesem Zusammenhang auch ein weiterer Aspekt, der stets kritisch beleuchtet wird (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 212). Obwohl lt. Kelly (2007; 2008: 3) nonverbale Elemente durch Stimmlange, Häsitation, Atmung etc. implizit transportiert werden, argumentiert Kletečka-Pulker (2016: 212), "dass sich das Telefondolmetschen [...] aus diesem Grund nicht in der Praxis durchgesetzt hat".

Eine Hybridform des Telefondolmetschens und Dolmetschens vor Ort stellt daher das Videodolmetschen dar, das zum Teil die Vorzüge beider Varianten beinhaltet (vgl. Kelly 2007). Charakteristisch ist hierbei, dass PatientInnen und medizinisches Personal sich an demselben Ort befinden, die DolmetscherInnen hingegen per Video zugeschaltet werden (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 212). Meist erfolgt der Einsatz geschulter und ausgebildeter DolmetscherInnen, der die translatorische Qualität der Videodolmetschungen sicherstellen soll (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 212). Auf internationaler Ebene, u.a. in den USA und Australien, konnte sich das Videodolmetschen bei interlingualen Verständigungsschwierigkeiten bereits zu einer Behandlungsnorm in Krankenhäusern etablieren. In Österreich stellt das Videodolmetschen jedoch ein relativ neues Phänomen dar (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 18).

Korak (2012: 87f.) untersuchte 2009 im Zuge einer Durchführbarkeitsstudie in der gynäkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses in Graz die Verwendung von Skype für Videodolmetschungen als Alternative zum Einsatz von DolmetscherInnen vor Ort. Ein paar Jahre später wurde 2013/14 das Videodolmetschen in einem 6-monatigen Pilotprojekt in Spitalsambulanzen und der ambulanten Gesundheitsversorgung durch niedergelassene ÄrztInnen erprobt (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 18f.). Dieses Projekt wurde vom *Bundesministerium für Gesundheit* initiiert und von der Österreichischen Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem *Institut für Ethik und Recht*, ÖGS.barrierefrei und dem ZTW der Universität Wien durchgeführt (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 15; Kletečka-Pulker 2016: 212). Ziel der Studie war es, den Einsatz von Videokonferenzsystemen, die bereits in zahlreichen Berufssettings intensiv genutzt werden, "auch im Gesundheitsbereich intensiver zu nutzen und mit technisch innovativen Lösungsansätzen – zugunsten aller Beteiligten im Setting Gesundheitswesen – einen Schritt weiter zu gehen" (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 15).

Wie beim Telefondolmetschen wird eine qualitativ hochwertige Ausrüstung sowie leistungsstarke Software benötigt, um aus technischer Sicht die Voraussetzungen für die

mehrsprachige Verständigung zu erfüllen (vgl. Kelly 2007; Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 20f.). Hierzu zählt auch eine adäquate Platzierung der Geräte (Laptops, Tablets, PC etc.), um kurzfristige Videodolmetsch-Einsätze in direkter Nähe zum visuellen (Be-)Handlungsgeschehen zu gewährleisten (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 212). Die Dolmetschungen werden dabei gleich wie beim Telefondolmetschen im konsekutiven Modus erbracht. Zwar wurde zuvor der simultane Dolmetschmodus in diesem Kontext getestet, jedoch erwies er sich als impraktikabel, zumal dieser zusätzlich mit finanziellen sowie technischen Hürden einherging (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 17f.).

Wie das Telefondolmetschen stellt das Videodolmetschen eine weitere Möglichkeit dar, um Sprach- und Kommunikationsbarrieren zu überwinden, vor allem wenn "das Fehlen von verfügbaren Lösungsstrategien aufgrund besonderer Dringlichkeit beispielsweise zu enormen organisatorischen Verzögerungen oder sogar zum Behandlungsabbruch geführt hätte" (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 128). Folglich geht das Videodolmetschen mit einer Zeitersparnis einher, was insbesondere von ärztlicher Seite begrüßt wird, zumal "it is primarily quickness that counts" (Korak 2012: 90). Dennoch weisen Kletečka-Pulker (2016: 213) und Kletečka-Pulker & Parrag (2015: 128) darauf hin, dass der Einsatz von DolmetscherInnen vor Ort allerdings das Optimum bleibt, insbesondere wenn es sich um planbare Behandlungen handelt, denn "there is no replacement for having another human being present" (Kelly 2007).

Das Dolmetschen vor Ort ist somit im Gegensatz zum Telefon- und Videodolmetschen durch die physische Nähe aller Kommunikationsparteien geprägt (vgl. Gentile et al. 1996: 18). Die bloße Anwesenheit von DolmetscherInnen führt jedoch zu einer "'unnatural' situation which both clients recognize and would prefer did not exist" (Gentile et al. 1996: 35). Eine zentrale Rolle nimmt daher die Positionierung der GesprächsteilnehmerInnen ein, um einen flüssigen Kommunikationsverlauf zu ermöglichen, der einer Interaktion ohne DolmetscherInnen ähnelt (vgl. Gentile et al. 1996: 18 u. 40). Laut Gentile et al. (1996: 18) ist dafür eine Positionierung erforderlich, die einerseits DolmetscherInnen ein erleichtertes Arbeiten ermöglicht und andererseits ÄrztInnen und PatientInnen erlaubt, direkt miteinander, anstatt mit DolmetscherInnen, zu kommunizieren. Idealerweise besteht dazu Blickkontakt zwischen DolmetscherInnen, PatientInnen und dem medizinischen Personal (vgl. Gentile et al. 1996: 18), um ebenso nonverbale Signale wahrnehmen zu können (vgl. Felgner 2009: 58). Als Empfehlung führen Gentile et al. (1996: 18f.) daher eine dreieckförmige Sitzanordnung an, wobei darauf hingewiesen wird, dass DolmetscherInnen in der Lage sein müssen, sich je nach Räumlichkeit, Art der Behandlung, Dolmetschmodus etc. an die Gegebenheiten anzupassen (vgl. Felgner 2009: 59ff.). Gedolmetscht wird beim Einsatz von DolmetscherInnen vor Ort meist im konsekutiven Modus (vgl. Gentile et al. 1996: 23), wobei auch das Flüsterdolmetschen zur Anwendung kommen kann – eine Variantes des Simultandolmetschens, bei der DolmetscherInnen hinter einem der Gesprächsteilnehmer positioniert sind und die Aussagen des Gegenübers simultan im Flüsterton dolmetschen (vgl. Gentile et al. 1996: 26).

#### 4.2 DolmetscherInnen

Mehrsprachige Interaktionen zwischen Personen, die über keine bzw. mangelnde Sprachkenntnisse des Gegenübers verfügen, sind in den verschiedensten Bereichen, darunter u.a. dem Gesundheitswesen, zum Alltag geworden (vgl. Wadensjö 1992: 3). In diesem Zusammenhang entwickelte sich auch das Dolmetschen zum "Bestandteil des alltäglichen Lebens" (Marics 2008: 93), bei dem Fremdsprachenkundige als DolmetscherInnen für das Überwinden von Sprachbarrieren eingesetzt werden (vgl. Wadensjö 1992: 3). Besonders häufig wird im Gesundheitswesen dafür auf die "Urform des Dolmetschens" (Marics 2008: 94) zurückgegriffen: das Laiendolmetschen (vgl. Hsieh 2016: 104).

Das Laiendolmetschen ist ein "charakteristisches Merkmal des CI" (Pöllabauer 2005: 57) und hat sich in medizinischen Settings zu einer weit üblicheren Praxis entwickelt als der Einsatz professioneller DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 104). Laut Hsieh (2016: 97) stellen professionelle DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sogar eine Minderheit dar. Die Mehrheit wird von Personen repräsentiert, die zwar Sprachkompetenzen besitzen und aufgrund ihres Bilingualismus zu Dolmetsch-Einsätzen herangezogen werden, aber über keine translatorische Ausbildung verfügen (vgl. Antonini et al. 2017: 5ff.; Hsieh 2016: 103; Marics 2008: 95). Intern setzten sich LaiendolmetscherInnen<sup>15</sup> zudem je nach AuftraggeberIn aus inhomogenen Personengruppen zusammen. Nicht-deutschsprachige PatientInnen greifen als AuftraggeberInnen überwiegend auf fremdsprachenkundige Personen aus ihrem Lebensumfeld zurück, während ÄrztInnen wiederum zumeist ihr bilinguales Personal als DolmetscherInnen beauftragen (vgl. Felgner 2009: 47; Pöchhacker 1997: 87f.). Eine Studie von Pöchhacker (1997: 88f.), die sich mit der Kommunikation zwischen nicht-deutschsprachigen PatientInnen und VertreterInnen von Gesundheitseinrichtungen in Wien befasste, ergab in diesem Kontext, dass beide Gruppen ungefähr gleich oft als DolmetscherInnen zum Einsatz kommen. Das externe Anfordern von

\_

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Antonini et al. (2017: 5ff.) schlagen neben "LaiendolmetscherIn" auch "non-professional interpreter" als Bezeichnung vor. Sie bezeichnen "non-professional" als "probably the best umbrella term for the purposes of this book […] because it lacks the biases that other terms seem to have" (Antonini et al. 2017: 6). Neben "nicht-professionelle DolmetscherInnen" findet im weiteren Verlauf der Arbeit jedoch überwiegend die Bezeichnung "LaiendolmetscherIn" Verwendung. Diese ist als neutral und nicht wertend anzusehen.

DolmetscherInnen wurde von Seiten des medizinischen Personals in Krankenhäusern hingegen zu ca. 75% als keine Notwendigkeit erachtet und ca. 25% manchmal als Variante angeführt (vgl. Pöchhacker 1997: 90).

Sofern Begleitpersonen als DolmetscherInnen fungieren, handelt es sich dabei zumeist um Familienangehörige, d.h. Ehepartner, Kinder, Verwandte etc., oder Freunde bzw. Bekannte (vgl. Pöchhacker 1997: 91). Nicht-deutschsprachige PatientInnen holen sich somit Unterstützung aus ihrem persönlichen sozialen Umfeld, das Eimmermacher (2015: 67) als "wichtigste[s] inoffizielles Hilfesystem" bezeichnet. Vor allem Kinder werden als Familienangehörige gerne als DolmetscherInnen für ihre Eltern herangezogen (vgl. Eberding <sup>2</sup>2015: 93; Pöchhacker 1997: 92). Dies ist auch der Fall, wenn die Eltern bereits über Deutschkenntnisse verfügen, aber Schwierigkeiten beim Verstehen der Medizinersprache haben (vgl. Eberding <sup>2</sup>2015: 93). Besonders häufig sind in diesem Zusammenhang Mütter auf die Sprachkompetenzen ihrer Kinder angewiesen (vgl. Rajič 2008: 150). Werden die PatientInnen nicht durch eigene DolmetscherInnen begleitet, so übernehmen meist VertreterInnen der Gesundheitseinrichtungen die AuftraggeberInnen-Rolle (vgl. Pöchhacker 1997: 102; Wadensjö 1992: 39). Hierzu wird je nach Einrichtungen des Gesundheitswesens auf sprachkundiges medizinisches Personal zurückgegriffen, zu denen u.a. ÄrztInnen, OrdinationsassistentInnen, TherapeutInnen, Laborbedienstete und Verwaltungspersonal gehören können. Am häufigsten schlüpfen aber das Reinigungs- sowie das Pflegepersonal in die Rolle der DolmetscherInnen (vgl. Pöchhacker 1997: 94f. u. 154). Darüber hinaus verfügen einige Krankenhäuser über eigene Listen mit mehrsprachigem Personal, um diese in Notsituationen heranziehen zu können (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 211).

#### 4.2.1 Gründe für den Einsatz von LaiendolmetscherInnen

Die Gründe für den frequentierten Einsatz von LaiendolmetscherInnen im Gesundheitswesen sind vermutlich genauso breit gefächert, wie das Spektrum der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen selbst (vgl. Felgner 2009: 47; siehe Kapitel 4.2), weshalb im Folgenden ein kurzer Einblick in potentielle Entscheidungsgrundlagen gegeben wird.

Aus einer Untersuchung von Uluköylü (2008: 189) ging hervor, dass Bilingualismus bzw. das Beherrschen zweier Sprachen oftmals bereits für AuftraggeberInnen ausreichend ist. Demnach ergibt sich der Einsatz als DolmetscherIn aufgrund der eigenen Sprachkompetenzen oftmals durch Zufall. Eine translatorische Ausbildung erweist sich hierzu selten als Notwendigkeit (vgl. Uluköylü 2008: 189), zumal in CI-Settings die Annahme dominiert, dass es ohne

Weiteres ausreicht, wenn die Gesprächsinhalte von fremdsprachenkundigen Personen gedolmetscht werden (vgl. Pöchhacker 1997: 178). Begründungen liegen u.a. darin, dass reine Sprachkompetenz sogleich mit Dolmetschkompetenz in Verbindung gebracht wird (vgl. Gentile et al. 1996: 70) und z.B. von Seiten der ÄrztInnen auch nicht hinterfragt wird, ob die Sprachkenntnisse des bilingualen Personals überhaupt ausreichend sind (vgl. Hsieh 2016: 219). Ähnliches wird vermutlich auch auf nicht-deutschsprachige PatientInnen zutreffen, die ihre Begleitpersonen dolmetschen lassen. Hierbei spiegelt sich der Mangel an translationspolitischer Organisation im österreichischen Gesundheitswesen wieder (vgl. Pöchhacker 1997: 176; siehe Kapitel 3.2.4.1).

Weiters ist die Zeit ein wesentlicher Faktor, der die Wahl der DolmetscherInnen beeinflusst (vgl. Hsieh 2016: 200). Hsieh (2016: 200ff.) führt dazu an, dass ÄrztInnen prinzipiell professionelle DolmetscherInnen bevorzugen, in vielen Fällen aber aus zeitlichen Gründen nicht bis zu deren Ankunft warten können. Alternativen wie beispielsweise das Telefondolmetschen bieten zwar eine Zeitersparnis, dennoch äußern ÄrztInnen in Bezug darauf "poor sound quality, awkward discursive style, and lack of immediacy" (Hsieh 2016: 201) als Kritikpunkte, weshalb sprachliche Unterstützung vor Ort bevorzugt wird (vgl. Hsieh 2016: 201). Besonders bei äußerst kurzen bzw. dringenden Dolmetschungen wird daher gerne auf die Mittel zurückgegriffen, die unmittelbar zur Verfügung stehen, d.h. die Begleitpersonen oder das medizinische Personal. Dies trifft insbesondere auf medizinische Situationen zu, die in sprachlicher Hinsicht von geringer fachlicher Komplexität gezeichnet sind. Selbst bei DolmetscherInnen vor Ort ergibt sich aber die gleiche Problematik, da diese z.B. in Krankenhäusern gleichzeitig auf mehreren Stationen benötigt werden (vgl. Hsieh 2016: 102, 200ff. u. 204f.).

Angestellte DolmetscherInnen stellen in Einrichtungen jedoch eine Seltenheit dar (vgl. Wadensjö 1998: 54, siehe Kapitel 4.1). Einerseits ist es mit finanziellem Ressourcenmangel zu begründen, andererseits mit Kosten, die mit dem Einstellen von In-House-DolmetscherInnen einhergehen (vgl. Hsieh 2016: 109 u. 206; Marics 2008: 123). Selbst das Aufkommen für Leistungen freiberuflicher DolmetscherInnen stellt für Einrichtungen des Gesundheitswesens ein finanzielles Problem dar (vgl. Harris 2017: 39). Die Kostenfrage dominiert aber ebenso bei nicht-deutschsprachigen MigrantInnen, die zum Großteil selbst für den Einsatz von DolmetscherInnen verantwortlich sind, zumal Einrichtungen aus translationspolitischer Sicht nur selten Dolmetsch-Dienste anbieten. Finanzielle Gründe erschweren dementsprechend hier die Vergütung professioneller DolmetscherInnen (vgl. Ahamer 2013: 138f., 238 u. 367). Daher suggeriert Gentile (2017) in diesem Zusammenhang: "The winner is (and will always be) not a quality service, but a cheap one". (Gentile 2017: 78) Hinzu kommt, dass "das Bild der

unbezahlbaren KonferenzdolmetscherInnen, der »echten Profis«, die Vorstellung prägen" [Hervorhebung im Original] (Ahamer 2013: 138). Folglich kommt es zu einem vermehrten und bewussten Einsatz von LaiendolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 206), der für freiberufliche DolmetscherInnen wiederum auf lange Sicht in einer unzufriedenstellenden Bezahlung sowie einem unsicheren Beschäftigungsverhältnis resultiert (vgl. Ozolins 2000: 32). Aus diesem Grund wenden sich ausgebildete DolmetscherInnen mitunter auch vom freiberuflichen Dolmetschen im CI-Bereich ab und nutzen ihre Kompetenzen für eine berufliche Neuorientierung (vgl. Ozolins 2010: 210). Dadurch wird die ohnehin bereits mangelnde Verfügbarkeit professioneller DolmetscherInnen in Notfallsituationen im Gesundheitswesen vermutlich zusätzlich verstärkt (vgl. Harris 2017: 39).

#### 4.2.2 LaiendolmetscherInnen versus professionelle DolmetscherInnen

Da das Gesundheitswesen von Mehrsprachigkeit geprägt ist, gilt es interlinguale Kommunikationsbarrieren in den dazugehörigen Settings durch DolmetscherInnen zu überwinden. Wie bereits hervorging (siehe Kapitel 4.2), schlüpfen dazu eine Vielzahl an Personengruppen, die sich durch Kompetenz- und Qualifikationsunterschiede auszeichnen, in die Rolle der DolmetscherInnen (vgl. Angelelli 2014: 1f.). Deshalb wird im Folgenden ein genauerer Blick auf die Qualifikations- sowie Kompetenzunterschiede von LaiendolmetscherInnen versus professionellen DolmetscherInnen geworfen. Weiters wird auf die Risiken eingegangen, die mit dem Einsatz von LaiendolmetscherInnen einhergehen können.

#### 4.2.2.1 Qualifikation und Kompetenzen

LaiendolmetscherInnen sind aufgrund ihrer fehlenden translatorischen Ausbildung prinzipiell als unqualifiziert anzusehen (vgl. Antonini et al. 2017: 7). Dennoch weisen Antonini et al. (2017: 7) darauf hin, dass dies nicht zwangsläufig mit Inkompetenz einhergeht. Stanek (2011: 37ff.) vertritt zudem die Auffassung, dass professionell ausgebildete DolmetscherInnen ebenso als unqualifiziert erachtet werden können. Sie argumentiert, dass im Rahmen der Ausbildung zwar translatorische Kompetenzen erworben werden, die DolmetscherInnen aber nur über beschränktes Fachwissen und -terminologie verfügen. Beides entwickelt sich lt. ihren Angaben nämlich erst mit zunehmender Berufserfahrung. "As a result, not every professional translator is automatically an expert translator and professional competence is best seen as a capacity for developing expertise." (Whyatt 2017: 55) Dementsprechend darf die Ausbildung nicht als

grundlegendes Kriterium zur Qualifikationsbewertung von LaiendolmetscherInnen bzw. professionell ausgebildeten DolmetscherInnen angesehen werden.

Eindeutigere Unterschiede zwischen LaiendolmetscherInnen und professionellen DolmetscherInnen werden hingegen anhand sprachlicher, kultureller sowie translatorischer Kompetenzen erkenntlich. Bereits sprachliche Aspekte stellen für LaiendolmetscherInnen meist eine Hürde dar, da sie beim Dolmetschen "in beiden Sprachen mit ihren Sprachdefiziten konfrontiert werden" (Rajič 2008: 166). Bilingualismus umfasst diverse Lebensbereiche, die in gewissen Fällen nur mit einer Sprache assoziiert werden. Dementsprechend sind dazugehörige Ausdrücke, Begriffe etc. nur in einer Sprache bekannt, was den Prozess des Dolmetschens erschwert (vgl. Rajič 2008: 163). Die medizinische Fachsprache ist deshalb ein zusätzliches Hindernis (vgl. Rajič 2008: 164). Neben den sprachlichen Aspekten ist die Kommunikation im Gesundheitswesen zudem stets von nonverbalen und paraverbalen Zeichen<sup>16</sup> begleitet, auf die DolmetscherInnen ggf. aufmerksam machen sollten, um interkulturelle Missverständnisse zu vermeiden (vgl. Horn <sup>2</sup>2015: 185; Felgner 2009: 46). Dies verdeutlicht, dass Sprache sowie nonverbale und paraverbale Zeichen eng mit Kultur verbunden sind. Besonders bei der Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen darf somit die Kultur nicht außer Acht gelassen werden, zumal sie prägenden Einfluss auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit hat. Bei Konsultationen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen entstehen nämlich unterschiedliche Krankheitsmodelle, für die es ein gegenseitiges Bewusstsein und Verständnis zu entwickeln gilt (vgl. Flubacher <sup>2</sup>2015: 143f.; Wedam 2009: 184f.). Reine Sprachkompetenz erweist sich für das Dolmetschen im Gesundheitswesen demnach als unzureichend und gilt u.a. als Differenzierungsmerkmal in Bezug auf den Kompetenzumfang von LaiendolmetscherInnen versus professionellen DolmetscherInnen (vgl. Gentile et al. 1996: 66).

Des Weiteren stellt die translatorische Kompetenz ein Differenzierungsmerkmal dar, wobei hier in der Fachliteratur der Fokus eher auf Techniken gelegt wird, die vorwiegend bei professionellen DolmetscherInnen zur Anwendung kommen (vgl. Ahamer 2013; Corsellis 2008; Gentile et al. 1996). Translatorische Kompetenz umfasst u.a. effizientes Erfassen komplexer Sinneinheiten (vgl. Ahamer 2013: 74; Pöchhacker 2000: 239). Eine wesentliche Rolle nimmt dabei das Gedächtnis ein, welches dazu dient, Verknüpfungen zwischen Gesprächsinhalten und bereits bestehendem Wissen zur gegebenen Thematik herzustellen (vgl. Gentile et al. 1996: 28). Daher ist eine entsprechende Vorbereitung relevant, wobei in CI-Settings aufgrund meist spontaner Dolmetsch-Einsätze nicht ausreichend Zeit dafür bleibt (vgl. Corsellis

\_

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Nonverbale Zeichen umfassen u.a. Gestik, Mimik, Körperhaltung etc., während paraverbale Zeichen sich auf Laustärke, Intonation, Satzmelodie etc. beziehen (vgl. Felgner 2009: 46).

2008: 5). Corsellis (2008: 5 u. 25) argumentiert daher, dass professionelle DolmetscherInnen im Gegensatz zu LaiendolmetscherInnen Techniken entwickeln, um erforderliches und bestehendes Wissen abzurufen sowie kontinuierlich zu erweitern, wodurch vor Dolmetsch-Einsätzen weniger Vorbereitungszeit beansprucht werden muss. Ebenso halten sie bei Einsätzen als Ergänzung stets Utensilien wie Stifte, Blöcke, Glossare etc. griffbereit in einer Tasche (vgl. Corsellis 2008: 25). So kann z.B. mittels Notizen im konsekutiven Modus die zielsprachige Wiedergabe der Gesprächsinhalte unterstützt werden, was nach Gentile et al. (1996: 27 u. 67) als Indikator für Professionalität angesehen werden kann. Sie weisen jedoch darauf hin, dass je nach Setting abzuwägen ist, ob Notizen adäquat oder gar erforderlich sind (vgl. Gentile et al. 1996: 27).

Bei der zielsprachigen Wiedergabe sind der translatorischen Kompetenz zudem die "Sprechkompetenzen" zugehörig, die "Subkompetenzen, wie Stimme, Idiomatik, Sprachregister und Terminologie" umfassen (Ahamer 2013: 74). Gemäß Corsellis (2008: 5 u. 25) sind professionelle DolmetscherInnen bereits eher mit den Strukturen und Funktionsweisen von Institutionen vertraut, weshalb sie ein Gespür dafür entwickeln, welche Sprachregister in gewissen Kommunikationssituationen erforderlich sind. Diese Erfahrung dient somit als Grundlage, um auf die entsprechende Terminologie zurückzugreifen (vgl. Corsellis 2008: 5 u. 25). Für professionelle DolmetscherInnen ist auch charakteristisch, dass sich diese der direkten Rede bedienen, während bei LaiendolmetscherInnen überwiegend die indirekte Rede zur Anwendung kommt (vgl. Ahamer 2013: 80). Manche Kompetenzanforderungen bei Dolmetsch-Einsätzen gehen jedoch selbst über die Erfahrungen professioneller DolmetscherInnen hinaus (vgl. Ahamer 2013: 74). Valero-Garcés (2008: 174 u.176ff.) stellte fest, dass auch Dolmetsch-Studierende bei Praktika in Krankenhäusern u.a. auf sprachlicher und terminologischer Ebene mit Schwierigkeiten konfrontiert waren. Umgekehrt besteht aber die Möglichkeit, dass LaiendolmetscherInnen mit mehrjähriger Erfahrung über ein terminologisches Repertoire verfügen, dass sie im Vergleich zu ausgebildeten DolmetscherInnen durchaus zu besseren Dolmetsch-Leistungen befähigt (vgl. Ahamer 2013: 74).

"Wo hört »laienhaftes« Dolmetschen auf, wo beginnt »professionelles« Dolmetschen?" [Hervorhebung im Original] (Ahamer 2013: 69) Die erwähnten Kompetenzen dienen zwar dazu, "to ensure faithful, fluent, neutral and communicatively functional translation" (Whyatt 2017: 57), dennoch argumentiert Ahamer (2013), dass es hier nahezu unmöglich ist "eine eindeutige Trennlinie zu ziehen" (Ahamer 2013: 69f.), zumal trotz deutlicher Qualifikations- und Kompetenzunterschiede professionelle DolmetscherInnen und LaiendolmetscherInnen häufig dieselben Fehler machen (vgl. Hsieh 2016: 104).

#### **4.2.2.2** Risiken

Der Einsatz von LaiendolmetscherInnen bringt je nach dolmetschender Personengruppe – sei das medizinische Personal oder Begleitpersonen der PatientInnen – unterschiedliche Risikofaktoren mit sich. Das Dolmetschen durch mehrsprachiges Personal in Gesundheitseinrichtungen ist in Notfallsituationen laut Kletečka-Pulker (2016: 211) grundsätzlich nicht zu missbilligen, da die MitarbeiterInnen, z.B. das Pflegepersonal, aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit über medizinisches Fachwissen verfügen (vgl. Pöchhacker 1997: 178). Nichtsdestotrotz ist in beiden Sprachen auf sprachlicher und terminologischer Ebene zumeist mit unterschiedlichen Kenntnissen zu rechnen (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 211). Dadurch entsteht das Risiko, dass Inhalte verkürzt, verzerrt oder sogar verfälscht in die Zielsprache übertragen werden (vgl. Pöchhacker 1997: 178). Dies kann in weiterer Folge in Mehrkosten resultieren, die nicht von den Versicherungen gedeckt werden, zumal die Tätigkeit des Dolmetschens nicht in den Arbeitsverträgen des Personals angeführt ist und von Personen erbracht wird, die über keine translatorische Ausbildung verfügen (vgl. Kletečka-Pulker 2016: 211).

Ähnliche Risiken ergeben sich bei ärztlichen Konsultationen durch dolmetschende Begleitpersonen, bei denen die Qualität der Dolmetschung durch Mangel an Erfahrungen, Kompetenzen bzw. Ausbildung ebenso vermindert sein kann. Zumeist handelt es sich bei den DolmetscherInnen um Familienmitglieder, die durch den persönlichen Bezug sowie eine gewisse Vertrauensbeziehung zu den PatientInnen über weit mehr Zusatzinformationen verfügen als z.B. extern angeforderte DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 109 u. 199). Diese Aspekte können allesamt bei der Diagnostik eine Hilfestellung leisten (vgl. Hsieh 2016: 109 u. 199), aber zugleich den Konsultationsverlauf aufgrund der fehlenden Distanz behindern (vgl. Uluköylü 2008: 192), zumal

Dolmetschenden in einer Interaktion zwischen Gesprächspartnern, die jeweils nur eine der beiden Sprachen verstehen, eine Machtposition [zukommt], die sich nachhaltig auf die Dynamik der innerfamiliären Beziehung auswirken kann. Diese Problematik der Machtposition von Dolmetschenden trifft [...] vor allem auf Interaktionen zu, in denen Männer aus patriarchalisch geprägten Kulturen für ihre Frauen oder Angehörigen als Dolmetscher fungieren. Die Gefahr einer bewußten oder unbewußten Filterung oder Verzerrung des Gesprächsinhaltes ist in solchen Fällen nicht auszuschließen. (Pöchhacker 1997: 177)

Abgesehen davon bringt der Einsatz von Kindern und Jugendlichen als DolmetscherInnen einige Risiken mit sich, die Rajič (2008) im Rahmen einer empirischen Studie genauer untersuchte. Von Seiten der Verwandtschaft, darunter insbesondere der Eltern, wird von Kindern<sup>17</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Mit "Kinder" sind in diesem Kontext ebenso Jugendliche gemeint.

erwartet, dass sie bei interlingualen Kommunikationssituationen als DolmetscherInnen agieren (vgl. Pöchhacker 1997: 176). Einige Kinder sehen sich womöglich sogar verpflichtet, für ihre Familien dolmetschen zu müssen (vgl. Rajič 2008: 165). Ein wesentliches Problem stellt hierbei erneut die Fachsprache im Gesundheitswesen dar, die den sprachlichen Horizont überschreiten kann. Medizinische Ausdrücke bzw. Inhalte werden womöglich nur in einer Sprache verstanden, können aber nicht in die Zielsprache übertragen werden (vgl. Pöchhacker 1997: 176; Rajič 2008: 161f. u.168). Im Fall von Verständnisproblemen fand Rajič (2008: 164 u. 167) heraus, dass selbstbewusste Kinder ggf. Rückfragen stellen, oftmals aber die Angst vor einer Blamage in einer bewussten Fehldolmetschung resultiert. Einerseits sind sich Kinder hier unter Umständen nicht über mögliche Folgen im Klaren, andererseits wird vielleicht trotz alledem der vorsätzliche Versuch unternommen, auf diese Weise sprachliche Probleme zu retuschieren. Dolmetsch-Verweigerung bildet wiederum das gegensätzliche Extrem, bei dem aus Scham Inhalte während der Konsultation bewusst nicht in die Zielsprache übertragen werden. Dies kann letzten Endes u.a. mit Fehldiagnosen einhergehen (vgl. Rajič 2008: 162).

## 4.3 (Zusammen-)Arbeit mit DolmetscherInnen

In der wissenschaftlichen Fachliteratur zum Dolmetschen im Gesundheitswesen wird von ForscherInnen stets auf die Problematik hingewiesen, dass ÄrztInnen meist keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen haben und es erforderlich ist, ÄrztInnen zu vermitteln, wie mit DolmetscherInnen zusammengearbeitet werden kann (vgl. Hegemann <sup>2</sup>2015: 91; Mäntynen & Kinnunen 2009: 129f.; Ozolins 2000: 27f.; Valero-Garcés 2008: 183; Verrept 2008: 197; Wadensjö 1992: 176). Im Rahmen ihrer Ausbildung erhalten ÄrztInnen wenig bis gar keine Übung in der Kommunikation mit zunehmend diversen PatientInnengruppen (vgl. Angelelli 2014: 26). Zugleich gibt es ebenso wenig Aufklärung über potentielle Risiken, die mit Sprach- und Kulturbarrieren einhergehen können (vgl. Verrept 2008: 197).

Im Praxisalltag entscheiden ÄrztInnen, ob DolmetscherInnen zum Einsatz kommen oder nicht. Wird in deren Einsatz kein Mehrwert gesehen, besteht von Seiten der ÄrztInnen oftmals kein Bedarf dafür. Bei Anwesenheit von DolmetscherInnen wiederum, herrscht Unklarheit darüber, welche Dolmetsch-Typen und -Modi zur Anwendung kommen können (vgl. Hsieh 2016: 45 u. 198). Kommunikation ist aber vor allem bei medizinischen Konsultationen "a collective activity, and its outcome is derived from efforts of *joint* forces" [Hervorhebung im Original] (Wadensjö 1992: 173). Sobald DolmetscherInnen ein Teil des Kollektivs werden, erhalten Konsultationen vielfältige Gesprächsdynamiken, die Hsieh (2016) anhand des *Model of* 

Bilingual Health Communication visuell darstellt. Dies wird im folgenden Abschnitt einschließlich potentieller Gesprächsstrukturen genauer erörtert und zum Abschluss der theoretischen Ausführungen noch ein kleiner Einblick in die Erwartungen von ÄrztInnen an DolmetscherInnen gegeben.

#### 4.3.1 Model of Bilingual Health Communication nach Hsieh (2016)

Die kommunikative Struktur medizinischer Konsultationen unter Anwesenheit von DolmetscherInnen wurde ca. seit Ende der 1990er Jahre wiederholt anhand triangulärer Modelle visualisiert, bei denen die Triaden drei dyadischen Kommunikationsbeziehungen unterliegen: ÄrztIn - PatientIn, PatientIn - DolmetscherIn, DolmetscherIn - ÄrztIn (vgl. Hsieh 2016: 117). Demzufolge wahren DolmetscherInnen innerhalb der Triade die gleiche Distanz zu den jeweiligen Gesprächsparteien (vgl. Hsieh 2016: 117). Dies ist laut Hsieh (2016: 117) jedoch kritisch zu betrachten, zumal dyadische Strukturen innerhalb der Triade nicht voneinander unabhängig sind und kontextuelle Faktoren, die interpersonellen Gesprächsdynamiken beeinflussen.

MigrantInnen bilden heterogene PatientInnengruppen, die trotz mangelnder bzw. fehlender Sprachkompetenzen ein unterschiedliches Bedürfnis an direkter Kommunikation mit ÄrztInnen haben (vgl. Hsieh 2016: 117f.). Medizinische Konsultationen sind demnach keine "rotation between dyadic conversations as each dyad takes a turn in their communicative space" (Hsieh 2016: 118). Vielmehr ist interlinguale Kommunikation von Überlappungen aller Parteien innerhalb vielfältiger Gesprächsdynamiken geprägt, die Hsieh (2016: 118-121) anhand ihres *Model of Bilingual Health Communication* in Form von Venn-Diagrammen konzeptualisiert (Abb. 3).

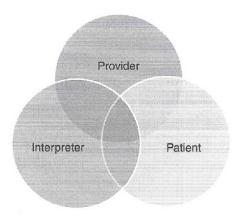


Abb. 3: Model of Bilingual Health Communication nach Hsieh (2016: 119)

Das Modell visualisiert das kommunikative Gefüge medizinischer Konsultationen, bei dem Gesprächssphären, sogenannte "conversational spaces" (Hsieh 2016: 118), zwischen ÄrztInnen,

PatientInnen und DolmetscherInnen bestehen. Alle Parteien nehmen eine aktive Rolle ein, wodurch der Kommunikationsprozess nicht unbedingt Linearität besitzt (vgl. Hsieh 2016: 118): "Rather, all individuals in the communicative event actively negotiate the communicative process through their understanding of these conversational spaces." (Hsieh 2016: 118) Hsieh (2016: 118ff.) verwendet dabei bewusst den Ausdruck "conversational spaces" (Hsieh 2016: 118), um den Einfluss aller Parteien auf die Gesprächsdynamik aufzuzeigen. Die Grenzen bzw. Weiten der Sphären stehen in Abhängigkeit zum Zugangsradius, welchen sich ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen innerhalb des kommunikativen Gefüges einräumen. Sie entscheiden selbst, wer mit wem über was spricht (vgl. Hsieh 2016: 118ff.).

Neben den Gesprächssphären verfügen ebenso die Mengengrößen des Venn-Diagramms über eine Größenvariabilität. Dies ist dem Faktum zuzuschreiben, dass ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen keine statischen Einheiten sind, sondern zwischen ihnen ein Machtgefälle herrscht, welches zusätzlichen Einfluss auf die interpersonelle Gesprächsdynamik nimmt (vgl. Hsieh 2016: 120). Die Vielfältigkeit der Gesprächsdynamiken innerhalb des *Model of Bilingual Health Communication* veranschaulicht Hsieh (2016: 120f.) anhand folgender Beispiele. Abbildung 4 visualisiert eine Gesprächsdynamik, die mit dem Einsatz von Familienmitgliedern als DolmetscherInnen einhergehen kann. Die PatientInnen verfügen hierbei über keine bzw. unzureichende Sprachkenntnisse und erhalten wenig Mitspracherecht, zumal die DolmetscherIn u.a. aufgrund ihres familiären Verantwortungsgefühls aktiv als FürsprecherIn agiert. Hier ist ein deutliches Hierarchiegefälle erkenntlich, dass in einem Ungleichgewicht der Gesprächssphären resultiert (vgl. Hsieh 2016: 120f.).

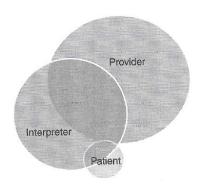


Abb. 4: Interpersonelle Gesprächsdynamik beim Einsatz von Familienmitgliedern als DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 121)

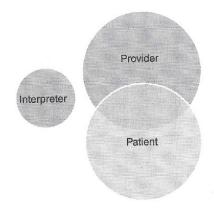


Abb. 5: Interpersonelle Gesprächsdynamik bei PatientInnen mit partieller Sprachkompetenz (vgl. Hsieh 2016: 121)

In Abbildung 5 wiederum verfügen die PatientInnen über ausreichende Sprachkenntnisse, die eine direkte Kommunikation mit den ÄrztInnen erlauben. Die DolmetscherInnen nehmen dabei eine passive Beobachterrolle ein und teilen keine gemeinsamen Gesprächssphären mit den anderen Kommunikationsparteien (vgl. Hsieh 206: 120f.). Folglich spiegelt das Modell "the flexible, interactive nature of interpersonal dynamics in interpreter-mediated medical encounters" wider (Hsieh 2016: 121).

## 4.3.2 Erwartungshaltungen von ÄrztInnen

Für das gesundheitliche Wohlergehen von PatientInnen bedarf es eines aktiven Informationsaustauschs zwischen ÄrztInnen, PatientInnen sowie auch DolmetscherInnen (vgl. Angelelli
2004: 29), wobei alle Parteien eigene kommunikative Ziele verfolgen (vgl. Hsieh 2016: 122 u.
162). Der Fokus von ÄrztInnen liegt vorwiegend am Erbringen qualitativer medizinischer Leistungen, wodurch gemäß Hsieh (2016: 13f.) DolmetscherInnen im Zuge ärztlicher Konsultationen als Teil des Gesundheitsversorgungsteams anzusehen sind. Zwar verfügen alle anwesenden
Kommunikationsparteien Erwartungshaltungen an DolmetscherInnen, der Umfang sowie der
Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit erlauben jedoch nur einen kleinen Einblick in diese Thematik, weshalb nur auf die Gruppe der ÄrztInnen Bezug genommen wird.

ÄrztInnen haben je nach medizinischem Setting unterschiedliche Anforderungen an DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 198). Hsieh (2016: 198) argumentiert in diesem Zusammenhang, dass PädiaterInnen bei der Behandlung von Kindern mit ADHS divergente Erwartungshaltungen an DolmetscherInnen haben als z.B. ÄrztInnen in der Notaufnahme. Grundsätzlich verfolgen aber alle Konsultationsgespräche das Diagnostizieren und Behandeln von Erkrankungen bzw. gesundheitlicher Beschwerden (vgl. Gentile et al. 1996: 62). Sobald dieser Prozess den Einsatz von DolmetscherInnen erfordert, werden deren Sprachkompetenzen und medizinisches Fachwissen zu einer unabdingbaren Voraussetzung für den Behandlungserfolg, wobei die kulturelle Kompetenz hingegen von ÄrztInnen eher als sekundär betrachtet wird (vgl. Hsieh 2016: 281 u. 284).

Hinsichtlich sprachlicher Aspekte ergibt sich die Frage, welches translatorische Verhalten ÄrztInnen von DolmetscherInnen bei teilweiser Sprachenkompetenz der PatientInnen erwarten. Meyer (2009: 145-154) führte eine Fallstudie zu Gesprächsabläufen bei partieller Deutschkompetenz durch und verwendete dazu transkribierte Daten des Projektes *Dolmetschen im Krankenhaus* der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* (DFG). Die ProbandInnen waren eine Ärztin, ein Patient sowie eine bilinguale Krankenschwester. Aufgrund dessen, dass der Patient

bereits in der Lage war, zum Teil direkt mit der Ärztin zu kommunizieren, umfasste die Konsultation folgende Interaktionsarten: direkte Kommunikation zwischen Ärztin und Patient sowie das Dolmetschen einzelner/ganzer Sequenzen durch die Krankenschwester. "Das Wechseln zwischen Phasen gedolmetschter und direkter Kommunikation ist ein Charakteristikum von Gesprächen, in denen den Beteiligten potentiell mehrere Sprachen zur Verfügung stehen, auch wenn sie nicht alle diese Sprachen in gleichem Maße beherrschen." (Meyer 2009: 150) Demzufolge ist der Dolmetschbedarf bei partieller Sprachkompetenz von Satz zu Satz unterschiedlich. Meyer (2009: 153) appelliert zudem, dass es PatientInnen nicht an direkter Kommunikation zu hindern gilt. "Ein interaktionales "Ausbremsen" des/der Patienten/Patientin mag vordergründig effektiv erscheinen, ist jedoch mit Sicherheit nicht geeignet, [...] da auf diese Weise Spontaneität unterdrückt und die Dynamik des Gesprächs verringert wird." (Meyer 2009: 153) Die Fragestellung, welchen Standpunkt ÄrztInnen in diesem Kontext vertreten, bleibt vorerst offen. Im empirischen Teil der Forschungsarbeit erfolgt anhand der erhobenen Daten eine thematische Ergänzung (siehe Kapitel 6.3.1.1).

Weiters sind die Erwartungen von ÄrztInnen beim Einsatz von DolmetscherInnen stets mit der Neutralitäts- und Loyalitätsfrage verbunden. ÄrztInnen fordern von DolmetscherInnen neutrales Verhalten (vgl. Hsieh 2016: 211f.). Dies belegt Pöchhacker (1997: 115ff. u. 161f.) in einer Studie zur Kommunikation von nicht-deutschsprachigen PatientInnen in Wiener Gesundheitseinrichtungen. Sowohl eine Krankenhausumfrage als auch eine Befragung von ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich ergaben, dass Diskretion und Verschwiegenheit als oberste Prioritäten dicht von der Forderung nach Neutralität gefolgt sind. Die ausgewerteten Ergebnisse verdeutlichen, dass neutrales Verhalten von DolmetscherInnen beim Überbrücken interlingualer Sprachbarrieren einen höheren Stellenwert einnimmt als Sprach- und Kulturkompetenz, medizinisches Fachwissen oder der Nachweis einer translatorischen Ausbildung (vgl. Pöchhacker 1997: 115ff. u. 161f.). Eine Begründung liegt darin, dass ÄrztInnen mittels Neutralität das Entwickeln einer Beziehung zwischen PatientInnen und DolmetscherInnen verhindern wollen. Dies fand Hsieh (2016: 211f.) anhand eigener Forschung zur gegebenen Thematik heraus. ÄrztInnen stehen Bindungen zwischen DolmetscherInnen und PatientInnen kritisch gegenüber. Es wird als potentielles Hindernis für deren Behandlungsziele erachtet, zumal es zu einer "tug-ofwar between provider and interpreter in competing for the patient's affection and trust" kommen kann (Hsieh 2016: 212). Folglich liegt die Absicht der Forderung nach neutralem Verhalten darin, eine Bindung und ein Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu ermöglichen (vgl. Hsieh 2016: 211f.). Es ist jedoch zu hinterfragen, ob DolmetscherInnen im Grunde in der Lage sind, Neutralität zu wahren (vgl. Ahamer 2013: 79). Betrachtet man u.a. die Berufs- und Ehrenordnung der *UNIVERSITAS Austria*, dem Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen in Österreich, so besagt §6 lediglich: "Die Verbandsmitglieder üben ihren Beruf unvoreingenommen und unparteiisch nach bestem Wissen und Gewissen aus." (UNIVERSITAS Austria 2017: 1) Anstatt von Neutralität zu sprechen, bedient man sich in der Fachliteratur sowie von Seiten des Berufsverbandes eher Bezeichnungen wie "Unparteilichkeit" und "Unvoreingenommenheit" (vgl. Pöchhacker 2000: 60). Implizit verdeutlicht "nach bestem Wissen und Gewissen" (UNIVERSITAS Austria 2017: 1) zudem, dass DolmetscherInnen nie eine Garantie für unparteiisches sowie unvoreingenommenes Verhalten geben können. Dies trifft vor allem auf LaiendolmetscherInnen zu, denn unter Umständen teilen sie mit den PatientInnen nicht nur denselben kulturellen Hintergrund, sondern auch "Migrations- und Diskriminierungserfahrungen [...] [die] die Forderung nach Unvoreingenommenheit und Unparteilichkeit" verkomplizieren (Pöchhacker 2000: 60). Demzufolge stellt sich die Frage, ob ÄrztInnen von DolmetscherInnen – darunter insbesondere LaiendolmetscherInnen – überhaupt Neutralität fordern können (vgl. Stanek 2011: 102).

Konträr dazu werden DolmetscherInnen, wie bereits zuvor erwähnt, als Teil des Gesundheitsversorgungsteams erachtet (vgl. Hsieh 2016: 13). In vielen Fällen geht dies von Seiten der ÄrztInnen folglich mit Loyalitätserwartungen einher, wobei es "little concern about the impact of interpreters siding with healthcare providers" gibt (Hsieh 2016: 212). Vielmehr liegt der Fokus der Forderung nach Loyalität darin, dass DolmetscherInnen als Stütze beim Erreichen der eigenen Behandlungsziele dienen (vgl. Hsieh 2016: 203). Im metaphorischen Sinne stellt Hsieh (2016: 214) DolmetscherInnen daher als Prothesen dar, ohne die ÄrztInnen ihre Arbeit nicht durchführen könnten. Im Wesentlichen liegt die Erwartung an DolmetscherInnen als sprachliche Extremität in der Wiedergabe der ärztlichen Identität. Deshalb bevorzugen ÄrztInnen oftmals den Einsatz professioneller DolmetscherInnen oder sprachliche Unterstützung des bilingualen Personals, zumal diese, im Gegensatz zu dolmetschenden Familienmitgliedern von PatientInnen, für die ÄrztInnen arbeiten (vgl. Hsieh 2016: 203; 209 u. 219). Hierbei ist ebenso die Vertrautheit der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und DolmetscherInnen von Relevanz. ÄrztInnen arbeiten gerne mit DolmetscherInnen zusammen, die mit den Behandlungsabläufen vertraut sind und "who are willing to maintain their agenda" (Hsieh 2016: 203). Eine regelmäßige Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen basiert demnach auf gemeinsam erarbeiteten Kooperationsmustern sowie dem Vertrauen, dass DolmetscherInnen ÄrztInnen die Realisierung ihrer Behandlungsvorhaben ermöglichen (vgl. Hsieh 2016: 226).

## 5 Methodik

Im Folgenden werden die methodischen Grundlagen des empirischen Teils der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert. Zunächst erfolgt dazu ein Überblick über die gesetzten Forschungsziele, die mittels der Forschungsfragen genauer erörtert werden. Anknüpfend wird der Zugangsprozess zum Forschungsfeld dokumentiert sowie auf die UntersuchungsteilnehmerInnen, einschließlich deren für den Analyseprozess relevanten Grunddaten, eingegangen. Weiters wird der Vorgang der Datenerhebung geschildert und die Analysemethode, die zur Auswertung der erhobenen Daten im Folgekapitel herangezogen wird, präsentiert.

# 5.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Im theoretischen Teil der Forschungsarbeit wurde auf Grundlage fachspezifischer – darunter insbesondere translationswissenschaftlicher – Literatur ein Einblick in die translationspolitische Situation im österreichischen Gesundheitssystem gegeben und im Allgemeinen gängige Praxisformen beim Umgang mit anderssprachigen PatientInnengruppen im Medizinbereich näher beleuchtet. In Bezug auf die Dolmetschpraxis erlaubte die Literaturrecherche hierbei einen Einblick in verschiedenste Gesundheitseinrichtungen einschließlich ihrer medizinischen Fachgebiete (vgl. u.a. Andres & Pöllabauer 2009; Flubacher <sup>2</sup>2015; Kletečka-Pulker & Parrag 2015; Korak 2012; Pöchhacker 2014; Pöchhacker 1997; Straub 2016; Uluköylü 2008). Im Zuge der Recherche zeigte sich aber, dass der Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf auf erster Ebene der Primärversorgung in Österreich, d.h. Ordinationen für Allgemeinmedizin, aus translationspolitischer Sicht in relativ geringem Ausmaß Gegenstand des Forschungsinteresses war. Zwar untersuchte z.B. Pöchhacker (1997) im Rahmen einer quantitativen Studie die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Personengruppen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, legte den Fokus aber ausschließlich auf Wien. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich dienen jedoch in ganz Österreich als erste Anlaufstelle für deutschsprachige sowie nicht-deutschsprachige PatientInnengruppen (vgl. BMSGPK 2019e; Rebhandl 2008: 2). Aus diesem Grund versucht die vorliegende Forschungsarbeit den Blickwinkel zu erweitern und den bisherigen Forschungsstand durch weitere Daten zu ergänzen. Da der Umfang der vorliegenden Forschungsarbeit keine umfassende Untersuchung ganz Österreichs erlaubt, sollen Ordinationen in ausgewählten Bezirken der Bundesländer Wien und Steiermark einen groben Überblick über die Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen Stadt und Land geben.

Das Ziel der Arbeit ist es, den Umgang mit Mehrsprachigkeit sowie den Dolmetschbedarf auf Ebene österreichsicher Ordinationen für Allgemeinmedizin zu eruieren. Dazu wurden ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie OrdinationsassistentInnen im Bezirk Leopoldstadt in Wien sowie dem Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Obersteiermark befragt. Diese empirische Untersuchung beabsichtigt, Erkenntnisse zu folgenden Forschungsfragen zu gewinnen:

- Wie gehen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen mit Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag um?
- Gibt es einen Bedarf an DolmetscherInnen in Ordinationen für Allgemeinmedizin?
- Wie sieht die translationspolitische Situation auf dieser Ebene der Primärversorgung aus?

# 5.2 Zugang zum Forschungsfeld und InterviewpartnerInnen

Die primäre Impuls- und Entscheidungsgrundlage für die Themenwahl der Forschungsarbeit ist auf eine 3 Jahre lange berufliche Tätigkeit in einer Ordination für Allgemeinmedizin im 2. Bezirk in Wien zurückzuführen, die von immenser sprachlicher Vielfalt geprägt war. Deshalb wurde zu Beginn der thematischen Spezifikation alleinig der Bezirk Leopoldstadt als Untersuchungsgebiet anvisiert. Der erste Schritt war in diesem Zusammenhang, den Zugang zum Forschungsfeld über die Ärztekammer Wien abzusichern. Hierzu wurde nach telefonischer Auskunft der Ärztekammer um eine schriftliche Antragstellung per E-Mail bzgl. einer Genehmigung zur Durchführung von Interviews inkl. Informationen zum Forschungsvorhaben gebeten. Diese wurde einerseits an die Stabstelle Recht sowie die Abteilung Medien und Fortbildung adressiert. Im Juli 2019 wurde nach ca. zwei Monaten die Genehmigung per Telefon erteilt, nachdem das Vorhaben von der Rechtsabteilung geprüft wurde.

Aufgrund einer fehlenden Bestätigung über den Erhalt des Antrags sowie einer unvorhersehbaren Bearbeitungsdauer seitens der Ärztekammer wurde parallel dazu im Zeitraum Mai/Juni 2019 vom Bezirksvorsteher Dr. Hubert Lutnik, dem Zuständigen aller niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen im 2. Bezirk, ebenfalls die Erlaubnis zur Durchführung von Interviews eingeholt. Anschließend wurde versucht telefonisch sowie auf elektronischem Weg InterviewpartnerInnen für die Untersuchung zu akquirieren. Zumal sich dieser Prozess als äußerst schwierig und langwierig erwies, wurde das Forschungsvorhaben zusätzlich auf den Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Obersteiermark, die Herkunftsregion der Verfasserin, ausgeweitet.

Nach Anfragen per E-Mail sowie einer persönlichen Vorstellung der geplanten

Untersuchung konnten weitere TeilnehmerInnen gefunden werden. Hier wurde der Fokus auf Ordinationen in der Obersteiermark gelegt, die in sehr ländlichen Regionen ansässig sind. Damit ist ein Kontrast zum großstädtischen Setting beabsichtigt, der mittels eines Vergleiches einen umfassenderen Einblick in die Thematik des Umgangs mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf samt Gemeinsamkeiten/Unterschieden erlaubt.

Insgesamt konnten 9 TeilnehmerInnen für den empirischen Teil der Arbeit gefunden werden: 2 ÄrztInnen und 2 OrdinationsassistentInnen in Wien sowie 2 ÄrztInnen und 3 OrdinationsassistentInnen in der Steiermark. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass in diesen Ordinationen für PatientInnen ausschließlich die Sprachen Deutsch und Englisch angeboten werden. Die ÄrztInnen sowie die OrdinationsassistentInnen verfügen über keinen Migrationshintergrund und besitzen keine weiteren ausgeprägten Fremdsprachenkenntnisse, die Kommunikation in anderen Sprachen ermöglichen würden.

# 5.3 Datenerfassung

Im Zuge des qualitativen Forschungsvorhabens wurden leitfadengestützte Interviews – auch bekannt als teilstandardisierte, teilstrukturierte bzw. semistrukturierte Interviews (vgl. Hopf <sup>2</sup>1995: 177) – als Methode für die Erhebung der empirischen Daten herangezogen, mittels welcher ein systemischer und strukturierter Ablauf der Interviews ermöglicht wurde (vgl. Helfferich 2014: 560). Lt. Helfferich (2014) unterliegt die Ausarbeitung eines Interviewleitfadens hierbei dem Prinzip: "So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig". (Helfferich 2014: 560) Es gilt den Befragten größtmögliche Offenheit hinsichtlich der Beantwortung der gestellten Fragen zu erlauben (vgl. Helfferich 2014: 560; Kuckartz <sup>4</sup>2018: 55; Mayer <sup>6</sup>2013: 37). Um freie Artikulation seitens der TeilnehmerInnen zu gewährleisten, wurde daher bestmöglich auf Antwortvorgaben verzichtet (vgl. Hopf <sup>2</sup>1995: 177). InterviewerInnen sollen nämlich "nicht zu starr am Leitfaden kleben und im falschen Moment Ausführungen unterbrechen", wobei es "themenferne Ausschweifungen" zu unterbinden gilt (Mayer <sup>6</sup>2013: 37f.).

Auf Basis der theoretischen Ausführungen (siehe Kapitel 1-4) wurden in Hinblick auf die Forschungsfragen sowohl für die ÄrztInnen als auch für die OrdinationsassistentInnen, die sich für eine Interviewteilnahme bereit erklärt haben, gesonderte Interviewleitfäden erstellt (siehe Anhang 1 u. Anhang 2). 8 von 9 Interviews konnten im März 2020 in den Ordinationsräumlichkeiten vor Ort durchgeführt werden. Aufgrund der von der Bundesregierung ausgesprochenen Ausgangsbeschränkungen, die in Zusammenhang mit der Verbreitung des Coronavirus verhängt wurden, musste das letzte Interview abgesagt werden. Die ÄrztIn erkläre sich

jedoch freundlicherweise dazu bereit, die Fragen in schriftlicher Ausführung zu übermitteln. Die restlichen Gespräche wurden nach Einverständnis der TeilnehmerInnen mit einem digitalen Diktiergerät (Marke: Tschisen; Modell: V90) aufgenommen.

Im Anschluss an die Interviews wurden die Audioaufnahmen mit der Software MAXQDA, die im weiteren Verlauf für die computergestützte qualitative Inhaltsanalyse der Daten verwendet wurde, transkribiert. Der Transkriptionsprozess der 8 durchgeführten Interviews stützte sich dabei auf die von Kuckartz (42018: 167f.) entwickelten Transkriptionsregeln für computergestützte Auswertungen. Folgende Regeln nach Kuckartz (42018: 167f.) wurden dabei beachtet:

- wörtliche Transkription inkl. Anpassung dialektaler Färbungen an das Hochdeutsche
- Annäherung von Sprache/Interpunktion an das Schriftdeutsche
- Pausenkennzeichnung mittels runder Klammer (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden); z.B.: (...), (5)
- Unterstreichung betonter Begriffe
- keine Transkription zustimmender Lautäußerungen der InterviewerIn, sofern es keinen Einfluss auf den Redefluss der interviewten Person hat; z.B.: "mhm", "aha" etc.
- Markierung unterstützender Lautäußerungen mittels runder Klammer; z.B.: (Seufzen)
- Kennzeichnung der InterviewerIn und Befragten mithilfe von Kürzeln; z.B.: "I" für InterviewerIn
- neuer Absatz nach jedem SprecherInnenwechsel
- Kennzeichnung von Störungen in runden Klammern; z.B.: (Klopfen an der Tür)
- Kenntlichmachung nonverbaler Aspekte in runder Doppelklammer; z.B.: ((lacht))
- Anonymisierung personenbezogener Angaben

Im Rahmen des Transkriptionsprozesses wurden allen beteiligten Personen folgende Kürzel zugeordnet:

- Interviewerin: "I1"
- ÄrztInnen in Wien: "AW"
- ÄrztInnen in der Steiermark: "AS"
- OrdinationsassistentInnen in Wien: "OW"
- OrdinationsassistentInnen in der Steiermark: "OS"

Alle InterviewpartnerInnen wurden zusätzlich durchnummeriert (z.B.: "AW1"/ "OS3"), wobei die Reihenfolge willkürlich gewählt wurde und nicht der tatsächlichen Reihenfolge der Interviewführung entspricht. Hinzu kommt, dass alle Daten, die Rückschlüsse auf die Befragten erlaubt hätten, anonymisiert wurden. In Anlehnung an die Empfehlung von Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 171) wurde – aufgrund zahlreicher zu anonymisierender Angaben – der Anonymisierungsprozess nach Abschluss der Transkriptionsphase durchgeführt. Hierbei wurden ortsbezogene Bezeichnungen durch allgemeine Begriffe wie "Dorf", "Gegend" etc. ersetzt. Darüber hinaus wurde die Nennung der Berufsbezeichnungen "Arzt/Ärztin" sowie "Ordinationsassistent/Ordinationsassistentin" stets in den gegenderten Formen "ÄrztInnen" bzw. "OrdinationsassistentInnen" angeführt, sofern diese personenbezogene Rückschlüsse auf die interviewten Personen erlauben hätten. Abschließend wurden die Transkripte in Absätze mit Zeilennummerierung konvertiert, um die Lesbarkeit, Analyse sowie Auffindbarkeit der Textstellen zu verbessern. Alle Transkripte können dem Anhang entnommen werden.

## **5.4** Analysemethode

Die Analyse der empirischen Daten erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (<sup>4</sup>2018). Hierbei handelt es sich um ein kategorienbasiertes Auswertungsverfahren von Daten, welches einem aktiven Interpretations- und Klassifizierungsprozess seitens der ForscherInnen unterliegt (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 22 u. 27). Im Gegensatz zu quantitativen Forschungsansätzen, die im Rahmen von Codierungsprozessen empirische in numerische Daten transformieren und statistisch auswerten (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 35 u. 48), liegt in diesem Kontext der Fokus auf dem "Text in seiner Gesamtheit" (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 48), weshalb dieses qualitative Verfahren gewählt wurde. Der gesamte Prozess der Inhaltsanalyse fand dabei computergestützt mithilfe der Software MAXQDA statt.

#### 5.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018)

Den Grundstein der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 30) bilden Auswahleinheiten, die in dieser Forschungsarbeit in Form von transkribierten Interviews vorliegen. Die Textstellen solcher Einheiten umfassen verschiedene Themen, die im Zuge qualitativer Inhaltsanalysen thematischen Kategorien zugeordnet werden (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 30 u. 34f.). Im Prinzip ist die Kategorienbildung ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und elementar für die Wahrnehmung und Ordnung der Umwelt – gleiches gilt ebenso für die

Wissenschaft (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 31f.). Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 31) definiert daher eine Kategorie als "das Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten". Eine solche Klassifizierung erlaubt Codierungsprozesse, unter denen "das Analysieren, Benennen, Kategorisieren und das theoretische Einordnen der Daten" verstanden wird (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 35).

Im Zuge der Kategorienbildung ist es erforderlich, einzelne Kategorien durch klare Definitionen, die inhaltliche Deskriptionen und Indikatoren umfassen, voneinander abzugrenzen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 37). Die Gesamtheit der Kategorien wird dann als "Kategoriensystem" bezeichnet, welches von einer linearen bzw. hierarchischen Struktur geprägt sein kann (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 38). Lineare Kategoriensysteme setzen sich aus gleichwertigen Kategorien einer Ebene zusammen, während der hierarchische Aufbau aus Haupt- und Subkategorien besteht. Grundsätzlich besitzen Inhaltsanalysen in den meisten Fällen Kategoriensysteme mit hierarchischem Aufbau (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 38f.). An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Hauptkategorien im Kontext hierarchischer Kategoriensysteme nicht als Schlüsselkategorien zu verstehen sind, sondern lediglich das Vorhandensein mehrerer Ebenen kennzeichnen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 38). Diesen Haupt- und Subkategorien werden im Zuge der qualitativen Analyse einzelne Textsegmente, sogenannte Codiereinheiten, zugeordnet. Relevant ist in diesem Zusammenhang, dass im Gegensatz zur klassischen Inhaltsanalyse, beim qualitativen Vorgehen die Verbindung zwischen Kategorie und Ausgangsmaterial dauerhaft aufrecht bleibt (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 41ff.).

Für die Zuordnung von Codiereinheiten zu den jeweiligen Kategorien, ist zunächst deren Bildung erforderlich. Die Kategorienbildung erfolgt dabei deduktiv oder induktiv. Deduktive Kategorienbildung ist in Bezug auf das empirische Material als datenunabhängig zu verstehen, während das induktive Verfahren den parallelen Verlauf von Kategorienbildung und Codierung beschreibt (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 64). Bei Datenerhebungen mittels leitfadengestützter Interviews unterliegt die Kategorienbildung häufig beiden Varianten. Diese kann zuerst deduktiv anhand des Leitfadens erfolgen und im Anschluss induktiv, indem die vorherigen Kategorien zu neuen bzw. Haupt- und Subkategorien erweitert werden (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 72): "Die qualitative Forschung kennt generell keine so strikte Trennung zwischen der Phase der Datenerhebung und der Datenauswertung [...]." (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 57) Zentralen Einfluss auf den gesamten Prozess nimmt aber die Forschungsfrage ein, die bei Unsicherheit stets herangezogen werden soll. Deshalb ist es erforderlich, sich in dieser Phase erneut die Forschungsziele zu vergegenwärtigen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 55 u. 69f.).

Insbesondere am Anfang ist es relevant, "ein erstes Gesamtverständnis für den jeweiligen Text auf der Basis der Forschungsfrage(n) zu entwickeln" (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 56). Darauf

basierende Kategorien dienen in weiterer Folge als Suchfunktion, die eine erste grobe Kategorisierung erlauben. Darauffolgend kann der induktive Vorgang initiiert werden. Die finale Festlegung des Kategoriensystems findet statt, sobald keinerlei neue Aspekte aus den Daten hervorgehen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 86 u. 94ff.).

### 5.4.1.1 Inhaltlich-strukturierte qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der empirischen Daten zielt auf eine Beschreibung des Status Quo in Bezug auf den Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin ab. Für diesen deskriptiven Zugang eignet sich gemäß Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 141) insbesondere eine inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse, weshalb die Datenauswertung nach diesem Verfahren erfolgte. Insgesamt wird der Verlauf der inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (<sup>4</sup>2018) dabei in 7 Prozessphasen unterteilt, die im Folgenden visualisieren werden:

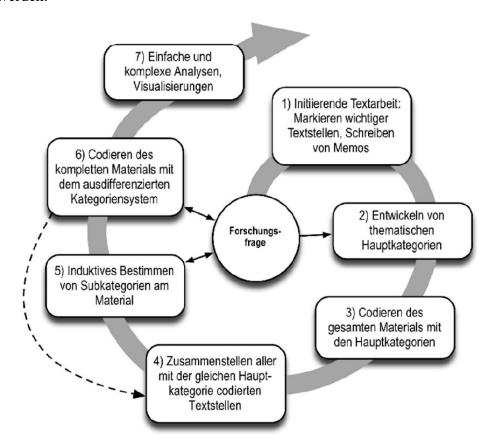


Abb. 6: Verlauf einer inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 100)

Die erste Phase wird durch die initiierende Textarbeit eingeleitet, d.h., dass die transkribierten Interviews Zeile für Zeile gelesen werden und eine Kennzeichnung bedeutsamer Textstellen erfolgt. Mittels Memos werden hierbei u.a. Anmerkungen, Gedanken, Hypothesen etc., die im

Zusammenhang zu den markierten Textstellen stehen, schriftlich festgehalten (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 56ff. u. 101). Dies geschieht unter Berücksichtigung der Forschungsfrage, denn primär gilt es, "zunächst ein erstes Gesamtverständnis für den jeweiligen Text auf Basis der Forschungsfrage(n) zu entwickeln" (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 56).

In der zweiten Phase werden thematische Hauptkategorien gebildet, die sich an den im Leitfaden aufkommenden Hauptthemen, die einen direkten oder indirekten Bezug zur Forschungsfrage haben, orientieren. Zunächst erfolgt daher eine deduktive Bildung von Hauptkategorien auf Grundlage des eingesetzten Leitfadens, wobei es empfehlenswert ist, die Kategorienmenge der Übersicht halber auf 10 bis max. 20 zu beschränken (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 97 u. 101). Im Anschluss beginnt die dritte Phase, in der die Texte erneut zur Gänze durchgelesen und einzelne Textsequenzen thematischen Hauptkategorien zugeordnet werden. Es ist darauf zu achten, stets in Sinneinheiten zu codieren, um zu gewährleisten, dass die Textsequenzen für die RezipientInnen nicht aus dem Kontext gerissen werden. Eine Sinneinheit besteht dabei zumindest aus einem Satz, wobei in manchen Fällen auch die Codierung mehrerer Absätze notwendig ist. Hinzu kommt, dass einzelne Textsegmente mehrere Themen umfassen und folglich beim ersten Codierprozess mehreren Kategorien zugewiesen werden können. Passagen, die nicht sinntragend sind, werden in uncodierter Form belassen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 102ff.).

Alle codierten Segmente werden im Rahmen der vierten Phase innerhalb der entsprechenden thematischen Hauptkategorien zusammengetragen. Dies bildet die Grundlage der fünften Phase, in der die induktive Subkategorienbildung am erhobenen Datenmaterial beabsichtigt wird. Bestehende Hauptkategorien werden im Zuge dessen ausdifferenziert, weiterentwickelt und um Subkategorien erweitert. Hier ist es wichtig – wie bei der allgemeinen Kategorienbildung – ebenso Definitionen für die Subkategorien zu verfassen, um eine eindeutige Zuordnung codierter Textsequenzen zu erlauben. Des Weiteren gilt es die Subkategorien, die zunächst in ungeordneter Form vorliegen, zu ordnen, systematisieren sowie bei Bedarf mit anderen Subkategorien zusammenzufassen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 106). Kuckartz (<sup>4</sup>2018) empfiehlt auch hier: "So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig: Je größer die Zahl der Subkategorien ist, desto präziser müssen die Definitionen sein, desto größer ist die Anfälligkeit gegenüber falschen Codierungen [...]." (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 108)

Liegt nach Beendigung der fünften Phase ein ausdifferenziertes Kategoriensystem vor, kann mit der sechsten Phase begonnen werden. Es wird ein zweiter Codierungsprozess der empirischen Daten anhand des erweiterten Kategoriensystems durchlaufen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 110). Vor dem Übergang in die 7 Phase, die sich der komplexen Analyse des codierten Materials widmet (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 100), legt Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 62 u. 111) das Verfassen von

Fallzusammenfassungen, sogenannter thematischer Summarys, nahe, um einen besseren Überblick über das Datenmaterial zu erhalten und Vergleiche zueinander thematisch ähnlicher/konträrer Textsegmente zu ermöglichen. Fallzusammenfassungen gewinnen dabei eine Distanz zu den Originaldaten und erhalten durch individuelle Formulierungen der ForscherInnen eine analytische Perspektive, die eine komprimierte Darstellung der relevantesten Inhalte der Themen sowie Subthemen erlaubt. Nichtsdestotrotz ist es nicht erforderlich, für die gesamten thematischen Kategorien diese Fallzusammenfassungen anzufertigen (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 111 u. 115). Es erscheint lt. Kuckartz (<sup>4</sup>2018: 115) durchaus ausreichend, es auf Themen zu beschränken, die für die Analyse besonders signifikant sind.

Die letzte Phase der inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse erfolgt in der vorliegenden Forschungsarbeit anhand einer einfachen Analyse, bei der zunächst eine "kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien" stattfindet (Kuckartz <sup>4</sup>2018: 118). Hier gilt es herauszufinden, was im Zuge der leitfadengestützten Interviews alles zur gegebenen Thematik gesagt wurde. Sofern Hauptkategorien dabei mehrere Subkategorien umfassen, werden auch deren Zusammenhänge innerhalb der thematischen Hauptkategorien näher betrachtet (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 118f.). In diesem Kontext besteht aber auch die Möglichkeit, mittels eines extensiven Zugangs die Zusammenhänge der Hauptkategorien untereinander zu untersuchen. Da die ausgewerteten Ergebnisse dabei in beschreibender Form präsentiert werden, ist im Sinne der RezipientInnen auf eine möglichst klare und nachvollziehbare Reihenfolge der themenbezogenen Auswertung zu achten (vgl. Kuckartz <sup>4</sup>2018: 118f.).

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung nun thematisch anhand der entwickelten Haupt- und Subkategorien erörtert, um Antworten auf die zuvor angeführten Forschungsfragen zu erhalten. Die Ergebnisberichte werden anschließend anhand eines ausführlichen Resümees am Ende der Forschungsarbeit diskutiert.

# 6 Empirische Datenauswertung und -analyse

Die empirische Datenauswertung erfolgt anhand der im Verlauf der qualitativen Inhaltsanalyse deduktiv/induktiv gebildeten Haupt- (HK) und Subkategorien (SK). Für die thematische Erörterung der Erkenntnisse wurden die einzelnen Kategorien hierbei drei Themenfeldern zugeordnet: Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag, Umgang mit Mehrsprachigkeit sowie Dolmetschpraxis in Ordinationen für Allgemeinmedizin. Daraus ergibt sich die folgende Struktur für den empirischen Forschungsteil:

## Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag

- Zugänglichkeit gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen (HK)
- Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen (HK)
- Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen (HK)

# Umgang mit Mehrsprachigkeit

- Betreuungs-/Behandlungsunterschiede (HK)
- Behandlungsschwierigkeiten/-hürden (HK)
  - Rollenerfüllung (SK)
  - Behandlungsabbruch (SK)
- Kommunikationsstrategien (HK)
- Fort- und Weiterbildungen (HK)

## **Dolmetschpraxis**

- Dolmetschbedarf und DolmetscherInnen (HK)
  - Erwartungen an DolmetscherInnen (SK)
- Beauftragung von DolmetscherInnen (HK)
- Professioneller Dolmetsch-Markt: Wissen über Zugang und Angebot (HK)
  - "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997) (SK)

# 6.1 Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag

Der Fokus des ersten Teils der empirischen Datenauswertung liegt auf dem Aspekt der Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag österreichischer Ordinationen. Im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse kristallisierten sich dabei drei Hauptkategorien heraus, die im Folgenden einen thematischen Einblick in die Reaktion auf nicht-deutschsprachiges PatientInnenaufkommen erlauben. Gestützt auf der rechtlichen Lage über den Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitssystem wird zunächst die Zugänglichkeit der befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnen näher beleuchtet. Nachfolgend wird die Regelmäßigkeit mehrsprachiger Konsultationen im Ordinationsalltag inkl. Sprachaufkommen ermittelt. Die Auswertung der dritten Hauptkategorie, welche die Themen Sprachangebot und das zur Verfügung stellen mehrsprachiger Unterlagen umfasst, versucht im Anschluss darzustellen, wie innerhalb der Ordinationen auf Mehrsprachigkeit in organisatorischer Hinsicht reagiert wird.

# 6.1.1 Zugänglichkeit gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen

Aus den theoretischen Grundlagen zur Organisationsstruktur und Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems geht hervor, dass der rechtliche Zugang zur medizinischen (Primär-)Versorgung für verschiedenste PatientInnengruppen – darunter MigrantInnen – bei gültigem Versicherungsstatus auf nationaler und europäischer Ebene geregelt ist (siehe Kapitel 2.3.1 u. 2.3.2). Auf die Frage, wie der Zugang für MigrantInnen zum Gesundheitssystem in der täglichen Praxis eingeschätzt wird, fielen die Bewertungen von Seiten der befragten ÄrztInnen sowie OrdinationsassistentInnen überwiegend positiv aus.

Generell wird der Zugang als sehr gut und niederschwellig beschrieben (AW2: 81). AS1 bezeichnet den Zugang als "offen für jeden" (AS1: 85) und OS1 meint sogar, dass es "das Einfachste überhaupt" ist (OS1: 52). Jeder hat die Möglichkeit, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen (u.a. AW2: 81-82; OS1: 52; OS3: 45-47). Hierbei hebt AW1 positiv hervor, dass v.a. auch AsylwerberInnen und Menschen in Not – selbst unter gravierenden Umständen wie Obdachlosigkeit – in die Ordination kommen können, sofern sie eine *e-card* bzw. einen gültigen Versicherungsstatus besitzen (AW1: 106-108). Dennoch weist AW2 darauf hin, dass die Betreuung von AsylwerberInnen sowie EU-BürgerInnen mit einem administrativen Mehraufwand im Hinblick auf die Abrechnung mit der Krankenkasse einhergeht (AW2: 82-91). Insbesondere bei AsylwerberInnen ist die Gesundheitsversorgung aber It. OW2 gut gedeckt: "Wenn man sie zu den Anlaufstellen schickt, werden sie schon gut integriert." (OW2: 55-56) Damit meint die OrdinationsassistentIn, dass diese PatientInnengruppe dann die Möglichkeit erhält, nicht nur krankenversichert, sondern auch rezeptgebühren- und kostenanteilsbefreit zu werden (OW2: 60-65). Ergänzend dazu schildert OS3, dass sie zumeist auch sehr gut mit dem österreichischen Gesundheitssystem vertraut sind (OS3: 45-47). Dennoch hänge dies nach

Auffassung von OW2 aber mitunter vom eigenen Integrationswillen ab (OW2: 56-58).

Einzig OW1 sieht einen Verbesserungsbedarf beim Zugang zum Gesundheitssystem (OW1: 66-67). Dies liegt u.a. daran, dass z.B. bei geflüchteten Personen nur im Falle einer Aufenthaltsberechtigung ein Zugang gegeben ist. Des Weiteren hänge der tatsächliche Zugang auch primär von der Zugänglichkeit und Bereitschaft der ÄrztInnen selbst ab, PatientInnengruppen wie z.B. AsylwerberInnen zu behandeln. Hierzu sei mehr Mühe und Bereitschaft von der Versorgerseite erforderlich, offen gegenüber potentiell nicht-deutschsprachigen PatientInnen zu sein (OW1: 70-76). Das betreffe v.a. Situationen, die von Sprachbarrieren begleitet sind, wenn PatientInnen ohne DolmetscherIn erscheinen:

Menschen, die sich einfach nicht verständigen können, sind sehr <u>verletzbar</u>. Ich finde, da muss man einfach sehr drauf Acht geben und Wert legen, dass diese Menschen geschützt werden [...] und dass man auch mit Respekt diese Menschen behandelt, selbst wenn man eben keinen Dolmetscher zur Verfügung hat. Man muss irgendwie versuchen, mit Händen und Füßen sich zu verständigen, dass man den Menschen trotzdem das Gefühl gibt, man nimmt sie ernst und man bemüht sich um sie und sie nicht irgendwie abstempelt. (OW1: 305-311)

In Bezug auf die Frage zur eigenen Zugänglichkeit meint OW1, dass bei gültigem Versicherungsstatus oder privaten Bezahlung einer Konsultation, jeder in der Ordination willkommen sei und alle PatientInnen, ungeachtet ihrer Herkunft oder Sprache, gleich behandelt werden (OW1: 78-81). Dieselbe Zugänglichkeit führt OS1 an: "Die ÄrztIn gibt sich hier und dort Mühe." (OS1: 55-56) Auch in der Ordination von OS2 wird sichergestellt, dass alle PatientInnen, die eine medizinische Versorgung benötigen, diese erhalten (I1 OS2: 36-37). AS2 versucht in diesem Kontext – sofern möglich – sich vor allem für nicht-deutschsprachige PatientInnen ausreichend Zeit zu nehmen, um sich zu vergewissern, dass die PatientInnen alles verstehen (AS2: 24-25). Zugänglichkeit gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen impliziert auch AW1. Die ÄrztIn schildert in keiner Ordination je so eine internationale Vielfalt an MigrantInnen, AsylwerberInnen und Sprachen gesehen zu haben, wie in der eigenen. Gerade dieser Aspekt wird als "nett" empfunden (AW1: 80-82). Folglich ist aus der Auswertung der empirischen Daten ersichtlich, dass zwischen den Ordinationen im 2. Bezirk in Wien sowie dem Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Steiermark hinsichtlich der Zugänglichkeit keine Unterschiede feststellbar sind und folglich Offenheit gegenüber Mehrsprachigkeit besteht.

#### 6.1.2 Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen

In Hinblick auf die Regelmäßigkeit von Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag gibt es in den Bundesländern deutliche Unterschiede. In der Steiermark gab es vor einigen Jahren im Zusammenhang mit dem Flüchtlingsstrom, der durch den Syrienkrieg verursacht wurde, eine deutliche Regelmäßigkeit, die mittlerweile nicht mehr ersichtlich ist, zumal viele AsylwerberInnen die Region im Laufe der Zeit wieder verlassen haben. Demnach wird Mehrsprachigkeit im täglichen Ordinationsbetrieb als eher selten eingestuft. Der Ordinationsbesuch von potentiell nichtdeutschsprachigen PatientInnen, z.B. AsylwerberInnen oder TouristInnen, erfolgt daher überwiegend in Phasen (AS1: 49-50, 60 u. 71-72; OS1: 42; OS2: 24-27; OS3: 39-41). Einzig AS2 gibt an, mehrmals pro Tag mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen zu tun zu haben (AS2: 29).

Letzteres ist ebenso in den Ordinationen in Wien der Fall. OW2 schildert, dass durch die zentrale Lage der Ordination nicht nur Regelmäßigkeit, sondern auch ein vermehrter Aufwand durch Multikulturalität und Mehrsprachigkeit spürbar ist (OW2: 39-41 u. 43). Aufgrund der internationalen Gegend bezeichnet AW1 den Arbeitsalltag daher als "extrem bunt", weist jedoch in diesem Zusammenhang auf eine unterschiedliche Frequenz von nicht-deutschsprachigen PatientInnen pro Tag hin (AW1: 77-78 u. 84-85). In der Ordination von AW2 ist Mehrsprachigkeit jeden Tag gegeben (AW2: 77). Vermehrt wird es jedoch spürbar, wenn ÄrztInnen mit umfassendem Sprachangebot, wie z.B. Türkisch, Kroatisch oder Ägyptisch, auf Urlaub gehen. Zwar gibt es zumeist zugewiesene Vertretungsordinationen, nichtsdestotrotz sind ÄrztInnen derselben Fachrichtung zur Behandlung von VertretungspatientInnen verpflichtet, was somit in einem höheren mehrsprachigen PatientInnenaufkommen resultiert (AW2: 51-55 u. 58-62).

Im Grunde erfolgt in der Steiermark das Auftreten von Mehrsprachigkeit im Gegensatz zu Wien eher in Phasen, wobei das Sprachaufkommen einige Gemeinsamkeiten aufweist. In der Steiermark werden v.a. Arabisch, Dari und Farsi als Sprachen, die häufiger im Ordinationsalltag vorkommen, angeführt (AS1: 75; OS1: 44-45). OS1 verweist dabei insbesondere beim Arabischen auf Schwierigkeiten (OS1: 49). Weiters wird von OS2 die Nutzung von Englisch als *Lingua Franca* erwähnt (OS2: 30).

Die Präsenz des Englischen wird ebenso in Wien angeführt und als "relativ häufig" eingestuft (AW1: 87-88). Vor allem OW2 konnte in Bezug darauf innerhalb der letzten Jahre einen signifikanten Anstieg feststellen, der primär auf die Globalisierung sowie nahegelegene Universitäten zurückgeführt wird (OW2: 165-168). Abgesehen davon wurde im Zusammenhang

mit dem Flüchtlingsstrom auch ein Anstieg von PatientInnen arabischer Herkunft ersichtlich (OW2: 45-46; OW1: 60-61).

Viele mehrsprachige PatientInnen verfügen aber bereits über ausreichende Deutschkenntnisse, weshalb eine eindeutige Nennung des Sprachaufkommens erschwert wird. So meint OW1 z.B., dass ebenso das Türkische vorkommt, aber die sprachliche Zuordnung schwierig ist, zumal die PatientInnen nicht versuchen in der eigenen Herkunftssprache zu kommunizieren und oftmals über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um selbstständig die Ordination zu besuchen (OW1: 32-34 u. 61-63). Viele PatientInnen aus dem (ost-)europäischen Raum seien auch lt. OW2 "doch schon länger da und da gibt es wenige Patienten, die noch nicht so weit integriert sind, dass die Sprachkenntnisse da wären" (OW2: 46-50). Die gleiche Argumentation wird von AW1 entgegengebracht. AW1 äußert daher nur die Vermutung, dass PatientInnen mit slawischen Herkunftssprachen häufiger vertreten sind als PatientInnen mit romanischen Sprachen, erstere aber bereits seit Langem in Österreich leben und gute Deutschkenntnisse besitzen (AW1: 88-91). Das Sprachaufkommen in der Ordination von AW2 wird ebenfalls nur sehr vage definiert: "Es ist eigentlich bunt gemischt. Alles östlich von Budapest kommt oft." (AW2: 70) Im Anschluss spezifiziert die ÄrztIn aber, dass nach Übernahme der Ordination viele spanischsprachige PatientInnen von der VorgängerIn geblieben sind (AW2: 71-72).

#### 6.1.3 Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen

Wie aus den Ausführungen in Kapitel 6.1.2 hervorgeht, sind die Ordinationen – sei es phasenweise oder regulär – von Mehrsprachigkeit und folglich einer umfassenden Sprachvielfalt geprägt. Daher wurde im nächsten Schritt der Befragung genauer untersucht, wie die ÄrztInnen und AssistentInnen in den Ordinationen darauf reagieren. Zwei Aspekte, die in diesem Zusammenhang untersucht wurden, waren das Sprachangebot sowie das Vorhandensein mehrsprachiger Unterlagen.

Alle InterviewpartnerInnen geben an, neben Deutsch auch das Englische in der Ordination anzubieten (siehe AS2: 60; I1 AS1: 125-127; I1 AW1: 54-56; I1 AW2: 129-131; I1 OW1: 141-143; OW2: 122; I1 OS1: 85-88). Trotz des Englisch-Angebots darf aber nicht angenommen werden, dass das gesamte Ordinationsteam über die entsprechenden Sprachkenntnisse verfügt. So erklärt OS2 u.a., keine ausgeprägten Englischkenntnisse zu besitzen und PatientInnen meist dann an die KollegIn übergeben zu müssen (I1 OS2: 73-78).

Informationen über das Sprachangebot finden PatientInnen oft auf diversen Online-Portalen. Im Fall von AW1 ist dieses auf der Homepage der Ärztekammer sowie der ÄrztInnen-

Suchplattform *DocFinder* angeführt. Die ÄrztIn vermutet, dass nicht-deutschsprachige PatientInnen sich vorab über das Sprachangebot informieren, und weist darauf hin, dass bei Konsultationen auch gezielt das Englische eingefordert wird (I1 AW1: 86-88 u. 92-100). Nichtdestotrotz verdeutlicht AW2, dass Behandlungen trotz des eigentlichen Angebotes mehrsprachig verlaufen können:

Also mit Englisch komme ich durch, Französisch mit Hand und Fuß. Bei Italienisch müssen wir halt die Speisekarte miteinander durchmachen. Da komme ich auch mit, aber wir sind hier sozusagen polyglott. Mein Serbisch, mein Kroatisch, mein Ukrainisch oder mein Arabisch sind enden wollend. (AW2: 25-28)

Mehrsprachige Unterlagen, z.B. Broschüren, die PatientInnen zur Verfügung gestellt werden, erhalten die Ordinationen zum Teil von der Ärztekammer sowie der ÖGK. Diese betreffen zumeist Informationen zu aktuellen Ereignissen, Epidemien, Gefahren oder Umstellungen im Gesundheitssystem. Als Beispiel führt OW2 hierbei mehrsprachige Informationsblätter zum Coronavirus an. Allgemeine Formulare wie Rezepte und Überweisungen liegen aber nur auf Deutsch vor (OW2: 125-133). Auch AW2 meint: "Den Corona-Zettel habe ich, glaube ich, auf 20 Sprachen, wenn es darauf ankommt." (AW2: 136) Weiters besitzt AW2 mehrsprachige Formulare für Vorsorgeuntersuchungen, die ebenfalls von der Ärztekammer bereitgestellt werden. In welchen Sprachen die Formulare vorliegen, bleibt unklar, jedoch schildert die ÄrztIn, dass es früher Flugblätter mit der Aufforderung zur Vorsorgeuntersuchung u.a. in den Sprachen Polnisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Russisch gab (AW2: 136-138 u. 140-143). AS1 besitzt auch Unterlagen in Serbisch, Kroatisch sowie in Türkisch (II AS1: 128-131). In der Ordination von OS1 liegen wiederum Formulare sowie Impf-Checkhefte in Dari und Farsi vor (OS1: 46-47).

Neben mehrsprachiger Unterlagen, die zur Verfügung gestellt werden, zeigte sich, dass innerhalb der Ordinationen, sowohl in der Steiermark als auch in Wien, potentiell weiterer Bedarf durch eigene Übersetzungen (z.B. von Attesten) ins Englische oder recherchierte/aus dem Internet heruntergeladene Unterlagen ergänzt wird (II OW1: 146-152; II OS1: 89-95). OS1 erläutert, sich auf die Weise die Arbeit in der Ordination zu erleichtern (OS1: 91). AW1 gibt diesbezüglich ebenfalls an, über die *Google*-Suchmaschine seriöse Quellen im deutschsprachigen Raum zu suchen, um in der Lage zu sein, mehrsprachige Unterlagen ausdrucken und an PatientInnen weitergeben zu können (AW1: 169-173). In manchen Fällen konnte der mehrsprachige Bedarf aber nicht gedeckt werden. Die ÄrztIn veranschaulicht dies am Beispiel der Hauterkrankung Skabies, die eine strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen und Medikamenten erfordert. Zwar konnten dazu Unterlagen auf Farsi und Arabisch gefunden werden, jedoch

fehlten die entsprechenden Unterlagen auf Afghanisch (AW1: 115-118). Der Rest der Befragten gab demgegenüber an, keinerlei mehrsprachige Unterlagen in der Ordination vorliegen zu haben (I1 OS3: 72-75; I1 OS2: 79-80; I1 AS2: 61-63).

# 6.2 Umgang mit Mehrsprachigkeit

In Anlehnung an die Analyse zur Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag wird nun in weiterer Folge das Hauptaugenmerk auf den Umgang mit Mehrsprachigkeit in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin gelegt. Die empirische Datenauswertung basiert hierbei auf vier Hauptsowie zwei Subkategorien. Zuerst wir eruiert, ob die Behandlung/Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen im Vergleich zu deutschsprachigen PatientInnen Unterschiede aufweist. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über die Schwierigkeiten und Hürden, die mit der Behandlung/Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen einhergehen. Anhand der zwei Subkategorien wird basierend darauf ermittelt, ob die genannten Hürden einen Einfluss auf die Rollenerfüllungen der Ordinationsteams haben oder gar zum Behandlungsabbruch führen können. Weiters wird die Vielfalt kommunikativer Strategien, die im Verlauf der Interaktion zum Einsatz kommen, exemplarisch erörtert und untersucht, ob Fortbildungen zur gegebenen Thematik angeboten/besucht werden bzw. hierfür ein Bedarf besteht.

### 6.2.1 Betreuungs-/Behandlungsunterschiede

Besuchen nicht-deutschsprachige PatientInnen Ordinationen für Allgemeinmedizin, stellt sich die Frage, ob im Zuge der Konsultationen Behandlungs-/Betreuungsunterschiede im Vergleich zu deutschsprachigen PatientInnen ersichtlich werden. Seitens AW2 wird darauf erwidert, dass bei der medizinischen Versorgung keine Unterschiede gemacht werden dürfen (AW2: 96). Die Frage nach potentiellen Unterschieden wird ebenso von OS1 und OS3 verneint (I1 OS1: 53-55; I1 OS3: 48-51). Dennoch tun sich bei näherer Betrachtung – abgesehen von medizinischen Aspekten – Unterschiede bei der Behandlung nicht-deutschsprachiger PatientInnen auf.

OS2 führt an, die Behandlungsqualität gewährleisten zu können, solange auf das Sprachangebot der Ordination oder DolmetscherInnen zurückgegriffen wird. Sofern dies nicht der Fall ist, wird die Betreuung als ein wenig schwieriger erachtet (I1 OS2: 16-21). AW1 und OW1 bewerten die Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen ebenfalls als schwieriger (I1 AW1: 62-64; I1 OW1: 20-23), wobei es lt. AW1 von den Beschwerden selbst abhängig zu machen ist. Darum besetzt die ÄrztIn die Bewertungsskala von 1-10 (1= einfach, 10=

schwierig) in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad mit 1-8 (I1 AW1: 65-71). Lt. OW1 liegt die Schwierigkeit im Vergleich zu deutschsprachigen PatientInnen aber primär in der Ungewissheit, ob die vermittelten Informationen sowie Anweisungen – insbesondere im Fall von ansteckenden Erkrankungen – dann tatsächlich implementiert werden können (OW1: 22-27). Für die Vermittlung ist daher ein intensiverer Zeitaufwand erforderlich, um Missverständnisse sowie das Risiko potentieller gesundheitlicher Folgen zu verhindern. Folglich kommt es zu einer verlängerten Konsultationszeit, um auf Fragen eingehen und überprüfen zu können, ob das Gesagte korrekt verstanden wurde (OW2: 68-72; AS2: 15-19; OS2: 41-45). Aus diesem Grund führt ein Teil der Befragten den Zeitaspekt als Hauptunterschied bei der Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen an (OW2: 33-36; AS2: 33; I1 AS1: 47-49; I1 AW2: 46-48; OW1: 85-87; II AW1: 129-132). Ebenso ergänzt OW1 in diesem Zusammenhang, dass es bei Anwesenheit von DolmetscherInnen zu längeren Konsultationszeiten kommt, "weil eine Person zwischengeschalten ist und die Kommunikation nicht quasi Face-to-Face ist, sondern jemand dazwischen noch ist" und es "eine längere Zeit dann [ist], wenn alles doppelt gesagt werden muss" (OW1: 88-90). Dennoch wird darauf hingewiesen, dass dies nicht immer der Regelfall sein muss (AS1: 54-57) und deutschsprachige PatientInnen genauso mehr Zeit für Behandlungen in Anspruch nehmen können (OW1: 94-96). AS1 schildert, dass nicht-deutschsprachige PatientInnen in vielen Fällen auch nur "kurzfristige Linderung der Beschwerden", z.B. bei Magen- oder Kopfschmerzen, einfordern und hierfür weniger Zeit in Anspruch genommen werden muss (AS1: 54-57).

Um aber potentiell längere Konsultationszeiten aufgrund von Sprachbarrieren zu verhindern, gibt OS1 an, im Vorhinein das Anliegen der PatientInnen herauszufiltern, um nicht nur die ÄrztIn zu unterstützen, sondern auch den Behandlungsvorgang zu beschleunigen (OS1: 59-64 u. 23-27), da sonst alle PatientInnen mit längeren Wartezeiten zu rechnen haben (I1 OS1: 65-67). "Das ist dann wie ein Rattenschweif, der was dann hinten dranhängt." (OS1 67-68) Hinzu kommt, dass ÄrztInnen vor den Konsultationen mitunter über potentielle Sprachprobleme informiert werden (I1 OS1: 57-60; OW2: 73-80). OW2 schildert z.B.: "Also, wenn es erhebliche Sprachprobleme sind, wo wirklich [...] der einfach gebräuchliche Wortschatz nicht gegeben ist, [...] wenn man wirklich merkt, es ist eher Hand und Fuß als sonst etwas, dann wird die ÄrztIn auf jeden Fall informiert." (OW2: 75-77) Sofern ein Grundwortschatz vorhanden ist, wird es nicht als Notwendigkeit erachtet, die ÄrztIn darüber in Kenntnis zu setzen (OW2: 78-80).

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Kontext anzuführen ist, ist die Nachbetreuung nichtdeutschsprachiger PatientInnen. Ein Teil der Befragten bestätigt, dass in manchen Fällen eine zusätzliche Betreuung nach den Konsultationen erforderlich ist. Erhalten PatientInnen z.B. Überweisungen werden u.a. zu den vermittelten Ordinationen Auskünfte zu Anreise/Lage, Ordinationszeiten oder Terminvereinbarung bzw. Empfehlungen zu FachärztInnen benötigt (II OS1: 122-124; AW2: 41-43 u. 45; II OS2: 92-100; OW1: 194-198). "Dann wird gefragt: "Wo ist Röntgen? Wo ist Doktor?" Also werden Visitenkarten vom Internisten mitgegeben. Hilfe, Hilfe wo es geht." (AW2: 41-43) OW1 weist jedoch darauf hin, dass dies ebenso deutschsprachige PatientInnen betreffen kann und nicht zwangsweise einer PatientInnengruppe zuzuschreiben ist (II OW1: 201-203).

Als Fazit führt AS2 an, dass "man sich trotz intensiver Bemühungen nie sicher sein kann, ob die Therapieansätze richtig verstanden wurden (AS2: 33-35). "Komplizierte Therapieformen fallen dadurch oft aus oder müssen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden." (AS2: 35-36)

#### 6.2.2 Behandlungsschwierigkeiten/-hürden

Neben Betreuungsunterschieden, die gemäß den vorangehenden Ausführungen die Konsultationszeit sowie Nachbetreuung umfassen (siehe Kapitel 6.2.1), werden in weiterer Folge spezifische Betreuungsschwierigkeiten angeführt, die verdeutlichen, welche Aspekte im Verlauf der Behandlung/Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen eine Hürde darstellen können. Besonders auffällig ist hierbei, dass die angeführten Hürden zum Großteil mit AsylwerberInnen assoziiert werden.

In erster Linie wird die Sprachbarriere als Hürde angeführt, die den Kommunikationsverlauf behindern kann (AW2: 25; I1 OS3: 76-78; OS2: 83-85). In Bezug auf Sprachbarrieren weist AW1 aber hin, dass diese nicht ausschließlich die Sprachkompetenzen der PatientInnen umfassen, sondern durchaus beide Kommunikationsparteien einen zu geringen Wortschatz aufweisen können (I1 AW1: 174-178). Vor allem im Englischen gibt es aber It. AS1 derzeit bei der Betreuung von AsylwerberInnen Probleme, zumal aufgrund des – aus Sicht der ÄrztIn – niedrigen Bildungsniveaus mancher PatientInnen die englischsprachigen Kompetenzen fehlen und nur "eine ganz schlechte Verständigung" möglich ist (AS1: 75-79). Das Bildungsniveau wird ebenfalls von AW1 als potentielle Hürde angeführt, zumal es wesentlichen Einfluss auf die Kompetenz des Erfassens komplexer Sachverhalte hat. In diesem Zusammenhang vermutet die ÄrztIn, dass manche PatientInnen stets Verständnisschwierigkeiten haben werden (AW1: 46-49). Oftmals seien selbst ausreichende Deutschkenntnisse nicht genug, weshalb an dieser

Stelle AW1 erneut die Notwendigkeit mehrsprachiger Unterlagen hervorhebt (AW1: 123-124 u. 127-128).

Weiters führt AS1 das potentiell divergierende Krankheitsverständnis zwischen ÄrztInnen und nicht-deutschsprachigen PatientInnen als Kommunikationshürde an (AS1: 42-64 u. 88-98).

[Die Kommunikation] ist insofern schwieriger, da auch das <u>Krankheitsverständnis</u> dieser Menschen natürlich ganz ein anderes ist, wie meines oder auch unseres in Mitteleuropa. Sie sind noch sehr von teilweise Fatalismus oder schicksalhaften Geschehen einer Krankheit überzeugt und folglich müssen wir zuerst einmal die Begriffe verhandeln, worüber wir jetzt überhaupt sprechen. (AS1: 42-46)

Folglich ist im Rahmen der Konsultation ein Abgleich, was unter dem Begriff "Krankheit" verstanden wird, erforderlich. Dies geht in manchen Fällen aber mit einer Überforderung seitens der PatientInnen einher, die darin resultiert, dass die Ordination kein weiteres Mal besucht wird (AS1: 88-98). Auf die Frage, wie man diese Überforderung lindern könne, erwiderte AS1, dass in Erstaufnahmezentren und Asylunterkünften vorab Begrifflichkeiten wie "Gesundheit" und "Krankheit" geklärt sowie die Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems erläutert werden sollten (AS1: 100-104).

Darüber hinaus werden Kultur, Religion, Vorurteile sowie damit einhergehende Verhaltensgepflogenheiten als weitere Hürden bzw. Schwierigkeiten angeführt (I1 AW2: 96-99 u. 144-151; OS3 78-85; OW1 163-165; OS1: 100). Hierbei blickt AW2 auf den eigenen Lernprozess zurück. Die ÄrztIn lernte z.B. im Laufe der Zeit, dass das Handgeben bei muslimischen PatientInnen ein "No-Go" ist (AW2: 96-97). Weiters wurde die Erfahrung gemacht, dass die Aufforderung sich freizumachen bei PatientInnen mitunter auf Ablehnung stoßen kann (AW2: 147-149). "Dann muss man halt unter das Leiberl schlupfen und sie ziehen sich halt nicht das Leiberl oder den Pullover aus." (AW2: 150-151) In diesem Kontext rückt insbesondere OS3 die Behandlung von Frauen in den Vordergrund, die in Kleidung untersucht werden möchten bzw. das Ablegen der Kleidung seitens der Ehemänner abgelehnt wird. Dementsprechend können Untersuchungen z.B. bei Unterleibsbeschwerden nicht durchgeführt werden (OS3: 78-85). Überdies erwähnt AS2, dass manche Frauen "aus religiösen Gründen nur von Ärztinnen untersucht werden [wollen]" (AS2: 66). Zwar erachtet es die ÄrztIn nicht direkt als Hürde, jedoch resultiert es bei Überweisungen an Fachärztinnen bei der Terminfindung mitunter in einem organisatorischen Mehraufwand (AS2: 66-68).

Ergänzend führt OS1 an, dass vor allem in ländlichen Regionen die Infrastruktur für PatientInnen eine Hürde darstellen kann. Die OrdinationsassistentIn bezieht sich dabei auf

AsylwerberInnen, die auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen sind und z.B. bereits um 6 Uhr in der Früh auf den Bus warten müssen, um rechtzeitig zu Behandlungen zw. 8 und 10 Uhr zu erscheinen (OS1: 101-106).

Als eine der größten Hürden wird aber erneut die Zeit angeführt (OW2:140-144). "Unterm Strich geht es nur um die Zeit." (AW2: 274) OW2 argumentiert, dass wenn ausreichend Zeit vorhanden ist, verschiedenste Wege gefunden werden können, um vorliegende Hürden zu bewältigen – sei es durch Informationsrecherche, Umformulierungen, das Stellen von Rückfragen oder Kommunizieren mit Hand und Fuß (OW2: 144-148). Ist dies nicht der Fall, meint OW2, nicht die Sicherheit zu haben, ob Informationen korrekt vermittelt werden und die bestmögliche Behandlung gewährleistet werden konnte (OW2: 136-139).

#### 6.2.2.1 Rollenerfüllung

Betrachtet man die Behandlungsschwierigkeiten/-hürden, erscheint es sinnvoll in diesem Zusammenhang den Aspekt der Rollenerfüllung im Ordinationsalltag näher zu beleuchten. Die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen schilderten daher im Rahmen der leitfadengestützten Interviews deren Aufgabenbereiche und wurden zur Wahrnehmung der eigenen Rolle befragt. Ersteres erwies sich für die Datenauswertung jedoch von geringer Relevanz<sup>18</sup>, weshalb die folgenden Ausführungen nur den Aspekt der Rollenwahrnehmung behandeln. Dies wird im Anschluss zur Bewertung der eigenen Rollenerfüllung bei der Betreuung/Behandlung nichtdeutschsprachiger PatientInnen herangezogen.

OS1 schreibt der eigenen Tätigkeit als OrdinationsassistentIn eine bedeutende Rolle zu. Einerseits unterstützen OrdinationsassistentInnen die ÄrztInnen im Arbeitsalltag, andererseits nehmen sie für PatientInnen eine aufbauende Funktion ein (OS1: 10-18).

Die Leute sind teilweise, wenn es ältere Herrschaften mit Bluthochdruck etc. sind, irrsinnig aufgeregt oft, wenn sie zur ÄrztIn gehen. Dann haben sie allein schon einen höheren Blutdruck, weil sie bei der ÄrztIn sind. Da nimmt man einfach die Angst (...) und begegnet ihnen zuerst mit einem Lächeln. Meistens ist man krank, wenn man zum Doktor muss. Da ist man eh schon schlecht gelaunt genug. (OS1: 11-15)

Aus diesem Grund erachtet sich OS1 im Ordinationsgefüge als Ankerpunkt (OS1: 10-11). Die gleiche Auffassung vertritt OS2 (I1 OS2: 6-10). OW2 sieht sich innerhalb der Ordination als Bindeglied zwischen ÄrztIn und PatientIn und bezeichnet sich daher als Drehscheibe (OW2: 7-

87

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Bei Bedarf bzw. Interesse können die entsprechenden Textstellen den transkribierten Interviews im Anhang entnommen werden. Diese lauten: I1 OW1: 4-9; I1 OS3: 6-9; I1 OS2: 4-5; I1 OS1: 5-8; AW1: 32-38.

10).

Bei ÄrztInnen wurde in diesem Kontext gezielt die Aussage von Rebhandl (2008: 2), dass HausärztInnen als "Drehscheibe im Gesundheitssystem" fungieren, als Bewertungsgrundlage und Anstoß zur Deskription der Rollenbeschreibung herangezogen. Eine reine Funktion als Drehscheibe, würde AW1 z.B. als langweilig erachten. Die ÄrztIn vertritt die Auffassung, dass die Funktion von AllgemeinmedizinerInnen weit über die einer Drehscheibe hinausreicht, zumal es eine Vielzahl von Indikationen (z.B. Befundbesprechung, PatientInnenaufklärung, Therapiewahl etc.) gibt, bei denen keine Überweisungen an FachärztInnen bzw. Gesundheitseinrichtungen erforderlich sind (I1 AW1: 9-19 u. 22-28). Dennoch wird lt. AS1 PatientInnen oft suggeriert, dass laufend Konsultationen bei FachärztInnen benötigt werden, weshalb folgende Kritik am Gesundheitssystem geäußert wird:

Es ist in Österreich sehr <u>ambivalent</u>. Also auf der einen Seite weiß man schon, was wir leisten und nämlich auch zu einem <u>vernünftigen Preis</u>, oder sogar sehr billig, aber wir haben eigentlich zu wenig Möglichkeiten. Wir sind früher oder später jetzt nur mehr so, sage ich einmal, Gatekeeper geworden. Also das heißt, wir sollen zwar kanalisieren und verteilen, aber selbst Medizin betreiben, sollen wir nicht mehr. (AS1: 9-13)

Weiters bewerten AW2 und AS1 die Aussage in erster Linie beide konjunktivisch mit "sollten" (II AW2: 10-12; II AS1: 5-7), wobei AW2 im Grunde dennoch der Ansicht ist, dass AllgemeinmedizinerInnen als Drehscheibe und Anlaufstelle für PatientInnengruppen jeden Alters fungieren (AW2: 14-15). In weiterer Folge bezeichnet sich die ÄrztIn daher mitunter als "Kummernummer für alles" (AW2: 17-18). Auch AS2 stimmt Rebhandl (2008: 2) zu und beschreibt die eigene Rolle als sehr vielseitig: "Wir sind Vertrauensperson, kompetenter Ansprechpartner bei verschiedenen medizinischen Problemen, Vermittler, Informant, Tröster, Motivator, Mutmacher, Aufmunterer, Therapeut etc." (AS2: 9-11) Der Aspekt der Motivation wir auch von AW1 im Zusammenhang mit dem Anregen von PatientInnen zu einem gesunden Lifestyle angeführt (AW1: 26-27). Zu guter Letzt positioniert sich AS1 als VerfechterIn des bio-psychosozialen Krankheitsmodells und schildert, dass der Umfang der eigenen Rolle über das Ordinationssetting hinaus geht:

Ich komme eben aus dieser Ära noch, wo wir, sage ich jetzt, AllgemeinmedizinerInnen gleichen Alters oder gleicher Ausbildung uns gesagt haben, wir stellen oder wir wollen dieses System auf neue Beine stellen. Wir haben eben dieses bio-psychosoziale Krankheitsmodell entwickelt. Das heißt, wir leben im Ort. Wir leben mit den Leuten. Wir leben mit den Leuten auch in gesunden Tagen. Das heißt, wir kennen die Familienstrukturen sehr gut. Wir kennen das örtliche Leben sehr gut. Wir sind selbst aktiv in Vereinen und kennen so den Menschen. Der Mensch wird erst zum Patienten, wenn er bei mir bei der

Tür herein kommt. Es ist auch ein Wahrnehmen in seiner Gesamtheit und da gehört eben auch das soziale Umfeld und die Psyche eindeutig dazu. (AS1: 22-30)

Im Hinblick auf die bereits erwähnten Hürden (siehe Kapitel 6.2.2) wird aber das Wahrnehmen nicht-deutschsprachiger PatientInnen in ihrer Gesamtheit sowie die Erfüllung der eigenen Rolle erschwert. Lt. AS1 weist der Behandlungsprozess dabei Ähnlichkeiten zum Ambulanzbetrieb in Krankenhäusern auf, bei dem überwiegend eine lineare Struktur verfolgt und auf die Linderung akuter Beschwerden abgezielt wird. Inwieweit dies aber tatsächlich der Fall ist, hängt nach Angaben der ÄrztIn von den Englischkompetenzen der PatientInnen ab (I1 AS1: 31-39). Ein weiterer Teil der befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen sieht die Rollenerfüllung ebenfalls als erschwert an (II OS1: 19-24; II AW1: 39-42; II OS2: 11-15; II OW1: 10-14). OW2 bezeichnet es u.a. als größere Herausforderung und schildert, dass mehr Aufmerksamkeit erforderlich ist, um Missverständnisse, wie z.B. Falscheinnahmen von Medikamenten, zu verhindern (OW2 18-24). Im Fall von OS3 muss aufgrund eigener schlechter Englischkenntnisse bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen sogar an die KollegIn weitergegeben werden, was in einer unerfüllten Rolle sowie einem stockenden Ordinationsbetrieb resultiert (I1 OS3: 10-14, 26-27 u. 20-25). OW1 positioniert den Aspekt der Rollenerfüllung auf einer emotionalen Ebene und bestätigt, dass es mit einem größeren Druck bzw. Verantwortungsgefühl einhergeht. Dennoch weist die OrdinationsassistentIn darauf hin, dass es jeweils von den PatientInnen bzw. der Situationen abhängig ist, aber mitunter von einem unguten/komischen Gefühl begleitet wird, wenn es Schwierigkeiten bei der Informationsvermittlung gibt (I1 OW1: 10-14 u. 15-19). Einzig AS2 ist der Auffassung, dass Sprachbarrieren keinen Einfluss bzgl. Druck oder Verantwortung bei der Erfüllung der eigenen Rolle haben (I1 AS2: 12-15).

# 6.2.2.2 Behandlungsabbruch

Unter Berücksichtigung der Behandlungsschwierigkeiten/-hürden stellte sich im Verlauf der Datenauswertung heraus, dass eine fehlende Kommunikationsbasis, die auf fehlende bzw. unzureichende Sprachkenntnisse der PatientInnen zurückgeführt wird, oder das Fehlen von DolmetscherInnen potentiell zum Abbruch einer Behandlung führen können (I1 OS2: 54-56; I1 OS1: 35-39). Im Fall von AS2 kommt es insbesondere dann zum Abbruch bzw. Ablehnung einer Behandlung, "wenn jemand nach mehrmaliger Aufforderung OHNE kompetenten (Laien-)Dolmetsch aus der Familie/aus dem Bekanntenkreis zu einer therapeutischen Aussprache kommt" (AS2: 39-40), da es bei mangelnden Sprachkenntnisse mit einem zu hohen Risiko einhergeht (AS2: 40-42). Grundsätzlich sind Behandlungsabbrüche/-ablehnungen im

Ordinationsalltag – sowohl in der Steiermark als auch in Wien – aber eher selten anzutreffen.

OS3 führt z.B. an, dass es in der Ordination prinzipiell keine Gründe dafür gibt und noch nicht vorgekommen ist, da alles bisher "durchgebracht" wurde und die ÄrztIn sich ausreichend Zeit für die PatientInnen nimmt (I1 OS3: 52-58). In Bezug auf die Ablehnung von Behandlungen erläutert OW2 zudem, dass Ordinationen für Allgemeinmedizin zur Akutversorgung verpflichtet sind und PatientInnen mit Beschwerden nicht ablehnen dürfen (OW2: 83-86). Folglich geben AW1 und OW1 an, bisher keine nicht-deutschsprachigen PatientInnen abgelehnt zu haben (I1 AW1: 135-138; OW1: 100). Bei einer fehlenden Kommunikationsbasis sieht sich AW1 aber gezwungen, den PatientInnen Überweisungen auszustellen (AW1: 138-140). Ähnlich verläuft es lt. Angaben von OW1. Entweder werden PatientInnen ersucht, erneut mit DolmetscherInnen in der Ordination zu erscheinen bzw. diese telefonisch zu kontaktieren, oder sie werden von der ÄrztIn direkt an Fachordinationen verwiesen. Dies wird mit dem Unbehagen begründet, PatientInnen bei unklarer Symptomatik zu behandeln (OW1: 100-112). Sofern es sich um dringende Fälle handelt, werden PatientInnen ins Spital überwiesen (I1 OW1: 113-115). Daraus wird ersichtlich, dass in den Ordinationen kein Vorkommen von Behandlungsablehnungen ersichtlich ist, dies aber nicht bedeutet, dass Behandlungsabbrüche ausgeschlossen sind.

OS2 schildert z.B., dass in der Ordination eine PatientIn weggeschickt werden musste, da sie von keinem männlichen Arzt untersucht werden durfte (OS2: 56-61). AS2 entschied sich ebenso für einen Behandlungsabbruch, als eine Patientin ihre Menstruationsbeschwerden unter Beisein ihrer 5-jährigen Tochter, die in die Rolle der DolmetscherIn schlüpfen sollte, besprechen wollte (AS2: 44-47). Lt. AS1 versuchen nicht-deutschsprachige PatientInnen Sprachbarrieren auch mittels Übersetzungsapps zu überbrücken. Da AS1 diese Methode der Kommunikation aber ablehnt, wurden in diesem Zusammenhang bereits mehrere Behandlungen abgebrochen (I1 AS1: 60-68). AW2 erinnert sich genauso an eine Konsultationssituation zurück, in der bis auf das Wort "Blutabnahme" nichts verstanden wurde und es in weiterer Folge zu einem Behandlungsabbruch kam. Die PatientIn wurde jedoch gebeten, am Folgetag mit einer DolmetscherIn zu erscheinen (AW2: 103-109). Daher sieht AW2 den Abbruch eher als ein Verschieben der Konsultation an und meint, dass "das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass man am nächsten oder übernächsten Tag mit irgendwem kommt, der mich übersetzen kann und retour übersetzen [sic] kann" (AW2: 157-158). "Dann reden wir uns schon zusammen." (AW2: 158-159)

#### 6.2.3 Kommunikationsstrategien

Analysiert man den Umgang mit Mehrsprachigkeit, sollte ein Einblick in die Kommunikationsstrategien<sup>19</sup>, die in den befragten Ordinationen bei der Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen angewendet werden, nicht außer Acht gelassen werden. Dem ist aber vorwegzunehmen, dass im Grunde zwischen den Ordinationen kein eindeutiger Unterschied in Bezug auf die Vielfalt/Anwendung kommunikativer Strategien festzumachen ist.

Besitzen PatientInnen bereits zum Teil Deutschkenntnisse, wird in den meisten Fällen versucht, mit ihnen auf Deutsch zu kommunizieren (OW1: 45-46). AW1 hebt in diesem Kontext besonders hervor, dass viele PatientInnen, die Deutsch-Kurse besuchen, sehr schnell die Sprache erlernen. Wird im Verlauf der Konsultation Deutsch gesprochen, versucht die ÄrztIn dabei die Inhalte vereinfacht an die PatientInnen zu vermitteln (AW1: 52-53). Die gleiche Herangehensweise führt AS2 an. Die ÄrztIn bemüht sich, ohne vielen Termini und mittels vereinfachter Syntax das Therapievorgehen usw. zu erklären (AS2: 22-23). Seitens OW2 wird auch betont, dass die Kommunikation bei partieller Deutschkompetenz prinzipiell sehr gut verläuft. Entsteht jedoch der Eindruck, dass die zu vermittelnde Information nicht ankommt, wird versucht den PatientInnen die Inhalte durch Variieren der Lexik und Syntax zu übermitteln (OW2: 159-163). Eine spezifische Strategie, die die OrdinationsassistentIn in diesem Zusammenhang verfolgt, ist das Formulieren offener Fragestellungen, die gezielt Ja/Nein-Antworten vermeiden. Auf diese Weise wird überprüft, ob das Gesagte verstanden wurde (OW2: 27-31).

Entsprechend dem Sprachangebot (siehe Kapitel 6.1.3) kommt in den befragten Ordinationen zudem Englisch als *Lingua Franca* zur Anwendung. In den steirischen Ordinationen ist dies im Vergleich zu Wien zwar seltener der Fall, aber lt. OS2 dennoch eine erforderliche Kompetenz (OS2: 103-105). Meist gewinnt diese zur Sommerzeit an Bedeutung, wenn TouristInnen in der Region sind. Deshalb schreibt auch OS1 dem Englischen eine wichtige Rolle zu (I1 OS1: 125-126). Auf Rückfrage bzgl. der eigenen Sprachkompetenz gibt die OrdinationsassistentIn an, über ausreichende Englischkenntnisse zu verfügen, um die Grundversorgung der PatientInnen zu gewährleisten (I1 OS1: 127-131). Bei OS2 ist das Gegenteil der Fall, weshalb aufgrund mangelnder sprachlicher Kenntnisse an die KollegIn übergeben wird (I1 OS2: 75-78). Weiters erachtet AS2 die Verwendung des Englischen im Ordinationsalltag als unzureichend, wobei es den mangelnden bzw. nicht vorhandenen Englischkenntnissen der PatientInnen zugeschrieben wird (AS2: 78-79). AS1 vertritt ebenso die Auffassung, dass es Lücken gibt, jedoch

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> In dieser Hauptkategorie wurde der Einsatz von DolmetscherInnen als Kommunikationsstrategie nicht mitberücksichtig. Es wird ausschließlich auf Strategien Bezug genommen, die zur Anwendung kommen, wenn keine dritte Person, die als DolmetscherIn fungieren könnte, präsent ist.

wurden im Vergleich zu AS2 mit dem Englischen durchaus gute Erfahrungen gemacht, da vor allem PatientInnen aus Afghanistan oder Afrika über gute Englischkenntnisse verfügen. Besonders der Wortschatz wurde hierbei positiv hervorgehoben und geschildert, dass dieser zum Teil umfassender war als der eigene (I1 AS1: 150-163).

In Wien wurden ähnliche Erfahrungen mit der Verwendung des Englischen gemacht. OW1 sieht es eigentlich als kein Problem an, mit den PatientInnen auf Englisch zu kommunizieren (OW1: 46). Die Verwendung des Englischen als *Lingua Franca* wird aber zum Teil kritisch betrachtet:

Mit Patienten, die Englisch auch nicht als Muttersprache haben, ist es natürlich dann wieder, als würdest du einen Dolmetscher zwischenschalten, weil im Endeffekt hast du trotzdem zwei Menschen, die nicht ihre Muttersprache sprechen und miteinander kommunizieren. Da sind schon immer Fehlerquellen irgendwie enthalten, denke ich. (OW1: 156-160)

Ein Großteil der Befragten in Wien sieht ein Verbesserungspotential im Englischen, wobei es weniger den PatientInnen, sondern eher der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Lt. Angaben verfügen die PatientInnen nämlich meist über bessere Englischkenntnisse als die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen selbst (I1 OW2: 169-175; I1 AW1: 42-43 u. 57-61; AW2: 162-165).

Im Zusammenhang mit dem Englischen kann es durchaus vorkommen, dass ebenso ein Sprachmix, bestehend aus Deutsch und Englisch, verwendet wird (I1 AW2: 166-168; I1 OS1: 115-116; AW1: 211-213; I1 OW1: 179-182; I1 OW2: 176-178). "Es wird dann so eine [...] esperanto-ähnliche Sprache." (AW2: 168) OS1 meint ebenso: "Alles wird gemixt. Sicher! Not macht erfinderisch." (OS1: 116) Auf Rückfrage, ob diese Kommunikationsstrategie funktioniert, erwidert z.B. AW1, dass es kein Problem darstellt und als "lustig" empfunden wird (AW1: 215). Der Sprachmix kommt meist dann zur Anwendung, wenn von Seiten der PatientInnen bereits partielle Deutschkenntnisse vorhanden sind, diese aber u.a. in der mündlichen Sprachkompetenz noch nicht gefestigt sind (I1 OW1: 179-187; I1 OW2: 176-183).

Sofern gravierende Sprachbarrieren vorhanden sind, bedienen sich die Ordinationen in weiterer Folge der nonverbalen Kommunikation, d.h. dem Verwenden von "Händen und Füßen" (I1 OS3: 88-91; I1 OW1: 171; I1 OS2: 46-47; AW2: 121-122). AW2 bezeichnet es als eine "Challenge", die aber durchaus witzig sein kann (AW2: 156). AS1 führt in diesem Kontext auch an, dass die nonverbale "Darstellung der Krankheit" durchaus förderlich im Prozess der Diagnosestellung sein kann:

Es ist recht spannend, weil diese Darstellung der Krankheit, die <u>nonverbale Darstellung</u> der Krankheit, sehr interessant ist und eben die südlichen Völker, sage ich einmal, einen ganz anderen Ausdruck haben wie wir. Nicht? Das heißt, sie zeigen Leid und Schmerz und Trauer für <u>unsere Begriffe sehr dramatisch</u>. Das würden wir Österreicher oder Mitteleuropäer nie so zeigen – ja, bis auf Italiener vielleicht. Das ist oft schon sehr eindrucksvoll, wie sie mit der Beschreibung des Schmerzes umgehen und das ist dann sehr plausibel und gut vermittelbar. (AS1: 137-143)

Hinzu kommt, dass PatientInnen bei Beschwerden oftmals mit den Händen auf die entsprechenden Stellen hindeuten (OW1: 174-176; OS3: 91-92). Umgekehrt verstehen PatientInnen ebenso, wenn z.B. OS2 mit einer Nadel auf den Finger hindeutet, dass dieser gestochen wird (OS2: 88-89).

Ergänzend zur nonverbalen Kommunikation bietet die Ordination von OW1 auch eine Pappfigur, die das menschliche Skelett bzw. die Muskeln darstellt, als eine visuelle Stütze an (OW1: 172-173). Weiters werden manche Dinge, wie z.B. der Weg zu einer anderen ÄrztIn, gezeichnet, skizziert oder ausgedruckt (OW1: 171; AS2: 23-24; I1 OS1: 116-121).

Abgesehen von den bisher erwähnten Kommunikationsstrategien kommen vermehrt Smartphones und Übersetzungsapps zum Einsatz (OS1: 73-76; OS3: 91-94). Die Verwendung von Übersetzungsapps erfolgt primär auf Initiative der PatientInnen, aber durchaus auch von Seiten der ÄrztInnen sowie AssistentInnen (AW1: 185-186; AS1: 61-62). In Fällen, wo keine Kommunikationsebene geschaffen wird, greift OS1 z.B. auf *Google Translate* zurück, was als "große Stütze" bezeichnet wird, zumal Übersetzungen in beide Sprachrichtungen möglich sind (OS1: 73-76). AW1 führt die Vokabelsuche in einem Online-Wörterbuch als weitere Alternative an, die zwar viel Zeit in Anspruch nimmt, aber eine potentielle Lösung darstellt (AW1: 145-146 u. 184-185).

Betrachtet man die erwähnten Kommunikationsstrategien, die in den Ordinationen beim Umgang mit Mehrsprachigkeit eingesetzt werden, können diese entsprechend der Aussage von AS2 daher folgendermaßen subsumiert werden: "Langsam, einfach, mit Händen und Füßen, Zeichnungen, Skizzen, schriftlich, öfters erklären, […] versichern, ob alles verstanden wurde, etc." (AS2: 71-72)

#### **6.2.4** Fort- und Weiterbildungen

Das Fortbildungs- und Weiterbildungsangebot zum Thema Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen wird als "homöopathisch" bezeichnet (I1 AW2: 110-113). Sowohl in Wien als auch in der Steiermark gibt der Großteil der ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen an, bisher keinerlei Fortbildungen zu diesem Themenschwerpunkt besucht zu haben (I1 OS3:

59-61; I1 AS2: 48-50; I1 AW2: 114-115; I1 AW1: 144-145; I1 OS2: 65-68; I1 OS1: 69-71). Bei Fortbildungen liegt der Fokus eher auf Umgang bzw. Kommunikation mit PatientInnen im Allgemeinen (I1 OS2: 65-68). Im Fall von OW2 war der Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund dabei lediglich ein Teilbereich (I1 OW2: 89-92). Im Rahmen dieser Fortbildung lernte die OrdinationsassistentIn aber das Formulieren offener Fragestellungen zur Kontrolle, ob PatientInnen die vermittelten Informationen verstanden haben (I1 OW2: 93-96). Weiters erwähnt OW1 eine Fortbildung zur transkulturellen Kommunikation in Ordinationen besucht zu haben, die aber als "ein bisschen dürftig" und "nicht wahnsinnig informativ" bewertet wurde (OW1: 124-126). Dies wird aber u.a. auf den eigenen akademischen Hintergrund zurückgeführt, weshalb sich die OrdinationsassistentIn im Vergleich zu anderen als "sensibilisierter" für diese Thematik bezeichnet (OW1: 128-130). AS1 hat keine Fortbildungen dieser Art besucht, stattdessen aber eng mit der Ambulanz für transkulturelle Psychiatrie des AKH Wien bei der Betreuung von AsylwerberInnen, die unter psychischen Störungen wie PTSD litten, zusammengearbeitet (I1 AS1: 107-117). Grundsätzlich sind die Ordinationsteams zum Besuch von Fortbildungen zwar verpflichtet, nur liegt der Schwerpunkt vermehrt auf medizinischen Themen sowie "dem schwierigen Patienten" (AW2: 117-121). Das Thema der Sprachbarriere ist hierbei nur am Rand angesiedelt (AW2: 119-120). "Dann kommen halt die guten Ratschläge: ,Na dann schaut, dass ein Dolmetsch da ist oder zumindest eine Medikamentenliste geschrieben ist." (AW2: 120-121)

In weiterer Folge wurden die ÄrztInnen sowie OrdinationsassistentInnen gefragt, ob es Bedarf an Fortbildungen zum Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen gibt und welche Aspekte im Rahmen dieser von Interesse wären. AW1 sieht einen Bedarf an mehr Sprachkursen, wobei hierbei primär Englisch-Kurse angeführt werden. Von Seiten der ÄrztIn besteht insbesondere Interesse an einem Medical-Englisch-Kurs, um Lücken im eignen Wortschatz zu füllen. Als relevante Themenbereiche für die Erweiterung des Vokabulars werden hierbei Hygiene, Diagnostik, Infektionen, Symptome sowie das korrekte Benennen aller Körperzonen angeführt (I1 AW1: 60-61 u. 147-164). AW1 gibt jedoch an, solch ein Kursangebot selbst noch nicht recherchiert zu haben (I1 AW1: 141-143). OS3 (OS3: 14-18 u. 62-69) besucht wiederum jeden Winter Englischkurse an der Volkshochschule, um die eigenen Englischkenntnisse zu verbessern, zumal in der Schulzeit für zwei Jahre der Englischunterricht abgesetzt wurde: "Das ist für mich heute noch ein schwerer Verlust." (OS3: 17-18) AW2 interessiert sich für das Erlernen von Begrüßungs- sowie Abschiedsfloskeln, um während den Konsultationen für eine angenehme Stimmung zu sorgen (AW2: 127-128).

Weiters gibt es ebenso Interesse an Kursen zu kulturellen/religiösen Hintergründen

sowie Verhaltensgepflogenheiten, um sensibilisierter beim Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund zu sein sowie Missverständnisse bzw. Situationen, die als unangenehm erachtet werden können, zu vermeiden (AW2: 126-127; I1 OS1: 77-84; OW2: 105-109). In diesem Kontext würde OW2 z.B. praxisorientierte Beispiele inkl. Input zum richtigen Reagieren in entsprechenden Kommunikationssituationen begrüßen (OW2: 100-103). OW1 fordert ebenso mehr Sensibilisierung bzgl. der Lage, in denen sich die PatientInnen befinden. Es gilt ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass "man einfach ein bisschen Geduld haben muss und man einfach ein bisschen verstehen soll, dass es für Patienten auch sehr schwierig ist, wenn sie sich nicht artikulieren können" (OW1: 134-135). Lt. OW1 sollte diesen PatientInnen in den Ordinationen mehr Empathie und Verständnis entgegengebracht werden (OW1: 135-140).

Nicht alle der Befragten sehen aber eine Notwendigkeit an Fortbildungen in diesem thematischen Kontext (I1 AS1: 118-124; I1 OS2: 69-72). AS2 vertritt sogar die Auffassung, dass Fortbildungen von ÄrztInnen im medizinischen Fachbereich anzusiedeln sind und PatientInnen im Interesse der eigenen Gesundheit die Pflicht haben, die Landessprache zu erlernen (AS2: 53-56).

# **6.3 Dolmetschpraxis**

Im Rahmen der empirischen Datenauswertung wird im letzten Teil nun anhand von 3 Hauptund 2 Subkategorien der Status quo zur Dolmetschpraxis in Ordinationen für Allgemeinmedizin thematisiert. Dafür wird zu Beginn der Dolmetschbedarf eruiert sowie die DolmetscherInnen, d.h., wer in der Regel für die interlinguale Sprachmittlung zum Einsatz kommt, näher spezifiziert. Dies wird als Grundlage herangezogen, um in einer thematischen Subkategorie die
Erwartungshaltungen der befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen an DolmetscherInnen zu präsentieren. In weiterer Folge wird beabsichtig, Antworten auf die Frage zu finden,
welche Kommunikationspartei (Ordinationsteam/PatientIn) für die Beauftragung und ggf. Bezahlung von DolmetscherInnen verantwortlich sein sollte. Zum Abschluss wird das Wissen
bzgl. dem professionellen Dolmetsch-Markt, einschließlich den im medizinischen Bereich zur
Verfügung stehenden Dienstleistungen, analysiert und gestützt auf Pöchhacker (1997) die Umsetzbarkeit des Konzeptes "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47) lt. Angaben der ForschungsteilnehmerInnen diskutiert.

#### 6.3.1 Dolmetschbedarf und DolmetscherInnen

In Hinblick auf den Dolmetschbedarf gibt es in Wien und in der Steiermark einige Gemeinsamkeiten. Im Grunde gibt es nach Angaben von AS1 in der eigenen Ordination wenig Bedarf,
zumal 85% der PatientInnen zu Routinefällen zählen (AS1: 221-224). Der Dolmetschbedarf
war zu Zeiten der Flüchtlingsströme wesentlich präsenter (II OS2: 106-109; II AS1: 169-176).
Im Moment wird der Bedarf daher in der Steiermark als eher gering bewertet (II OS2: 106107; II AS1: 166-168). OS1 argumentiert zudem, dass grundsätzlich ein Interesse für DolmetscherInnen in der Ordination vorhanden wäre, eine Person aber selten die gesamte Sprachpalette abdeckt, die im Ordinationsalltag vorkommen kann (II OS1: 132-140). Seitens OS3 wird
der Bedarf auch eher in größeren Städten oder größeren Gesundheitseinrichtungen angesiedelt
(OS3: 98-101).

Einen ähnlichen Standpunkt vertreten die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen in Wien. Zwar gibt es einen Bedarf an DolmetscherInnen, dieser wird aber nicht jungen Leuten, sondern älteren PatientInnen oder erneut primär AsylwerberInnen zugeschrieben (I1 AW2: 171-173; AW1: 224-226). Wie in der Steiermark wird hier die Problematik aufgegriffen, dass das tägliche Sprachaufkommen nicht im Vorhinein vorherzusagen ist, zumal es sich um eine Ordination ohne Terminvergabe handelt (OW1: 213-218). OW2 sieht wie OS3 den Bedarf vorwiegend in Krankenhäusern und größeren Gesundheitseinrichtungen (OW2: 186-193).

Nichtsdestotrotz stimmten alle Befragten zu, dass es bereits im mehrsprachigen Arbeitsalltag Momente gab, wo der Wunsch nach anwesenden DolmetscherInnen aufgekommen ist (I1 AS2: 85-87; I1 OW2: 194-196; I1 OS2: 116-118; I1 AW1: 241-243; I1 OS1: 141-143; AW2: 28-29). Dies betrifft u.a. Notfälle, die mit Angst von Seiten der PatientInnen (I1 AW1: 246-251) oder einem eingeschränkten Auffassungsvermögen aufgrund vorliegender Beschwerden einhergehen (I1 OS1: 141-146). Sofern Sprachbarrieren bestehen, die keine gemeinsame Kommunikationsebene ermöglichen, würde die Anwesenheit von DolmetscherInnen ebenso als angenehm bzw. hilfreich erachtet werden, v.a. wenn PatientInnen in akuten Fällen niemanden haben, der als DolmetscherIn fungieren kann (OW1: 47-48 u. 220-223; I1 OS2: 116-122). "Man kann ja nicht sagen, dass es eh egal ist, sondern sie müssen es verstehen auch, dass sie zu irgendeiner Untersuchung kommen müssen." (OS2: 48-50) Dennoch wird hierbei hervorgehoben, dass es meist Einzelfälle sind und folglich nicht von einem Bedarf zu sprechen ist (I1 OW2: 194-197; I1 AW1: 241-245). AS2 sieht ebenfalls keine Notwendigkeit für eine dauerhafte Anwesenheit von DolmetscherInnen (AS2: 82-84). Darüber hinaus vermutet OS3, dass es aus finanzieller Sicht für Ordinationen nicht stemmbar wäre (OS3: 97-98). PatientInnen

erscheinen meist aber selbst mit DolmetscherInnen, weshalb der Bedarf mitunter als gering betrachtet wird (AS2: 82-84; AS1: 81).

Bei den DolmetscherInnen handelt es sich meist um sprachkundige Bekannte, Freunde und Familienangehörige – darunter insbesondere Kinder, zumal diese oftmals schnell das Deutsche erlernen (I1 OS2: 110-115; I1 OS1: 166-168; I1 OS3: 112-114 u. 126-128; I1 AS2: 93-94; I1 AW1: 226-227 u. 230-231; OS1: 47-49; OW1: 36-39). OW1 führt zudem an, dass in manchen Fällen PatientInnen von mehrsprachigen BetreuerInnen sozialer Organisationen begleitet werden (OW1: 36-39). Um jedoch auf Kinder als DolmetscherInnen zurückzukommen, ist an dieser Stelle anzuführen, dass deren Einsatz prinzipiell nicht abgelehnt wird, jedoch ein Bewusstsein dafür besteht, dass je nach Alter das Krankheitsbild die geistige Kompetenz der Kinder übersteigen und eine zu große Verantwortung darstellen kann (I1 OS3: 115-119; OW1: 291-294; I1 OW2: 207-219). Bezugnehmend auf das Alter werden Kinder als DolmetscherInnen unter 10 Jahren von OW1 als kritisch betrachtet (OW1: 292-293). OW2 heißt Kinder als DolmetscherInnen wiederum erst ab dem 14 Lebensjahr – sofern die geistige Leistungsfähigkeit vorhanden ist – gut (OW2: 213-214).

Auf die Frage, ob professionelle DolmetscherInnen oder LaiendolmetscherInnen präferiert werden, gab ein Großteil der Befragten an, keinerlei Bevorzugung zu haben, wer die Rolle der DolmetscherIn übernimmt (I1 OW2: 220-222; I1 AW1: 274-277; I1 OS2: 142-145). Meist ist man bereits mit dem zufrieden, was man bekommt (I1 AS1: 201-203; OW1: 290-291). "Hauptsache es kommt jemand, weil ob der dem anderen jetzt nahesteht oder nicht, ist eigentlich egal. Wenn die ÄrztIn sagt, das Pulver ist 3x am Tag zu nehmen, dann ist es egal, ob es die Tochter erklärt oder der Nachbar." (OS1: 171-173) Stattdessen wird dem Vertrauensaspekt eine größere Relevanz zugesprochen. AS2 erwartet z.B. neben guter Sprachkompetenz, dass die DolmetscherInnen das Vertrauen der PatientInnen haben und sofern "dies der Fall ist, muss der Dolmetscher nicht unbedingt professionell sein" (AS2: 97-98). Der Einsatz einer Vertrauensperson als DolmetscherIn – vor allem aus dem Familienkreis – wird ebenso von AW2 bevorzugt (AW2: 31). AW1 und AW2 weisen beide eine deutliche Präferenz gegenüber dolmetschenden Familienmitgliedern bzw. Bekannten auf. AW2 vertritt die Ansicht, dass PatientInnen in diesem Zusammenhang weniger Hemmungen haben, frei zu sprechen, als bei fremden DolmetscherInnen. Weiters vermutet die ÄrztIn, dass die Familie im Vergleich zu externen DolmetscherInnen mehr darauf achtet, dass alle relevanten Informationen mitgeteilt werden (AW2: 208-217). "Die reden dann eher mehr als die Betroffenen." (AW2: 217) Weiters erklärt AW1, dass Familienmitglieder die Umstände der PatientInnen besser kennen, eine kommunikative Stütze darstellen und "auch längerfristig für Übersetzung [sic] und Wiederholung zur Verfügung" stehen (AW1: 280-282). Zwar kann die ÄrztIn die Qualität der Dolmetschung nicht bewerten, gibt aber an, bisher gute Erfahrungen gemacht zu haben (I1 AW1: 232-240).

## 6.3.1.1 Erwartungen an DolmetscherInnen

Wie bereits in den vorherigen Ausführungen erwähnt wurde, ist es den ÄrztInnen sowie OrdinationsassistentInnen im Grunde gleichgültig, wer für PatientInnen dolmetscht. Von größerer Bedeutung scheinen andere Faktoren, wie z.B. Vertrauen (siehe Kapitel 6.3.1), zu sein. Deshalb wurden die ForschungsteilnehmerInnen zu ihren Erwartungen an DolmetscherInnen befragt, ungeachtet dessen, wer diese Aufgabe übernimmt. Hierbei zeigte sich eine vielfältige Bandbreite, die zum Teil den bereits in Kapitel 4.3.2 erwähnten Erwartungen entspricht, diese aber zugleich ergänzt.

AS2 erwartet neben dem Vertrauen der PatientInnen, dass die DolmetscherInnen über gute Sprachkompetenzen verfügen (AS2: 97). OW2 setzt in erster Linie Gewissenhaftigkeit voraus, d.h., dass die DolmetscherInnen aktiv zuhören, bei Unklarheiten Rücksprache halten, Informationen verlässlich übertragen und ein verantwortungsbewusstes Auftreten besitzen (OW2: 224-228). Dies bildet lt. OW2 die Basis dafür, "dass man ihnen ein gewisses Grundvertrauen entgegenbringen kann" (OW2: 227). Folglich wird erneut der Vertrauensaspekt hervorgehoben. Weiters führt AW1 fachsprachliche und soziale Kompetenz sowie Empathie als Erwartungshaltung an, zumal im Zuge von Konsultationen u.a. über Themen gesprochen wird, die nicht verstanden oder als unangenehm bzw. peinlich empfunden werden (AW1: 286-289). Für einige ist es ebenfalls wichtig, dass das Gesagte zur Gänze und "richtig" in die andere Sprache übertragen wird (I1 OS2: 145-150; AW2: 38-41). Bzgl. der Richtigkeit hat AS1 aber ein Bewusstsein dafür, dass das Krankheitsbild im Zuge der sprachlichen Übertragung einem Transformationsprozess unterliegen kann und auf diese Weise potentiell Differenzen entstehen (AS1: 206-214). Dies erfolgt "nicht absichtlich oder nicht bösartig, sondern ich denke, es passieren gewisse Dinge, die der Dolmetscher natürlich von seinem Bild ableitet, das er dann hat, von dem was ich ihm erkläre" (AS1: 209-211). Hinsichtlich der Vollständigkeit gibt es voneinander abweichende Präferenzen. AW2 fordert z.B. die komplette Dolmetschung der Gesprächsinhalte ein – "also nicht im Telegramm-Stil" (AW2: 220). Dieselbe Erwartungshaltung teilt AS2, wobei in diesem Zusammenhang ergänzt wird, dass ebenso weitestgehende Wörtlichkeit 101-103).<sup>20</sup> OS1 erwartet, Schweigepflicht vorausgesetzt wird (AS2: und

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> An dieser Stelle ist anzuführen, dass AW2 und AS2 beide Familienangehörige als geeignete DolmetscherInnen erachten und präferieren.

DolmetscherInnen die OrdinationsassistentIn und ÄrztIn nicht unterbrechen und zuhören. Im Kontext der Vollständigkeit bevorzugt OS1 wiederum verkürzte Dolmetschungen (I1 OS1: 181-184):

Wie es die ÄrztIn auch macht, ohne lange herumzureden, dass der Patient es auch versteht, weil manchmal haben wir durchaus ganz <u>intelligente</u> und <u>sozial</u> (..) <u>hochgestellte Flüchtlinge</u>, aber vielfach auch nicht. Da hilft es nichts, wenn ich lange um den heißen Brei herumrede, was sein könnte. Oft ist es einfach nur wichtig, <u>was es ist</u> und das kurz und prägnant zu sagen. Die ÄrztIn redet ja auch nicht eine Stunde herum. (OS1: 184-189)

Für OS2 nehmen DolmetscherInnen eine Position in der Mitte der kommunikativen Gesprächskonstellation ein, um sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen bzw. OrdinationsassistentInnen zu ermöglichen, miteinander via Fragestellungen und Antworten zu kommunizieren (OS2: 125-130). Lt. AS2 haben DolmetscherInnen hier eine unterstützende Funktion einzunehmen, die die aktive Rolle der PatientInnen im Gesprächsgefüge nicht schmälert (I1 AS2: 104-106). PatientInnen sollen die Möglichkeit haben, bei offenen Fragen über DolmetscherInnen Rückfragen etc. zu stellen, um zu überprüfen, ob alles richtig verstanden wurde (AS2: 101-103). "Meistens aber spricht nur der Dolmetscher, auch wenn der Patient schon etwas Deutsch versteht/spricht." (AS2: 106-107) Wie Meyer (2009: 153) vertreten die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen aber die Ansicht, dass bei partieller Deutschkompetenz PatientInnen an einer aktiven Artikulation im Deutschen von Seiten der DolmetscherInnen nicht gehindert werden sollten und diese nur bei Bedarf Hilfestellung leisten (I1 OW2: 229-234; I1 OW1: 48-55; I1 AW1: 290-296). In Bezug darauf erklärt AS1: "Ich muss den Weg des geringsten Widerstandes gehen [...] Erst wenn es tatsächlich um etwas geht, kommt dann sozusagen Stufe 2 oder Stufe 3." (AS1: 218-221)

#### **6.3.2** Beauftragung von DolmetscherInnen

Wer die AuftraggeberInnen beim Einsatz von DolmetscherInnen sein sollten, wird von drei Aspekten abhängig gemacht: Kosten, Schweigepflicht und Datenschutz. Für OW1 ist diese Frage sehr politisch behaftet. Es ist schwierig festzulegen, wer für den Dolmetsch-Einsatz finanziell aufzukommen hat, zumal es verschiedene Gründe für fehlende Deutschkompetenzen gibt. Liegt es an der kurzen Aufenthaltsdauer oder einem fehlenden Integrationswillen? Die OrdinationsassistentIn ist folglich nicht in der Lage, eine Antwort auf diese Frage zu finden. Dennoch meint OW1, dass wenn die Ordination bzw. das Gesundheitssystem DolmetscherInnen zur Verfügung stellen würde, es die Anhängigkeit der PatientInnen gegenüber ihrer Familie

reduzieren würde (OW1: 226-228 u. 256-262). AW1 ist der Auffassung, dass dies von Seiten der Gesundheitsversorgung übernommen werden sollte, zumal einige PatientInnen nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um für DolmetscherInnen aufkommen zu können (I1 AW1: 252-257). Der Rest sieht die Pflicht für die Beauftragung von DolmetscherInnen eher bei den PatientInnen (OW2: 200-202; OS2: 138-141; OS1: 177-180; AS2: 56-57 u. 91-92; AS1: 196).

OS2 erklärt z.B., dass die ÄrztIn vermutlich keine DolmetscherInnen bezahlen wird, nur damit manche PatientInnen in die Ordination kommen. Deshalb wird es als Aufgabe der PatientInnen erachtet (OS2: 138-141). OW2 und AS1 argumentieren überdies, dass medizinische Dienstleistungen in der Ordination erbracht und zusätzlich in englischer Sprache angeboten werden. Alles darüber hinaus wird als Sonderleistung angesehen, die nicht mehr dem Leistungsumfang der Grundversorgung entspricht (siehe Kapitel 2.3.1), und demnach von den PatientInnen finanziell zu tragen ist (OW2: 204-206; AS1: 196-200). Den gleichen Standpunkt vertritt OS1 und antwortet folgendermaßen auf die Frage, von wem die Beauftragung von DolmetscherInnen erfolgen sollte:

Von der Patientenseite, <u>weil er will etwas</u>. Ganz klipp und klar. Er hat Schmerzen. Er will etwas. Er kann nicht davon ausgehen, dass wir Türkisch sprechen. Ich kann nicht davon ausgehen, wenn ich in ein türkisches Krankenhaus gehe in keine Ahnung wo, dass ich dort toll verstanden werde. (OS1: 177-180)

Des Weiteren werden Datenschutz und Schweigepflicht als Gründe genannt, warum PatientInnen als AuftraggeberInnen beim Einsatz von DolmetscherInnen zu dienen haben. Das Beauftragen von Seiten der ÄrztInnen geht potentiell mit datenschutzrechtlichen Problemen einher, da diese unter Schweigepflicht stehen. Aus diesem Grund haben PatientInnen DolmetscherInnen selbst zu beauftragen und die ÄrztInnen der Schweigepflicht gegenüber Dritter zu entbinden (AS2: 56-58 u. 90-91; AW2: 193-201; OW1: 265-267). Hinzu kommt, dass ÄrztInnen erneut nicht vorhersehen können, für welche Sprachen DolmetscherInnen Tag für Tag in den Ordinationen gebraucht werden (I1 AW2: 174-180).

#### 6.3.3 Professioneller Dolmetsch-Markt: Wissen über Zugang und Angebot

Im Verlauf der leitfadengestützten Interviews zeigte sich, dass in Bezug auf den professionellen Dolmetsch-Markt wenig Wissen über Zugang und Angebot vorhanden ist. Professionelle Dolmetsch-Dienstleistungen wie Telefon- und Videodolmetschen sind den befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen weitestgehend unbekannt und werden z.B. im Fall von OW1 mit dem Konferenzsetting assoziiert (II OW1: 238-241; II AW1: 189-194; II AW2: 181-184; II

AS1: 235-237; I1 OS1: 151-159). AS1 und OS2 schildern, dass insbesondere in ländlichen Regionen keine Informationen dazu verbreitet werden. Trotzdem vermuten beide, dass die Lage in größeren Städten bzw. Ballungsräumen anders aussieht (I1 AS1: 235-239; I1 OS2: 157-161). Wie oben bereits erkenntlich ist, herrscht in Wien bei Ordinationen für Allgemeinmedizin ebenso kein Wissen über den professionellen Dolmetsch-Markt im medizinischen Bereich. Ein Großteil der Befragten führt dennoch an, dass das Telefondolmetschen durchaus im Ordinationsalltag vorkommt, aber nur in laienhafter Form (I1 AS2: 113-114; OS2: 50-51; AS2: 84; AS1: 81-82; AW1: 186-188; I1 OW1: 247-252).

Dies wurde als Anlass genommen, um beide Dienstleistungsarten den ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen kurz vorzustellen und danach diesbezüglich den potentiellen Bedarf zu erheben. Grundsätzlich wurde die Frage, ob es einen Bedarf dafür gäbe mit "ja" beantwortet und diese Art des Dolmetschens als interessant empfunden (I1 OW1: 242-246 u. 252; I1 OS1: 151-165). Vor allem OS3 und AW2 können sich hierbei das Koppeln von Telefon-/Videodolmetschen mit Diensten wie *FaceTime* oder *WhatsApp* gut vorstellen (AW2: 261-264; I1 OS3: 138-144). Die ÄrztIn impliziert hierbei eine gewisse Zeitersparnis gegenüber Alternativen, wie einer Videokonferenz (AW2: 259-261).

Zurückkommend auf den Bedarf meint AS1, dass es im Grunde schon einen gibt, im Moment aber "alles ruhig" ist (I1 AS1: 240-242). Zugleich verdeutlichen weitere Aussagen, dass der Bedarf überwiegend in größeren Gesundheitseinrichtungen oder bei Behörden gesehen wird (AW1: 201-206; AW2: 268-269). AW2 erklärt: "Bei mir gibt es im schlimmsten Fall halt die Pulver nicht, die man braucht [...]." (AW2: 269-270) Weiters führen AW2 sowie OW1 in diesem Zusammenhang erneut datenschutzrechtliche Aspekte an, die die praktische Anwendung dieser Dolmetsch-Dienstleistungen von Seiten der Ordinationen erschweren könnte (I1 AW2: 185-191; I1 OW1: 268-286).

Werden DolmetscherInnen benötigt, wüsste AW2 zudem nicht einmal, wo man sich diesbezüglich hinwenden kann (AW2: 204-205). Die gleiche Rückmeldung erfolgt flächendeckend im Rest von Wien und der Steiermark (siehe II OW1: 298-301; II OW2: 118-120; II AW1: 297-300; II AS2: 111-112; II OS1: 147-150). OW2 führt an, dass in diesem Zusammenhang keine Informationen an Ordinationen vermittelt werden (II OW2: 111-117). Dennoch werden Ansätze genannt, mittels welcher man versuchen würde, auf DolmetscherInnen zurückzugreifen. OS3 gibt an, es vermutlich über die Bezirkshauptmannschaft zu probieren und zu fragen, ob diese jemanden vermitteln können (OS3: 136-137). AW2 würde wiederum versuchen, mithilfe der *Google*-Suchmaschine fündig zu werden (II AW2: 230-233). Ansonsten führen OS2 und AS1 an, dass bei Bedarf auch sprachkundige Personen aus dem Bekanntenkreis

oder näheren Umfeld herangezogen werden (II OS2: 154-156; II AS1: 177-192). Aufgrund der geringen Bekanntheit des professionellen Dolmetsch-Marktes sowie der Dienstleistungen, die im medizinischen Bereich zur Verfügung stehen, würde AW1 deshalb den Aufbau einer Internetpräsenz z.B. auf der Homepage der Ärztekammer begrüßen (II AW1: 301-306), denn "es [ist] immer gut, neue Dinge und Innovationen irgendwie einmal zu bewerben und nicht zu warten, bis es jemand per Zufall findet oder sucht" (AW1: 308-310).

In Kapitel 4.3 wurde bereits erwähnt, dass ÄrztInnen in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen unerfahren sind (vgl. Hegemann <sup>2</sup>2015: 91; Mäntynen & Kinnunen 2009: 129f.; Ozolins 2000: 27f.; Valero-Garcés 2008: 183; Verrept 2008: 197; Wadensjö 1992: 176). Dies geht ebenfalls klar aus der empirischen Datenauswertung hervor. Es besteht in allen befragten Ordinationen keine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen (I1 OS3: 131-133; I1 AW2: 227-229; I1 OW2: 235-236; I1 AS2: 108-110; I1 OS2: 151-153; I1 OW1: 295-297; I1 OS1: 190-191). Einzig AS1 gibt an mit einer Russisch-Dolmetscherin, die von der Caritas gestellt wurde, zusammengearbeitet zu haben, wobei hier Unklarheiten bestehen, ob es sich um eine professionelle Dolmetscherin handelte oder nicht. Diesbezüglich machte die ÄrztIn sich keine Gedanken (I1 AS1: 171-174 u. 225-234).

Die vorliegenden Erkenntnisse verdeutlichen daher in Hinblick auf die Feststellung von Pöchhacker (2014: 303), dass das österreichische Gesundheitssystem im Ad-Hoc-Stadium des *Spektrums der Translationspolitik* nach Ozolins (2010: 195) verweilt (siehe Kapitel 3.2.4.1), insbesondere auf Ordinationen für Allgemeinmedizin zutrifft.

# 6.3.3.1 "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997)

In Anbetracht der Tatsache, dass in den Ordinationen keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen bestehen und der dazugehörige Dolmetsch-Markt unbekannt ist, wurde in Anlehnung an Pöchhacker (1997) das Konzept "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47) vorgestellt. Bereits in den theoretischen Ausführungen der Forschungsarbeit (siehe Kapitel 3.2.4.2) wurde dem erwähnten Konzept Potential und Relevanz für das Gesundheitswesen zugeschrieben. Wie Pöchhacker (1997: 47) argumentiert, würde es die Effizienz der medizinischen Versorgung bei Behandlung nicht-deutschsprachiger Patientlnnen im niedergelassenen Bereich – in diesem Fall in Ordinationen für Allgemeinmedizin – steigern. Zugleich könnte es aber den Wissensstand über den Dolmetsch-Markt verbessern bzw. den ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen erlauben, Erfahrungen an interlingualer Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen zu sammeln. Aus diesem Grund wurden die

ForschungsteilnehmerInnen zum Ende der leitfadengestützten Interviews aufgefordert, das Konzept "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997:47), darunter u.a. dessen Durchführbarkeit, zu bewerten.

Im Prinzip wurde das Konzept als interessant empfunden, jedoch Zweifel hinsichtlich der Implementierung geäußert. OS3 vermutet, dass die Krankenkassen finanziell nicht dafür aufkommen werden. Dies wird vorwiegend mit der Fusionierung der Krankenkassen sowie dem damit einhergehenden budgetären Defizit argumentiert (OS3: 151-156). "Eigentlich kommt jetzt raus, dass eigentlich eh kein Geld da ist [...] An dem scheitert, glaube ich, alles immer." (OS3: 153-156) AS1 bezeichnet es als "Zukunftsvision" und steht dem Konzept aufgrund des budgetären Defizits ebenfalls skeptisch gegenüber (AS1: 245-251). In weiterer Folge wird erläutert, dass derzeit zahlreiche DienstleisterInnen, wie z.B. MentaltrainerInnen, das Ziel verfolgen, im österreichischen Gesundheitswesen auf Krankenschein angeboten zu werden (AS1: 245-251).

AS2 findet das Konzept im Grunde gut, sieht den Bedarf aber primär bei FachärztInnen und Krankenhäusern, "wenn es z.B. um die Aufklärung vor komplizierten Operationen oder Eingriffen und Therapien geht" (AS2: 117-119). Ansonsten führt die ÄrztIn LaiendolmetscherInnen in der Regel als ausreichende Alternative zum Überbrücken von Sprachbarrieren in Ordinationen für Allgemeinmedizin an (AS2: 120-122). AW2 vertritt die Ansicht, dass es einen "gewissen Reiz" hätte (AW2: 239). Es wird jedoch angezweifelt, ob sich die Krankenkassen bereit erklären würden, dies ins Leistungsangebot aufzunehmen (AW2: 237-239). "Das wäre ein Meilenstein." (AW2: 237) Des Weiteren argumentiert die ÄrztIn, dass es in Krankenhäusern aber ohnehin einfach sei, schnell auf sprachkundige Personen aus dem Pflege- oder Reinigungspersonal zurückzugreifen (AW2: 239-246).

OW1 sieht einige organisatorische Schwierigkeiten in der Umsetzbarkeit, zumal PatientInnen Erkrankungen nicht planen und im Vorhinein schwer abschätzen können, wie lange die Dienste der DolmetscherInnen benötigt werden (OW1: 232-237). Die OrdinationsassistentIn meint: "Muss ich mit einer Wartezeit von 15 Minuten oder 2 Stunden rechnen? Ich kann den Dolmetscher ja nicht für einen halben Tag buchen." (OW1: 235-236) Für OS3 bestehen ebenso Unklarheiten in Bezug auf die Vergütung bei Aspekten wie Anreise und Leistungszeitraum (II OS3: 159-165).

Wie der Großteil der Befragten findet AW1 die Idee ebenfalls gut, schlägt aber – in Bezug auf Umsetzbarkeit, Kostenreduktion sowie Zeitersparnis – die Kopplung von Telefon-/Videodolmetschdiensten und dem Konzept "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47) vor (I1 AW1: 258-273). OW2 bewertet das Konzept zwar als umsetzbar, ist jedoch

der Auffassung, dass zunächst auf Grundlage geregelter Richtlinien im Rahmen eines wissenschaftlichen Pilotprojektes der Bedarf bzw. die Notwendigkeit dafür ermittelt werden sollte (II OW2: 240-251). OS2 zweifelt z.B. nämlich die Durchführbarkeit aufgrund von mangelndem Bedarf an (II OS2: 162-170). Zuletzt ist OS1 der Meinung, dass nicht-deutschsprachige PatientInnen das Angebot sicherlich nützen würden, es aber nicht in den Aufgabenbereich des Staates bzw. der Krankenkassen fallen sollte, für DolmetscherInnen aufzukommen (OS1: 195-197).

# 7 Conclusio

Die vorliegende Forschungsarbeit befasste sich mit dem Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin. Im Fokus der empirischen Untersuchung stand der Erkenntnisgewinn, wie im alltäglichen Ordinationsbetrieb mit Mehrsprachigkeit umgegangen wird und ob ein Bedarf am Einsatz von DolmetscherInnen besteht.

Ordinationen für Allgemeinmedizin gelten als erste Anlaufstelle im österreichischen Gesundheitssystem (vgl. BMSGPK 2019e) und übernehmen bei der Betreuung von PatientInnen das Nahtstellenmanagement zwischen verschiedenen Leistungserbringungsebenen (vgl. Rebhandl 2008: 2). Folglich erschien es von Relevanz, Ordinationen für Allgemeinmedizin in den Mittelpunkt zu rücken, um nicht nur Antworten auf die erwähnten Forschungsfragen zu finden, sondern zugleich mehr Aufschluss über die translationspolitische Situation auf dieser Ebene der Primärversorgung zu erhalten. Deshalb wurden im empirischen Teil der Arbeit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen in Wien und der Steiermark anhand leitfadengestützter Interviews zur gegebenen Forschungsthematik befragt. Als theoretische Grundlage dienten hierbei bisherige Erkenntnisse der Fachliteratur, die als wesentliche Stütze beim Erstellen der Interviewleitfäden (siehe Anhang 1 u. 2) herangezogen wurden.

Zu Beginn wurde auf die Organisationsstruktur sowie Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems eingegangen, um einen Einblick in den Zugang verschiedener PatientInnengruppen zur medizinischen (Primär)-Versorgung zu erhalten. Es zeigte sich, dass der rechtliche Zugang potentiell nicht-deutschsprachiger PatientInnen, wie z.B. MigrantInnen und AsylwerberInnen, zum österreichischen Gesundheitssystem bei gültigem Versicherungsstatus auf nationaler und EU Ebene geregelt ist (siehe Kapitel 2.3.1 u. 2.3.2), aufgrund von Sprachproblemen bzw. der gesellschaftlichen Stellung dennoch in manchen Fällen eine benachteiligte Position eingenommen und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erschwert wird (vgl. Flubacher <sup>2</sup>2015: 147; Eimmermacher <sup>2</sup>2015: 66f.; Pöchhacker 1997: 203). Zugleich behindern Sprachprobleme die Versorgerseite beim Erfüllen der eigenen Verpflichtungen (vgl. Pöchhacker 1997: 203).

Im nächsten Schritt wurde daher auf die Thematik der Sprach- und Translationspolitik eingegangen, zumal es "ein Instrument zum Steuern (Erleichtern, Verhindern, Erschweren, etc.) des demokratischen Rechtes der Bürger auf Partizipation am öffentlichen Leben durch Kommunikation mit den Behörden [ist]" (Sandrini 2019: 66). Gestützt auf den theoretischen Grundlagen nach Sandrini (2019: 74) zeigte sich, dass auf internationaler Ebene in Hinblick auf

Institutionen sowie bei strafrechtlichen Angelegenheiten von einem "kleinsten gemeinsamen Nenner" gesprochen werden kann (vgl. Sandrini 2019: 74; siehe Kapitel 3.2.1.1), im österreichischen Gesundheitswesen jedoch so gut wie kein Anspruch auf DolmetscherInnen besteht (vgl. Pöchhacker 2014: 304). Mehrsprachiger Kommunikationsbedarf wird lt. Pöchhacker (1997: 56) und Straub (2016: 14) folglich überwiegend mittels Ad-Hoc-Lösungen gedeckt, weshalb professionelles Dolmetsch-Potential im medizinischen Bereich unausgeschöpft bleibt (vgl. Hsieh 2016: 281) und in einem niedrigen Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad resultiert (vgl. Pöchhacker 1997: 56). In Bezug auf das *Spektrum der Translationspolitik* nach Ozolins (2010: 195), ordnet Pöchhacker (2014: 303) die translationspolitische Situation im österreichischen Gesundheitswesen daher dem Ad-Hoc-Bereich der Skala zu.

Deshalb wurde in weiterer Folge die vorherrschende Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen theoretisch behandelt. Neben einem Einblick in verschiedene Dienstleistungsarten – das Telefon-, Videodolmetschen und Dolmetschen vor Ort – und zur Anwendung kommender Dolmetsch-Modi, wurde anhand der Fachliteratur erörtert, wer als DolmetscherIn zu medizinischen Konsultationen herangezogen wird. ForscherInnen führten in diesem Zusammenhang vorrangig den Einsatz von LaiendolmetscherInnen, d.h. Angehöriger bzw. Bekannter nicht-deutschsprachiger PatientInnen bzw. fremdsprachenkundigem Fachpersonal, an (vgl. u.a. Pöllabauer 2005; Pöchhacker 1997; Felgner 2009; Eberding <sup>2</sup>2015; Rajič 2008; Marics 2008) und wiesen auf die Problematik hin, dass ÄrztInnen meist über keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen verfügen (vgl. u.a. Hegemann <sup>2</sup>2015: 91; Mäntynen & Kinnunen 2009: 129f.; Ozolins 2000: 27f.; Valero-Garcés 2008: 183; Verrept 2008: 197; Wadensjö 1992: 176). Diese theoretische Struktur bildete die Basis für den empirischen Teil der Forschungsarbeit, indem diese Themenbereiche mit spezifischem Fokus auf Ordinationen für Allgemeinmedizin untersucht wurden. Im Mittelpunkt standen hierbei die Bezirke Leopoldstadt in Wien und Bruck-Mürzzuschlag in der Steiermark, zumal der Umfang der Arbeit keine umfassende Untersuchung aller österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin erlaubt hätte. Dennoch konnte aufgrund der städtischen bzw. ländlichen Lage der Ordinationen ein besserer Einblick in regionale Unterschiede/Gemeinsamkeiten in Hinblick auf die Forschungsthematik gewonnen werden. Insgesamt wurden im Zuge der empirischen Datenerhebung 9 leitfadengestützte Interviews durchgeführt (4x mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und 5x mit OrdinationsassistentInnen), die mittels einem digitalen Diktiergerät aufgenommen wurden. Die erhobenen Daten wurden im Anschluss an den Transkriptionsprozess anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018) – einem kategorienbasierten Auswertungsverfahren – computergestützt mittels der Software MAXQDA ausgewertet. Das Ziel war es, Antworten auf folgende Forschungsfragen zu finden:

- Wie gehen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen mit Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag um?
- Gibt es einen Bedarf an DolmetscherInnen in Ordinationen für Allgemeinmedizin?
- Wie sieht die translationspolitische Situation auf dieser Ebene der Primärversorgung aus?

Im Verlauf der qualitativen Inhaltsanalyse wurden dazu deduktive/induktive Haupt- und Subkategorien gebildet, die eine empirische Datenauswertung folgender drei Themenfelder erlaubten: Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag, Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschpraxis in Ordinationen für Allgemeinmedizin.

Im ersten Teil der empirischen Datenauswertung wurde der Aspekt der Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag in den Mittelpunkt gerückt. Zuerst erfolgte von Seiten der befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen in Anlehnung an Kapitel 2.3.2 eine Bewertung des Zugangs von MigrantInnen zum österreichischen Gesundheitssystem. Ein Großteil der Befragten vertrat die Ansicht, dass in Österreich für sämtliche PatientInnengruppen ein gut regulierter und unkomplizierter Zugang zum österreichischen Gesundheitswesen gegeben ist. Einzig eine OrdinationsassistentIn war der Meinung, dass ein Verbesserungspotential besteht und es im Prinzip von der Zugänglichkeit der ÄrztInnen selbst, potentiell nicht-deutschsprachige PatientInnen zu betreuen, abhängig zu machen ist (OW1: 66-67 u. 70-76). In Hinblick auf die eigene Zugänglichkeit, gaben die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen jedoch allesamt an, zugänglich gegenüber nicht-deutschsprachigen PatientInnen zu sein. Folglich konnte in diesem Zusammenhang in Wien und der Steiermark in gleicher Weise Offenheit gegenüber Mehrsprachigkeit festgestellt werden.

In puncto Regelmäßigkeit von Mehrsprachigkeit gab es in den Bundesländern aber deutliche Unterschiede. In der Steiermark wurde das Auftreten von Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag als phasenweise eingestuft. In Wien berichteten die Ordinationen aufgrund der zentralen Lage des 2. Bezirkes wiederum von regelmäßigen (bzw. täglichen) Besuchen mehrsprachiger PatientInnen. Nichtsdestotrotz konnten beim Sprachaufkommen Gemeinsamkeiten festgestellt werden. Steirische ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen führten Arabisch, Dari, Farsi sowie Englisch als häufig vorkommende Sprachen an. In Wien wurden ebenso die regelmäßige Präsenz des Englischen und Arabischen hervorgehoben, was insbesondere mit Globalisierung sowie Fluchtbewegungen in Zusammenhang gebracht wurde. Ansonsten erwies sich die sprachliche Zuordnung in der österreichischen Hauptstadt als problematisch, zumal viele PatientInnen

bereits ausreichende Deutschkenntnisse besitzen und keine Versuche unternehmen, in der eigenen Herkunftssprache zu kommunizieren. Somit blieb die tägliche Sprachvielfalt zum Teil vage definiert und breit gefächert.

Ungeachtet des Sprachaufkommens bieten die befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen alle in ihren Ordinationen neben dem Deutschen das Englische als Kommunikationssprache an. Auf die Frage nach mehrsprachigen Unterlagen ließ sich feststellen, dass die Ordinationen von der Ärztekammer sowie der ÖGK Informationsmaterialen, Broschüren, Formulare sowie Impf-Checkhefte in verschiedenen Sprachen erhalten und den PatientInnen zur Verfügung stellen. Bei weiterem Bedarf werden eigene Übersetzungen angefertigt. So schilderte eine OrdinationsassistentIn z.B. Atteste ins Englische zu übersetzen (I1 OW1: 146-152). Mehrsprachige Unterlagen werden ebenso im Internet recherchiert und heruntergeladen, wobei eine ÄrztIn hier anführte, dass in manchen Fällen selbst auf diese Weise nicht der gesamte mehrsprachige Bedarf gedeckt werden kann (AW1: 115-118). Ein Drittel der Befragten gab an, keine mehrsprachigen Unterlagen für nicht-deutschsprachige PatientInnen vorliegen zu haben. Spezifische Unterschiede zwischen Wien und der Steiermark konnten hier nicht festgemacht werden.

Der zweite Teil der empirischen Datenauswertung widmete sich dem Umgang mit Mehrsprachigkeit. Hierbei zeigte sich, dass die Behandlung/Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen im Vergleich zu deutschsprachigen PatientInnen mit Unterschieden einhergeht. Im Grunde wurde die Behandlung als schwieriger eingestuft, wobei es – wie eine ÄrztIn spezifizierte – von der Komplexität der Erkrankung abhängt (I1 AW1: 65-71). Die Schwierigkeit liegt darin, abschätzen zu können, ob von Seiten nicht-deutschsprachiger PatientInnen alles verstanden wurde und umgesetzt werden kann. Daher führt der Großteil der ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen an, dass die Behandlung nicht-deutschsprachiger PatientInnen mehr Zeit beansprucht. Dies spiegelte ebenso die Tatsache wider, dass nach den Konsultationen oftmals eine Nachbetreuung von Seiten der OrdinationsassistentInnen erforderlich ist. Weiters konnte eine Vielzahl an Hürden in der Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen eruiert werden. Diese umfassen: Sprachbarrieren, Verständnisschwierigkeiten bei niedrigem Bildungsniveau, ein divergierendes Krankheitsverständnis, Kultur, Religion, Vorurteile und Infrastruktur. Aus diesem Grund führten 8/9 der befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen an, die Erfüllung der eigenen Rolle im Zuge der Konsultationen bzw. Betreuung als erschwert zu erachten. Des Weiteren zeigte sich, dass insbesondere gravierende Sprachbarrieren zum Abbruch einer Behandlung führen können. Nahezu alle befragten ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen gaben an, mit Situationen konfrontiert gewesen zu sein, in denen eine

unzureichende Kommunikationsbasis zum Abbruch einer Behandlung führte. An dieser Stelle ist jedoch zu ergänzen, dass Behandlungsabbrüche im Grunde eine Seltenheit darstellen und PatientInnen um erneuten Besuch mit DolmetscherInnen ersucht werden, weshalb es als zwischenzeitliche Unterbrechung der Konsultation erachtet wird.

Im Verlauf der Analyse ergab sich zudem, dass eine Vielzahl an Kommunikationsstrategien bei der Betreuung nicht-deutschsprachiger PatientInnen zum Einsatz kommt, sofern keine DolmetscherInnen zur interlingualen Sprachmittlung herangezogen werden. Verfügen PatientInnen z.B. bereits über partielle Deutschkompetenzen, versuchen die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen mittels vereinfachter Lexik und Syntax im Deutschen zu kommunizieren. Des Weiteren wird auf das Englische als Lingua Franca zurückgegriffen. Dies tritt in Wien wesentlich häufiger auf als in den Ordinationen, die im Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Steiermark ansässig sind. Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass insbesondere die Versorgerseite im Vergleich zu nicht-deutschsprachigen PatientInnen den eigenen Englischkompetenzen ein größeres Verbesserungspotential zuschreibt. Gesprächsverläufe mit PatientInnen, die noch Unsicherheiten in der mündlichen Kommunikation im Deutschen besitzen, erfolgen zudem teilweise in Form eines Deutsch-Englisch-Mix. Wird die verbale Kommunikation jedoch aufgrund gravierender Sprachprobleme behindert, bedienen sich die ForschungsteilnehmerInnen nonverbaler Strategien, wie z.B. dem Kommunizieren mit Händen und Füßen. Eine ÄrztIn erachtete die nonverbale "Darstellung der Krankheit" sogar als Stütze im Diagnoseprozess (AS1: 137-143). Eine weitere Hilfestellung bilden in einer Ordination Figuren aus Pappe, die das Skelett bzw. die Muskeln des menschlichen Körpers visuell darstellen. Außerdem verwenden PatientInnen, ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen zunehmend technologische Hilfsmittel wie Smartphones, Übersetzungsapps sowie Online-Wörterbücher zum Überbrücken interlingualer Sprachbarrieren.

In Anknüpfung an die erwähnten Kommunikationsstrategien wurden die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen zum Besuch von Fort- und Weiterbildungen zur Verbesserung im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnengruppen befragt. Hierbei zeigt sich, dass – sowohl in Wien als auch in der Steiermark – die ForschungsteilnehmerInnen (bis auf OW1 und OW2) keine Besuche von Fortbildungskursen zu diesem thematischen Schwerpunkt nachweisen können. Generell liegt der Fokus der Fortbildungsinhalte primär auf dem allgemeinen Umgang und Kommunikation mit PatientInnen. Sofern der Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen inkludiert wird, handelt es sich dabei zumeist um ein Randthema.

Der dritte Teil der empirischen Datenauswertung erlaubte ergänzend zu den theoretischen Ausführungen einen Einblick in die Dolmetschpraxis von Ordinationen für

Allgemeinmedizin. Zu Beginn wurde der Dolmetschbedarf eruiert, der von den ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen ungeachtet der städtischen bzw. ländlichen Region als niedrig eingestuft wurde. Die Begründungen lagen darin, dass die Konsultationen im Vergleich zu FachärztInnen aus medizinischer Sicht von geringerer Fachlichkeit bzw. Komplexität geprägt sind. Hinzu kommt, dass eine DolmetscherIn selten in der Lage ist, den gesamten Sprachbedarf innerhalb der Ordination abzudecken. Sofern DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, handelt es sich folglich meist um LaiendolmetscherInnen, d.h. Familienmitglieder, Bekannte und insbesondere Kinder. Dies entspricht den bereits erörterten Forschungsergebnissen in Kapitel 4.2. Weiters ließ sich bei zwei ÄrztInnen (AW1 u. AW2) eine Bevorzugung beim Einsatz von Familienmitgliedern bzw. Bekannten als DolmetscherInnen gegenüber professionellen DolmetscherInnen erkennen. Der Rest gab an, keine Bevorzugung zu haben. Abgesehen von Aspekten wie Sprachkompetenz, Korrektheit, Vollständigkeit und Empathie erwarten die ForschungsteilnehmerInnen nämlich in erster Linie, dass die DolmetscherInnen das Vertrauen der PatientInnen besitzen. Hinsichtlich der Beauftragung von DolmetscherInnen wurde zum Großteil den PatientInnen die Pflicht zugeschrieben, als AuftraggeberIn zu fungieren. Einerseits liegt die Begründung in den Aspekten: Kosten, Datenschutz und Schweigepflicht. Andererseits wird die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen in einer Sprache, die nicht ohnehin in der Ordination abgedeckt wird, als Sonderleistung angesehen, für die PatientInnen finanziell aufzukommen haben. Außerdem stellte sich heraus, dass bzgl. dem professionellen Dolmetsch-Markt in keiner der befragten Ordinationen ein Wissen über Zugang und Angebot herrschte. Professionelle Dolmetsch-Dienstleistungen wie Telefon- oder Videodolmetschen waren zur Gänze unbekannt. Erfahrungen mit Telefondolmetschen wurden in lediglich laienhafter Form gemacht. Zugleich hätte keiner der ÄrztInnen bzw. OrdinationsassistentInnen gewusst, wo sie sich für den Einsatz bzw. die Beauftragung von DolmetscherInnen hinwenden könnten. Zum Schluss konnte in diesem Kontext festgestellt werden, dass entsprechend bisheriger Forschungsergebnisse der Fachliteratur (siehe Kapitel 4.3) in Ordination für Allgemeinmedizin ebenfalls Unerfahrenheit in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen herrscht.

In Anbetracht der empirischen Erkenntnisse lässt sich schlussfolgern, dass Mehrsprachigkeit eine präsente Rolle im Ordinationsalltag einnimmt. Der Umgang mit Mehrsprachigkeit liegt dabei einer Vielfalt kommunikativer Strategien zugrunde, die das gegenseitige Verständnis zwischen Ordinationsteams und nicht-deutschsprachigen PatientInnen ermöglichen sollen. Interlingualer Kommunikationsbedarf wird überwiegend mittels LaiendolmetscherInnen gedeckt, weshalb dem Einsatz professioneller DolmetscherInnen eine geringe Signifikanz zugesprochen wird. Ebenso ist zu erwähnen, dass ungeachtet der städtischen bzw. ländlichen Lage

der befragten Ordinationen in Wien und der Steiermark – bis auf die Regelmäßigkeit von Mehrsprachigkeit – ähnliche Ergebnisse erzielt wurden. Hinsichtlich des *Spektrums der Translationspolitik* nach Ozolins (2010: 195) trifft demnach die Feststellung von Pöchhacker (2014: 303), dass das österreichische Gesundheitssystem dem Ad-Hoc-Stadium des Spektrums zugehörig ist, aufgrund mangelnder translationspolitischer Regelungen vor allem auf erster Ebene der Primärversorgung zu. Die vorliegende Forschungsarbeit erlaubte anhand ausgewählter Bezirke aber nur einen ersten Einblick in die vorherrschte Situation in Ordinationen für Allgemeinmedizin. Für einen flächendeckenden Statusbericht zum Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf auf dieser Ebene der Gesundheitsversorgung erscheinen daher Untersuchungen in weiteren Teilen Österreichs sinnvoll.

## **Bibliographie**

- Ahamer, Vera (2013). Unsichtbare Arbeit. Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch »Community Interpreting«. Bielefeld: Transcript.
- Altenburg, Friedrich; Faustmann, Anna; Pfeffer, Thomas & Skrivanek, Isabella (Hg.) (2017).

  Migration und Globalisierung in Zeiten des Umbruchs. Festschrift für Gudrun Biffl.

  Krems: Edition Donau-Universität Krems.
- Altenburg, Friedrich; Faustmann, Anna; Pfeffer, Thomas & Skrivanek, Isabella (2017). Migration und Globalisierung in Zeiten des Umbruchs. Zur Einleitung. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivanek (Hg.), 17-25.
- AMS Österreich (2019). Krankenversicherung. https://www.ams.at/arbeitsuchende/arbeitslos-was-tun/geld-vom-ams/krankenversicherung (Stand: 10.09.2019).
- Andres, Dörte & Pöllabauer; Sonja (Hg.) (2009). Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fach-dolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy-turvy in your tummy? Health Care Interpreting. München: Martin Meidenbauer.
- Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (2009). Vorwort. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 5.
- Angelelli, Claudia V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. New York: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia V. (2008). The role of the interpreter in the healthcare setting. A plea for a dialogue between research and practice. In: Valero-Garcés & Martin (Hg.), 147-163.
- Angelelli, Claudia V. (2014). "Uh...I Am Not Understanding You at All": Constructing (Mis)Understanding in Provider/Patient-Interpreted Medical Encounters. In: Nicodemus & Metzger (Hg.), 1-31.
- Antonini, Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda & Torresi, Ira (Hg.) (2017). *Non-professional Interpreting and Translation. State of the art and future of an emerging field of research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Antonini Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda & Torresi, Ira (2017). Introducing NPIT studies. In: Antonini; Cirillo; Rossato & Torresi (Hg.), 1-26.
- Ärztekammer Steiermark (o.J.). Ärztliche Hilfe für Flüchtlinge und Asylwerber. https://www.aekstmk.or.at/568 (Stand: 10.09.2019).
- Bauböck, Rainer (2017). Perspektivische Verschiebungen: Migration und Mobilität im Zeitalter der Globalisierung. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivanek (Hg.), 29-36.

- Berger, Johannes & Strohner, Ludwig (2017). Ökonomische und fiskalische Auswirkungen der Fluchtmigration in Österreich. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivanek (Hg.), 169-189.
- BMSGPK Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019a). Gesundheitswesen. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/inhalt (Stand: 05.09.2019).
- BMSGPK (2019b). Das Gesundheitswesen im Überblick. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitssystem (Stand: 05.09.2019).
- BMSGPK (2019c). Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung (Stand: 05.09.2019).
- BMSGPK (2019d). Gesetzliche Grundlagen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Österreich. https://www.gesundheit.gv.at/service/patientenmobilitaet/versicherungsmitgliedstaat/grenzueberschreitende-gesundheitsversorgung-in-oesterreich (Stand: 11.09.2019).
- BMSGPK (2019e). Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/mehrgesundheit/gesundheitspolitik (Stand: 12.09.2019).
- BMSGPK (2019f). Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin. https://www.gesundheit.gv.at/gesundhe itsleistungen/berufe/aerzte/allgemeinmediziner (Stand: 12.09.2019).
- BMSGPK (2019g). Die Suche nach dem Arzt. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheit sleistungen/arztbesuch/suche-arzt (Stand: 12.09.2019).
- BMSGPK (2020a). Sozialversicherung. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/sozialversicherung (Stand: 31.05.2020).
- BMSGPK (2020b). Sozialversicherungsträger. https://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitssuche/sozialversicherungstraeger (Stand: 15.01.2020).
- Bowen, Margareta (<sup>2</sup>2003). Community Interpreting. In: Snell-Hornby, Mary; Hönig, Hans G.; Kußmaul, Paul & Schmitt, Peter A. (Hg.) *Handbuch Translation. Zweite, verbesserte Auflage*. Tübingen: Stauffenburg, 319-321.
- Brickner, Irene (2016). Nur noch Wien gewährt Asylwerbern die E-Card. *Der Standard*, 03.10.2016. https://www.derstandard.at/story/2000045258185/nur-noch-wien-gewaehr t-asylwerbern-die-e-card (Stand: 31.05.2020).
- Bundesgesundheitsagentur (2014). "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. https://www.sozial

- ministerium.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/primaerversorgungs-konzept.pdf (Stand: 12.09.2019).
- Corsellis, Ann (2008). *Public Service Interpreting: The First Steps*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Csitkovics, Monika; Eder, Anselm & Matuschek, Helga (1997). Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. In: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hg.), 1-32.
- Daneshmayeh, Marion (2008). Eine kritische Analyse von Ausbildungsprogrammen im Bereich des Community Interpreting. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 331-366.
- De Cilla, Rudolf (2010). Sprachenpolitik und europäische Mehrsprachigkeit. Tendenzen und Perspektiven. In: Nestler (Hg.), 18-35.
- Demmer-Gaite, Eleonore & Friese, Paul (<sup>2</sup>2015). Interkulturelle Aufgaben in der Erziehungsberatung. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 190-204.
- DV/SV Dachverband der Sozialversicherungsträger (2020). Über den Dachverband. https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845634&viewmode=content (Stand: 15.01.2020).
- Eberding, Angela (<sup>2</sup>2015). Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 92-103.
- Eimmermacher, Hanna (<sup>2</sup>2015). Netzwerkarbeit. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 65-78.
- Eimmermacher, Hanna; Lanfranchi, Andrea & Radice von Wogau, Janine (<sup>2</sup>2015). Systemischinterkulturell denken und handeln. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 3-12.
- Europäische Kommission (o.J.). Beschäftigung, Soziales und Integration. Die Europäische Krankenversicherungskarte. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=d e (Stand: 10.09.2019).
- Fasslabend, Werner (2010). Sicherheitspolitik und Sprache. In: Nestler (Hg.), 9-17.
- Felgner, Lars (2009). Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 45-70.
- Flubacher, Peter (<sup>2</sup>2015). Ein Patient ausländischer Herkunft bei einem Hausarzt. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 137-147.
- Fößleitner, Sophie & Teichert, Tim (2017). Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich. Bestandsaufnahme und Analyse. http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Bericht Vertragsaerzte innen 2017.pdf (Stand: 31.05.2020).

- Fuchs, Michael (o.J.). Nicht-krankenversicherte Personen in Österreich empirische Erkenntnisse Kurzfassung. https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.8 45161&portal=svportal (Stand: 11.09.2019).
- Gentile, Adolfo; Ozolins, Uldis & Vasilakakos, Mary (1996). *Liaison Interpreting. A Hand-book.* Melbourne: Melbourne University Press.
- Gentile, Paola (2017). Political Ideology and the De-Professionalisation of Public Service Interpreting: The Netherlands and the United Kingdom as Case Studies. In: Valero-Garcés, Carmen & Tipton, Rebecca (Hg.) *Ideology, Ethics and Policy Development in Public Service Interpreting and Translation*. Bristol/Blue Ridge Summit: Multilingual Matters, 63-83.
- Gonzalez-Nava, Sandra (2009). Das Gespräch als Qualitätsfaktor der Behandlung. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 71-84.
- Grbić, Nadja & Pöllabauer Sonja (Hg.) (2008). *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting. Probleme Perspektiven Potenziale*. Berlin: Frank & Timme.
- Guido, Maria Grazia (2018). ELF in migration. In: Jenkins; Baker & Dewey (Hg.), 544-555.
- Haidlmayr, Theresia (2005). Zum Antrag 89/A(E). In: Lapp, Christine & Wittmann, Peter (Hg.) Bericht des Verfassungsausschusses. 1029 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/X XII/I/I 01029/fname 045253.pdf (Stand 13.11.2019), 2.
- Hamburger, Franz (<sup>2</sup>2015). Geleitwort. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), xv-xvii.
- Harris, Brian (2017). Unprofessional translation. A blog-based overview. In: Antonini, Cirillo, Rossato & Torresi (Hg.), 29-43.
- Heath, Bonnie (2014). AVLIC 2014: Interpreters and Human Rights. https://criticallink.org/2014-10-20-avlic-2014-interpreters-and-human-rights/ (Stand: 17.10.2019).
- Hegemann, Thomas (<sup>2</sup>2015). Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 79-91.
- Helfferich, Cornelia (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 559-574.
- Hofmarcher, Maria M. & Rack, Herta M. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
- Hopf, Christel (<sup>2</sup>1995). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; von Rosenstiel, Lutz & Wolff,

- Stephan (Hg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 177-182.
- Horn, Angelika (<sup>2</sup>2015). Interkulturelle Betreuung lebensbedrohlich erkrankter Kinder. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 175-189.
- Hsieh, Elaine (2016). Bilingual Health Communication. Working with Interpreters in Cross-Cultural Care. New York/London: Routledge.
- HV/SV Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (o.J.). Die Sozialversicherung in Österreich. http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.750771&viewmode=content (Stand: 06.09.2019).
- INTRAWI Institut für Translationswissenschaft (2019). Curriculum für das Masterstudium Translationswissenschaft an der Philologisch-Kulturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck. https://www.uibk.ac.at/translation/studium/master/ma-translationswissenschaft stand 01.10.2019.pdf (Stand 10.11.2019).
- IOM International Organization for Migration (2013). International Migration, Health and Human Rights. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\_IOM\_UN-OHCHRPublication.pdf (Stand: 10.10.2019).
- ITAT Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (2019). Studienangebot am ITAT. https://translationswissenschaft.uni-graz.at/de/studieren/studienangebot-am-itat/ (Stand: 10.11.2019).
- Jenkins, Jennifer; Baker, Will & Dewey, Martin (Hg.) (2018). *The Routledge Handbook of English as a Lingua Franca*. London/New York: Routledge.
- Kalpaka, Annita (<sup>2</sup>2015). Umgang mit "Kultur" in der Beratung. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 31-44.
- Kelly, Nataly (2007). Telephone Interpreting in Health Care Settings: Some Commonly Asked Questions. https://www.atanet.org/chronicle/feature\_article\_june2007.php (Stand: 16.12.2019).
- Kelly, Nataly (2008). A Medical Interpreter's Guide to Telephone Interpreting. https://www.imiaweb.org/uploads/pages/307\_2.pdf (Stand: 16.12.2019).
- Kletečka-Pulker, Maria (2016). Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich Reduktion des Haftungsrisikos durch Videodolmetschen. *GesundheitsRecht* (4), 206-213.
- Kletečka-Pulker, Maria & Parrag, Sabine (2015). Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht\_QVC.pdf (Stand: 13. 11.2019).

- Korak, Christina Anna (2012). Remote Interpreting via Skype a viable alternative to *in situ* interpreting? *The Interpreters' Newsletter* 17, 83-102.
- Kuckartz, Udo (42018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lanfranchi, Andrea (<sup>2</sup>2015). Migration und Integration Gestaltung von Übergängen. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 13-30.
- Lanfranchi, Andrea; Radice von Wogau, Janine & Eimmermacher, Hanna (<sup>2</sup>2015). Zugang zu Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystemen. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 104-120.
- MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hg.) (1997). Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien (Teil 1). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Teil 2). Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung.
- Marics, Alexandra (2008). "Miš fa:him walla e:?". Ein diskursanalytischer Beitrag zum Laiendolmetschen. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 93-130.
- Martin, Philip (2017). Managing Migration: Recruiters and low-skill Migrants. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivanek (Hg.), 65-81.
- Mauranen, Anna (2018). Conceptualising ELF. In: Jenkins; Baker & Dewey (Hg.), 7-24.
- Mayer, Horst Otto (62013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung.* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Moazedi, Maryam Laura (2008). Von Samurai und Samaritern: Status, Image und Persönlichkeit unterschiedlicher Dolmetschtypen. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 65-90.
- Meyer, Bernd (2009). Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 139-157.
- Mäntynen, Anna & Kinnunen, Tuija (2009). Towards a Collaboration Between Professionals. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 115-138.
- Nestler, Bruno (Hg.) (2010). *Mehr Sicherheit durch Mehrsprachigkeit*. Wien: Republik Österreich/Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport.
- Nicodemus, Brenda & Metzger, Melanie (Hg.) (2014). *Investigations in Healthcare Interpreting*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Obermayer, Cathérine (2008). Von Alphatieren und schwarzen Schafen. Typologisierungsversuche im Dolmetschbereich. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 31-63.

- OÖGKK Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2016). Asyl in (Ober)Österreich: Anspruch und Bedarf nach medizinischer Versorgung. https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.636008&version=1481614439 (Stand: 10.09.2019).
- Ozolins, Uldis (2000). Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: The International Spectrum of Response. In: Roberts, Roda; Carr, Silvana; Abraham, Diana & Dufour, Aideen (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins, 21-33.
- Ozolins, Uldis (2010). Factors that determine the provisions of Public Service Interpreting: comparative perspectives on government motivation and language service implementation. *The Journal of Specialised Translation* (14), 194-215.
- ÖGK Österreichische Gesundheitskasse (2020a). Wer bekommt eine e-card? https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.848529&portal=oegksportal (Stand: 31 .05.2020).
- ÖGK (2020b). Über die Österreichische Gesundheitskasse. https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.854548&viewmode=content (Stand: 15.01.2020).
- ÖGK (2020c). Tarif für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin. https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.704325&version=1561966222 (Stand 15.01.2020).
- Parmakerli, Batuhan (2009). Eine "Migrantenpraxis" in Mannheim: Vom Einzelfall zur Regelversorgung. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 159-169.
- Pöchhacker, Franz (1997). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. In: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hg.), 33-210.
- Pöchhacker, Franz (2000). Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (2014). Remote Possibilities: Trailing Simultaneous Video Interpreting for Austrian Hospitals. In: Nicodemus & Metzger (Hg.), 302-325.
- Pöchhacker, Franz (2016). Introducing Interpreting Studies. New York/London: Routledge.
- Pöllabauer, Sonja (2005). "I don't understand your English, Miss." Dolmetschen bei Asylanhörungen. Tübingen: Gunter Narr.
- Prunč, Erich (2008). Zur Konstruktion von Translationskulturen. In: Schippel, Larisa (Hg.) TRANSLATIONSKULTUR – ein innovatives und produktives Konzept. Berlin: Frank & Timme, 19-41.

- Radice von Wogau, Janine (2015). Systemische Theorie in interkultureller Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 45-64.
- Radice von Wogau, Janine; Eimmermacher, Hanna & Lanfranchi, Andrea (Hg.) (<sup>2</sup>2015). *The-rapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln.* Basel: Beltz Verlag.
- Rajič, Kristina (2008). "Die Familienaußenminister". Kinder als Sprach- und KulturmittlerInnen eine empirische Erhebung. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 131-170.
- Rebhandl, Erwin (2008). Die Rolle der Hausärztin/des Hausarztes im österreichischen Gesundheitssystem. Gegenwart und Zukunft. *LAUT GEDACHT*, 07.2008. https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/upatzent0807\_DrRebhandl.pdf (Stand 12.09.2019).
- Rittenberg-Cogan, Katherine (2015). Praxis für systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 123-136.
- Roberts, Roda (1997) Community Interpreting Today and Tomorrow. In: Carr, Silvana; Roberts Roda; Dufour, Aideen & Steyn, Dini (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers From the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1 4, 1995)*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 7-26.
- Ruhs, Martin (2017). Making linkages in migration research: "Migrants" and "mobile citizens" in the European Union. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivanek (Hg.), 37-46.
- Sandrini, Peter (2019). Translationspolitik für Regional- und Minderheitensprachen. Unter besonderer Berücksichtigung einer Strategie der Offenheit. Berlin: Frank & Timme.
- Seidlhofer, Barbara (2010). Englisch als Lingua Franca. In: Nestler (Hg.), 36-53.
- Sherman, Tamah (2018). ELF and the EU/wider Europe. In: Jenkins; Baker & Dewey (Hg.), 115-125.
- SN Salzburger Nachrichten (2019). ÖGK: Leistungsharmonisierung wird noch einige Jahre dauern. *Salzburger Nachrichten*, 06.09.2019. https://www.sn.at/politik/innenpolitik/oegk-leistungsharmonisierung-wird-noch-einige-jahre-dauern-75837037 (Stand: 15 .01.2020).
- Stanek, Małgorzata (2011). Dolmetschen bei der Polizei. Zur Problematik des Einsatzes unqualifizierter Dolmetscher. Berlin: Frank & Timme.
- Straub, Michael (2016). Brauchen Ärzte und Spitäler einen Dolmetscher? *Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ* 57 (03-04), 14-15.

- SVC Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (o.J.). e-card. https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.678576 (Stand: 10.09. 2019).
- Uluköylü, Sevgi (2008). "...manchmal streite ich auch." Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 173-220.
- UNIVERSITAS Austria (2017). Berufs- und Ehrenordnung. https://www.universitas.org/wp-content/uploads/Berufs- und Ehrenordung 2017 final-1.pdf (Stand: 12.01.2020).
- Valero-Garcés, Carmen (2008). Hospital interpreting practice in the classroom and the workplace. In: Valero-Garcés & Martin (Hg.), 165-185.
- Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (Hg.) (2008). Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Verrept, Hans (2008). Intercultural mediation. An answer to health care disparities? In: Valero-Garcés & Martin (Hg.), 187-201.
- Wadensjö, Cecilia (1992). *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, Cecilia (1998). *Interpreting as Interaction*. New York: Addison Wesley Longman Inc.
- Warga-Fallenböck, Muriel (2010). Sprachenpolitik im österreichischen Bildungswesen. In: Nestler (Hg.), 54-67.
- Wedam, Uta (2009). Sprachkultur Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 181-195.
- Whyatt, Bogusława (2017). We are all translators. Investigating the human ability to translate from a developmental perspective. In: Antonini; Cirillo; Rossato & Torresi (Hg.), 45-64.
- WONCA Europe (2011). The European definition of general practice/family medicine. https://woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%2020 11%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf (Stand: 12.09.2019).
- ZTW Zentrum für Translationswissenschaft (2019). Masterstudium Translation. https://transvienna.univie.ac.at/studium/masterstudium-translation/ (Stand 10.11.2019).

## Rechtsquellen

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), A/RES217, UN-Doc. 217/A-(III), 2 u. 4.
- Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz ASVG.), BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. Nr. 18/1956.
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013 idF I Nr. 26/2017.
- Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930 (WV) idF BGBl. I Nr. 194/1999 (DFB). Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), BGBl. Nr. 210/1958.
- Genfer Abkommen zum Schutze der Opfer des Krieges: Genfer Abkommen über die Behandlung der Kriegsgefangenen vom 12. August 1949, BGBl. Nr. 155/1953.
- Rahmenbeschluss 2002/584/JI des Rates vom 13. Juni 2002 über den Europäischen Haftbefehl und die Übergabeverfahren zwischen den Mitgliedstaaten, ABI L 2002/190, 6.
- Richtlinie 2010/64/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Oktober 2010 über das Recht auf Dolmetschleistungen und Übersetzungen in Strafverfahren, ABl L 2010/280, 5.
- Staatsgrundgesetz vom 21. December 1867, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder (StGG), RGBl. Nr. 142/1867.
- Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl L 2004/166.

## **Anhang**

# Anhang 1: Interviewleitfaden für ÄrztInnen

#### Allgemein/Einstiegsfragen:

- Wie lange sind Sie bereits als ÄrztIn für Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich tätig?
- HausärztInnen fungieren als "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2).
  - o Wie bewerten Sie diese Aussage?
  - Worin sehen Sie Ihre Aufgabe/Wie würden Sie Ihre Rolle definieren?
    - O Verspüren Sie einen größeren Druck/eine größere Verantwortung bei der Erfüllung Ihrer Rolle bei der Behandlung von PatientInnen, die keine oder unzureichende Deutschkenntnisse besitzen?
    - Wie bewerten Sie aus Ihrer persönlichen Sicht die Betreuung von PatientInnen mit Sprachproblemen?
- Wie stark ist der Arbeitsalltag in Ihrer Ordination durch Mehrsprachigkeit d.h., im Ihrem Fall dem Betreuen anderssprachiger PatientInnengruppen geprägt?
  - o Schätzen Sie Ihre Betreuung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen als regelmäßig ein oder erfolgt dies eher in Phasen?
  - o Gibt es Sprachen, die besonders häufig vorkommen?
- Wie bewerten Sie den Zugang von MigrantInnen, Asyl- und Schutzsuchenden sowie TouristInnen zum österreichischen Gesundheitssystem? (rechtliche/sprachliche Ebene)
- Welche Unterschiede gibt es aus Ihrer Sicht bei der Behandlung/Betreuung von deutschsprachigen sowie nicht-deutschsprachigen PatientInnen? (z.B. Konsultationszeit, Diagnostik etc.)
- Was wären Gründe für Sie, um die Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen abzubrechen bzw. abzulehnen?
  - o Ist es in Ihrer Ordination schon einmal vorgekommen?
- Werden (regelmäßig) Fortbildungen zum Umgang mit fremdsprachigen PatientInnengruppen angeboten?
  - o Haben Sie so eine Fortbildung besucht?
    - Wenn ja, welche Aspekte wurden darin behandelt? Was war der Schwerpunkt?
      - o Inwiefern war es für ihren Berufsalltag hilfreich? Wie konnten Sie das neu erworbene Wissen im Berufsalltag einsetzen?
    - Wenn nein, gibt es einen Grund dafür? (Angebot, Bedarf etc.)
  - Stellen Sie sich vor, sie könnten Themen/Schwerpunkte einer solchen Fortbildung selbst bestimmen. Welche Themen sollten im Rahmen dieser Fortbildung unbedingt behandelt werden?

#### **Umgang mit Mehrsprachigkeit/Dolmetschbedarf:**

- Welche Sprachen sprechen Sie/bieten Sie in Ihrer Ordination an?
  - o Gibt es mehrsprachige Unterlagen für PatientInnen in Ihrer Ordination?
    - o Wer stellt diese zur Verfügung? Werden diese selbst vorbereitet?
- Welche Aspekte sehen Sie als Hürden bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen an? (sprachlich/nonverbal/kulturell etc.)
- Wie kommunizieren Sie mit PatientInnen, die:
  - o keine/unzureichende Deutschkenntnisse besitzen? (Sprachen; Hände/Füße)
  - o bereits über partielle Deutschkenntnisse verfügen?
- Verwenden Sie bei den Behandlungen einen Sprachenmix?
  - Wie sieht dieser aus bzw. welche Sprachen werden verwendet? (z.B. Erklärung der Medikamenteneinnahme, Wundversorgung etc.)
- Welche Rolle nimmt Englisch im Ordinationsalltag ein?
  - o Inwieweit erachten Sie Englisch als ausreichend bei der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen?
- Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht den Bedarf am Einsatz von DolmetscherInnen in Ordinationen für Allgemeinmedizin?
  - O Gab es in Ihrem Arbeitsalltag Situationen, in denen Sie sich Unterstützung von DolmetscherInnen gewünscht hätten?
- Wenn DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, wer sind die AuftraggeberInnen bzw. wer sollten die AuftraggeberInnen sein? (ÄrztInnen/PatientInnen?)
  - o Wer sind die DolmetscherInnen? (welche Personengruppen?)
    - o Wen bevorzugen Sie?
    - o Mit welchen Vor-/Nachteilen, Risiken etc. geht es einher?
- Welche Erwartungen haben Sie an DolmetscherInnen? (Kompetenz, Qualifikation, Rolle etc.)
  - Wie sollen sich DolmetscherInnen verhalten, wenn die PatientInnen bereits über partielle Deutschkenntnisse verfügen?
- Wie oft haben Sie schon mit professionellen DolmetscherInnen zusammengearbeitet/professionelle DolmetscherInnen beauftragt?
- Wie bewerten Sie den Zugang zu professionellen DolmetscherInnen im niedergelassenen Bereich des Gesundheitssystems?
  - o Wissen Sie, wo man DolmetscherInnen findet/sich melden kann?
  - o Sind Sie mit Telefondolmetsch-/Videodolmetschdiensten vertraut?
  - O Was halten Sie von der Idee "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47), die direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Wäre das aus Ihrer Sicht machbar?

### Anhang 2: Interviewleitfaden für OrdinationsassistentInnen

#### Allgemein/Einstiegsfragen:

- Wie lange sind Sie bereits als OrdinationsassistentIn t\u00e4tig?
- Was sind Ihre Aufgaben als OrdinationsassistentIn? Wie würden Sie Ihre Rolle definieren?
  - O Verspüren Sie einen größeren Druck/eine größere Verantwortung bei der Erfüllung Ihrer Rolle bei der Betreuung von PatientInnen, die keine oder unzureichende Deutschkenntnisse besitzen?
  - Wie bewerten Sie aus Ihrer persönlichen Sicht die Betreuung von PatientInnen mit Sprachproblemen?
- Wie stark ist der Arbeitsalltag in Ihrer Ordination durch Mehrsprachigkeit, d.h. im Ihrem Fall dem Betreuen anderssprachiger PatientInnengruppen, geprägt?
  - o Schätzen Sie Ihre Betreuung von nicht-deutschsprachiger PatientInnen als regelmäßig ein oder erfolgt dies eher in Phasen?
  - O Gibt es Sprachen, die besonders häufig vorkommen?
- Wie bewerten Sie den Zugang von MigrantInnen, Asyl- und Schutzsuchenden sowie TouristInnen zum österreichischen Gesundheitssystem? (rechtliche/sprachliche Ebene)
- Welche Unterschiede gibt es aus Ihrer Sicht bei der Behandlung/Betreuung von deutschsprachigen sowie nicht-deutschsprachigen PatientInnen? (z.B. Konsultationszeit, Diagnostik etc.)
- Was wären Gründe für Sie, um die Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen abzubrechen bzw. abzulehnen?
  - o Ist es in Ihrer Ordination schon einmal vorgekommen?
- Informieren Sie die ÄrztInnen bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen vor der Konsultation über mögliche Sprachbarrieren?
- Werden (regelmäßig) Fortbildungen zum Umgang mit fremdsprachigen PatientInnengruppen angeboten?
  - o Haben Sie so eine Fortbildung besucht?
    - o Wenn ja, welche Aspekte wurden darin behandelt? Was war der Schwerpunkt?
      - o Inwiefern war es hilfreich für ihren Berufsalltag? Wie konnten Sie das neu erworbene Wissen im Berufsalltag einsetzen?
    - o Wenn nein, gibt es einen Grund dafür? (Angebot, Bedarf etc.)
  - Stellen Sie sich vor, sie könnten Themen/Schwerpunkte einer solchen Fortbildung selbst bestimmen. Welche Themen sollten im Rahmen dieser Fortbildung unbedingt behandelt werden?

#### Umgang mit Mehrsprachigkeit/Dolmetschbedarf:

- Welche Sprachen sprechen Sie/bieten Sie in Ihrer Ordination an?
  - o Gibt es mehrsprachige Unterlagen für PatientInnen in Ihrer Ordination?
    - o Wer stellt diese zur Verfügung? Werden diese selbst vorbereitet?
- Welche Aspekte sehen Sie als Hürden bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen? (sprachlich/nonverbal/kulturell etc.)
- Wie kommunizieren Sie mit PatientInnen, die:
  - o keine/unzureichende Deutschkenntnisse besitzen? (Sprachen; Hände/Füße)
  - o bereits über partielle Deutschkompetenzen verfügen?
- Verwenden Sie bei den Behandlungen einen Sprachenmix?
  - Wie sieht dieser aus bzw. welche Sprachen werden verwendet? (z.B. Erklärung der Medikamenteneinnahme, Wundversorgung etc.)
- Benötigen PatientInnen mit keinen oder unzureichenden Deutschkompetenzen eine zusätzliche Betreuung nach den Konsultationen? (nochmalige Erklärung der Medikamenteneinnahme usw.?)
  - o Übertragen ÄrztInnen hierbei Aufgaben an die Assistenz? (Erklärung zu welchen FachärztInnen man muss; wie man zum Krankenhaus kommt etc.)
- Welche Rolle nimmt Englisch im Ordinationsalltag ein?
  - o Inwieweit erachten Sie Englisch als ausreichend bei der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen?
- Gibt es aus Ihrer Sicht einen Bedarf am Einsatz von DolmetscherInnen in Ordinationen für Allgemeinmedizin?
  - o Gab es in Ihrem Arbeitsalltag Situationen, in denen Sie sich Unterstützung von DolmetscherInnen gewünscht hätten?
- Wenn DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, wer sind die AuftraggeberInnen bzw. wer sollten die AuftraggeberInnen sein? (ÄrztInnen/PatientInnen?)
  - o Wer sind die DolmetscherInnen? (welche Personengruppen?)
    - o Wen bevorzugen Sie?
    - o Mit welchen Vor-/Nachteilen, Risiken etc. geht es einher?
- Welche Erwartungen haben Sie an DolmetscherInnen? (Kompetenz, Qualifikation, Rolle etc.)
  - Wie sollen sich DolmetscherInnen verhalten, wenn die PatientInnen bereits über partielle Deutschkenntnisse verfügen?
- Wie oft haben Sie schon mit professionellen DolmetscherInnen zusammengearbeitet/professionelle DolmetscherInnen beauftragt?
- Wie bewerten Sie den Zugang zu professionellen DolmetscherInnen im niedergelassenen Bereich des Gesundheitssystems?

- o Wissen Sie, wo man DolmetscherInnen findet/sich melden kann?
- o Sind Sie mit Telefondolmetsch-/Videodolmetschdiensten vertraut?
- O Was halten Sie von der Idee "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47), die direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Wäre das aus Ihrer Sicht machbar?

# Anhang 3: Interviewtranskripte – ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (AW) und OrdinationsassistentInnen (OW) im 2. Bezirk in Wien

## Transkript AW1

Dauer der Aufnahme: 27:47

Interviewerin: I1

Befragte Person: AW1

- \_\_\_\_\_ besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Jetzt funktioniert es. So, dann freue ich mich, dass du mitmachst. Die allererste
- Frage, die ich dir stellen möchte, ist: Wie lange bist du schon als ÄrztIn für
- 3 Allgemeinmedizin tätig?
- 4 **AW1:** (5) Hm, etwa seit 2000.
- 5 II: Waren das andere Ordinationen oder auch eigene?
- 6 **AW1:** Verschiedenste.
- 7 **I1:** Verschiedenste. Und wie lange bist du in dieser Ordination tätig?
- 8 **AW1:** Seit 2018.
- 9 I1: Zu Beginn würde ich gerne mit einer Aussage anfangen, auf die ich während meiner
- 10 Literaturrecherche gestoßen bin, und zwar, wie würdest du es bewerten, dass Hausärzte als
- 11 "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2) fungieren. Wie siehst du das? (...)
- Bzw. wie siehst du deine Rolle/deine Aufgabe als HausärztIn?
- 13 **AW1:** Also reine Drehscheibe wäre mir zu wenig. ((lacht))
- 14 **I1:** Okay. Was kommt da alles dazu?
- 15 **AW1:** (..) Also es gibt eine Reihe von Indikationen, die ich nicht weitergeben muss, die
- ich einfach selbst machen kann.
- 17 II: Also ist dieser Aspekt quasi ein bisschen untergegangen in der Aussage, dass Hausärzte
- doch auch selbst viel erledigen müssen und nicht immer nur weiterschicken?
- 19 **AW1:** Also ohne Kompetenz wäre es langweilig.
- 20 I1: Das stimmt, ja. ((lacht)) Und wie siehst du deine eigene Rolle? Was sind deine
- 21 Aufgaben, die du jeden Tag für dich bewältigen musst?

- 22 **AW1:** (10) Also Befunde ganz einfach Befunde ansehen. Nachdenken und bei Dingen
- 23 recherchieren, die ich nicht weiß. Regelmäßig aktuelle Bücher anschaffen, Fachliteratur,
- 24 Kurse, Internetrecherche auch manchmal von Fachseiten, wo man aktuelle Infos findet, also
- 25 industrieunabhängige Infos. (5) Patientenaufklärung, Kommunikation, Erklären, ganz viel
- 26 Lifestyle, Motivieren für gesunden Lifestyle. (..) Motivieren und erklären, dass es
- 27 eigentlich extrem viel bringt. (...) Von den Therapien, die notwendig sind, möglichst die
- 28 nebenwirkungsarmen auswählen.
- 29 I1: Also das heißt quasi, dass man nicht nur Patienten betreut, sondern sehr viel Arbeit
- 30 im Hintergrund auch geleistet wird, wenn man jetzt gerade nicht mit den Patienten in
- 31 Kontakt ist. Es geht quasi über die Behandlung hinaus. Wie du sagst, man motiviert.
- 32 **AW1:** Ja genau, also erstens einmal ganz viel Ordi-Vorbereitung bevor man überhaupt
- 33 aufsperrt. Jeden Tag setzt man sich her, schaut was läuft und was die Befunde sagen.
- Vielleicht sind manche Dinge nachzuarbeiten, die in der Hektik nicht so genau angeschaut
- werden konnten. Also was war da am Vortag jetzt Genaues in diesen 10 Seiten Befund? Was
- war überhaupt da drin? (...) Weil wenn jemand mit 10 oder noch mehr Seiten Befund daher
- 37 kommt, ist es eigentlich nicht möglich, das im normalen Ordibetrieb komplett (...) zu
- 38 verstehen und anzuschauen.
- 39 I1: Ja und wie ist es dann zum Beispiel, wenn man Patienten hat, die keine
- 40 Deutschkenntnisse besitzen oder noch recht schwache Deutschkenntnisse? Ist es dann umso
- 41 schwieriger Patienten zu motivieren, aufzuklären und diese ganzen Aufgaben zu erfüllen?
- 42 **AW1:** Total. (...) Also viele Patienten, die da sind, die können eigentlich ziemlich gut
- Englisch und das ist für mich eine Herausforderung. Ich lerne mit den Patienten eigentlich.
- Dann gibt es natürlich auch andere Bevölkerungsgruppen, die (..) gerade erst angekommen
- sind. Es sind Migranten, die aber oft <u>erstaunlich schnell</u> Deutsch lernen, die in Deutsch-Kursen
- sind und es eigentlich extrem schnell können. Und dann gibt es auch Leute, die sicher auch
- immer Schwierigkeiten haben, komplexe Dinge zu verstehen. (..) Und ja, <u>schwierig</u>. Das eine
- 48 ist die Fremdsprache und die andere Hürde ist einfach das Bildungs- oder Verständnislevel
- bzw. überhaupt die Kompetenz für komplizierte Dinge.
- 50 II: Und wie ist es dann für dich vom Empfinden her? Ist es ein größerer Druck, wenn
- man jetzt solche Patienten betreut?
- 52 AW1: Nein, man muss es vereinfachen. Man muss es erkennen und einfach möglichst simpel
- halt dann rüber bringen.
- 54 I1: Okay. Und da du eben Englisch angesprochen hast, heißt das, du bietest neben Deutsch
- auch Englisch als Sprache in der Ordination an?
- 56 **AW1:** Ja.
- 57 II: Wie geht es dir damit? Also du meinst, viele können sehr gut Englisch. Hast du den
- 58 Eindruck es reicht gut aus, es funktioniert gut oder gibt es da doch Lücken?
- 59 AW1: Also ich habe Lücken in meinem Vokabular, wo ich immer wieder irgendetwas Neues dazu
- lerne und wo vielleicht auch ein "Medical Englisch"-Kurs total interessant wäre. Es wäre
- 61 sicher etwas Spannendes. (...) Und ja, Lücken. Immer wieder Lücken.
- 62 I1: Es ist quasi aus deiner Sicht manchmal doch recht schwierig, Patienten mit
- 63 Sprachproblemen zu betreuen?
- 64 **AW1:** Auf jeden Fall. Ja sicher.

- 65 I1: Und von einer Skala, sagen wir von 1-10, 10 ist extrem schwierig und 1 ist einfach, wo
- würdest du es allgemein jetzt einmal einordnen?
- 67 **AW1:** (...) Hängt extrem von den Patienten ab und hängt natürlich auch extrem davon ab, ob
- die jetzt nur Schnupfen oder irgendetwas wirklich Komplexes und Problematisches haben.
- 69 Da kann es schon auch ganz schlimm sein, weil sie sich nicht auskennen und dann
- 70 fürchten, weil sie ja nicht wissen, was wirklich läuft. (..) Von 1-8 würde ich die Skala
- 71 besetzen. ((lacht))
- 72 **I1:** Also quasi eine bunte Mischung?
- 73 **AW1:** Ja.
- 74 II: Und wenn du dir jetzt deinen eigenen Arbeitsalltag ansiehst: Wie bunt ist er? Ist er
- sprachlich sehr bunt, sodass du sagst, es sind jeden Tag Patienten aus verschiedenen
- 76 Sprach- und Kulturkreisen da?
- 77 **AW1:** Hier schon. Das macht die Lage der Ordination. Das macht die Gegend einfach. Die
- 78 ist sehr international.
- 79 **I1:** Es ist also schon zum Ordinationsalltag geworden? Also sehr regelmäßig?
- 80 **AW1:** Ich habe noch in keiner anderen Ordi so viele Migranten oder Sprachen und Flüchtlinge
- gesehen. Also wirklich noch nie so eine Vielfalt, so eine internationale, muss ich sagen.
- Finde ich aber witzig. Es ist gerade eigentlich nett.
- 83 II: Ist es dauerhaft oder hast du den Eindruck, dass es manchmal wirklich phasenweise ist?
- 84 AW1: Ja vielleicht sind an einem Tag 5 Leute aus Somalia da und dann keiner, aber es ist
- 85 extrem bunt hier.
- 86 I1: Gibt es Sprachen, die besonders häufig vorkommen, die Patienten sprechen?
- 87 **AW1:** Naja, nachdem ich es ausgeschrieben habe, wenden sie sich natürlich hierher wegen
- 88 Englisch und erwarten das. Ich glaube, dass ist auch relativ häufig. Aber ich meine (Seufzen), dass
- 89 romanische Sprachen scheinbar nicht so häufig sind. Ich weiß es nicht. Slawische Sprachen
- 90 sind sicher oft auch, glaube ich. Ganz viele Leute sind aus Russland oder Serbokroaten, aber
- 91 die sind alle schon lange da und können gut Deutsch.
- 92 I1: Das heißt, dass du auch den Eindruck hast, dass die Patienten sich im Internet
- 93 erkundigen und sich dann wirklich gezielt nach Sprache orientieren?
- 94 AW1: Sicher. Die schauen ganz sicher vorher, ja. Ganz bestimmt.
- 95 II: Okay und wo hast du es überall ausgeschrieben?
- 96 AW1: Es ist auf der Seite der Ärztekammer. Es ist auch auf der DocFinder Seite und
- 97 möglicherweise auch auf der Google Seite. Kann sein.
- 98 I1: Sprechen das die Patienten dann auch direkt an?
- 99 AW1: Ja. Die kommen herein und wollen Englisch sprechen. Also ich sage: "Grüß Gott" und
- 100 fragen sie schon, ob sie Englisch reden können und dann ist es so.
- 101 II: Ok ((lach)) und dann ist es schon so weit. Und generell, wenn du jetzt diesen ganzen

- 102 Zugang, sei es rechtlich, auch ansiehst, ist der Zugang gut geregelt für verschiedene
- 103 Patientengruppen in Österreich?
- 104 AW1: Zugang zum Gesundheitssystem?
- 105 **I1:** Genau. Vom Ausland oder jetzt Inland.
- 106 **AW1:** Finde ich gut. Finde ich super, dass auch Flüchtlinge, Leute, die in Not sind,
- 107 Leute, die sogar obdachlos sind, eine e-card haben und da herkommen können. Ja, das finde
- 108 ich wirklich gut.
- 109 I1: Und auf sprachlicher Ebene? Wie ist es da? Meinst du, dass es da jetzt vom Angebot her
- viel gibt im Gesundheitsmarkt oder herrscht da noch Potential?
- 111 AW1: (...) Ich denke, dass so an Sprachkursen sicher noch Interesse ist. Man könnte
- 112 (Ordinationsassistenz begrüßt uns) die Farbpallette an Sprachen noch durchaus erweitern. Ja.
- 113 II: Wenn du jetzt die Betreuung von österreichischen Patientinnen und Patienten, die
- 114 Sprachprobleme haben also Deutschprobleme haben vergleichst, gibt es da Unterschiede?
- 115 AW1: Ja, zum Beispiel was mir jetzt einfällt: Skabies. Da müsste man eigentlich genau
- erklären, worauf man bei der Hygiene aufpassen muss oder wie man die Medikamente anwendet.
- 117 Da habe ich einmal recherchiert und Unterlagen auf Persisch, Arabisch gefunden. Für Afghanen
- 118 habe ich zum Beispiel nichts gefunden. Davon hätten wir in Österreich aber viele Leute.
- 119 II: Das bezieht sich auf die Unterlagen, die man dann in der Ordination austeilt?
- 120 AW1: Ja, weil es bekommt eigentlich jeder so ein Infoblatt, aber für die Leute ist es dann
- 121 ganz schwierig.
- 122 **I1:** Dass man Zugang zu diesen Informationen bekommt?
- 123 AW1: Dass man ihnen irgendetwas geben kann, weil sie können zwar Deutsch, aber so diffizile
- 124 Sachen verstehen sie dann oft auch nicht.
- 125 II: Das ist also eine Schwierigkeit in der Betreuung im Gegensatz zu deutschsprechenden
- 126 Patienten? Hat man einfach Schwierigkeiten beim Erklären?
- 127 **AW1:** Ja, dass man bei solchen komplexen Dingen mehr mehrsprachige Infoblätter braucht.
- 128 (Ordinationsassistenz unterbricht kurz das Interview)
- 129 II: Siehst du Unterschiede zum Beispiel bei der Konsultationszeit oder bei der Diagnostik,
- 130 wenn man verschiedene Patienten betreut? Dauert es länger, wenn jemand Sprachprobleme hat?
- 131 Ist es schwieriger eine präzise Diagnose zu stellen? Wie schaut es da aus?
- 132 **AW1:** (...) Vermutlich dauert es schon länger, wenn Sprachbarrieren da sind. Ja.
- 133 II: Aber jetzt nicht so, dass es für dich extrem <u>auffällig</u> wäre?
- 134 AW1: (4) Eigentlich nicht.
- 135 II: Eigentlich nicht, okay. Ist es schon einmal dazu gekommen bzw. was wäre für dich ein
- Grund, um die Behandlung von einem nicht-deutschsprachigen Patienten abzulehnen? Gibt es
- 137 so etwas? Ist es schon einmal vorgekommen?

- 138 **AW1:** Es ist noch nicht vorgekommen. Wenn ich das Gefühl habe, es gibt irgendwie keine
- 139 Kommunikationsebene, muss ich überweisen, weil ohne Mitteilung und Kommunikation geht
- 140 ja gar nichts.
- 141 II: Okay. Weil du es schon angesprochen hast mit dem "Medical English", gibt es da
- 142 Fortbildungen?
- 143 **AW1:** Möglicherweise. Ich habe es aber nicht recherchiert.
- 144 I1: Okay. Hast du da schon einmal etwas in die Richtung besucht?
- 145 AW1: Nein, habe ich eigentlich nicht. Manchmal mache ich das Leo-Wörterbuch auf und schau
- 146 einmal nach.
- 147 II: ((lacht)) Und wenn du jetzt quasi selbst eine Fortbildung dir zusammenstückeln
- könntest, wie würde sie aussehen? Welche Aspekte würdest du gerne darin haben?
- 149 **AW1:** Naja, vielleicht einmal (6) das Thema Hygiene und Infektionen. Das ist total wichtig –
- 150 siehe das Problem Skabies. Es häuft sich extrem. Und dann (...) was ist noch wichtig? Eine
- 151 Körperlandkarte quasi, um alle Körperzonen wirklich korrekt benennen zu können, alle
- 152 Symptome benennen zu können, die wichtigsten Diagnosenamen zu kennen etc. (9)
- 153 II: Und zum Beispiel Sprachkurse oder andere Kurse in Bezug auf verschiedene Kulturkreise?
- 154 Meinst du, dass es da auch gut wäre, zum Beispiel diese Körperlandkarte zu haben, sodass
- 155 man lernt: Wie geht man am besten damit um? Wie erklärt man es anderen
- 156 PatientInnengruppen? Oder war es jetzt wirklich nur aus rein medizinischer Sicht, dass man
- 157 diese Aspekte immer wieder beleuchten muss und man sie immer wieder auffrischen muss?
- 158 AW1: Ich meine, man braucht den Wortschatz, der mir teilweise fehlt.
- 159 **I1:** Im Englischen jetzt quasi?
- 160 AW1: Mhm. Es ist der Wortschatz. Es gilt für jede Sprache, nur bei den anderen Sprachen,
- bringe ich so etwas leider auch nicht mit. Es gilt aber für jede eigentlich, ja.
- 162 II: Also ist es quasi für dich für das Englische, weil du es anwendest, dass diese Aspekte
- in Fortbildungen sind?
- 164 AW1: Ja, ja.
- 165 I1: Ok. Das heißt, du bietest eben das Englische und das Deutsche an. Das haben wir
- 166 jetzt schon gemacht. Und die Unterlagen? Hast du sie selbst zusammengestellt, hast du
- 167 recherchiert oder ist es von der Ärztekammer? Woher kommen die mehrsprachigen Unterlagen
- 168 immer?
- 169 AW1: Also ich google manchmal. Ich recherchiere einfach einmal. Dann suche ich
- 170 irgendwelche seriösen Quellen und man findet dann vielleicht auch von irgendeiner
- 171 deutschen Gesundheitsseite oder von einer österreichischen Gesundheitsseite halt
- 172 irgendeine korrekte Information, die man mehrsprachig ausdrucken kann und dann eben
- 173 weitergeben kann.
- 174 II: Und wenn du jetzt eben die Kommunikation anschaust mit nicht-deutschsprachigen
- 175 PatientInnengruppen: Was sind da die größten Hürden, die dir spontan einfallen?
- 176 **AW1**: Dass man manchmal einfach die Vokabel nicht weiß.

- 177 **I1:** Mhm. Der Patient oder du?
- 178 **AW1:** Beide. ((lacht))
- 179 II: Beide. ((lacht)) Wenn man die Vokabel nicht weiß und es auf sprachlicher Ebene nicht
- 180 funktioniert, wie schaut es dann aus?
- 181 AW1: Also entweder man kann es irgendwie umschreiben, man hilft sich mit Umschreibungen
- oder Körper, (..) Hand und Fuß, oder macht sucht im Leo-Wörterbuch.
- 183 II: Also arbeitet man mit diesem Leo-Wörterbuch während der Konsultation?
- 184 AW1: Ja, ohne Weiteres. Ich meine, es kostet zwar Zeit, aber es ist eine machbare
- 185 Möglichkeit. Und das machen vor allem auch die Patienten. Die haben, weiß nicht was am
- Handy, aber auch oft Übersetzungsapps oder sie rufen Angehörige an, die dann übersetzen.
- 187 Sie sind am Handy zu erreichen und erklären es dann irgendwie. Sie geben einem
- 188 das Handy in die Hand und sagen: "Ja, der weiß das".
- 189 II: Ok. Also ist es quasi Telefondolmetschen. Hast du es auch schon einmal in Erwägung
- 190 gezogen, aber halt mit professionellen Dolmetschern und Dolmetscherinnen? Kennst du das,
- 191 dass es so Dienstleistungen gibt?
- 192 **AW1:** Kenne ich bis jetzt nicht, nein.
- 193 II: Also wird es quasi auch nicht intern kommuniziert von der Ärztekammer?
- 194 **AW1:** Nein, bis jetzt nicht.
- 195 II: Also es gibt auch zum Beispiel Videodolmetschen, wo quasi per Video, sei es
- 196 früher per Skype oder jetzt auch mit einer eigenen Software, Dolmetscher zugeschaltet
- 197 werden für die jeweilige Sprache. Das heißt, man hat nicht mehr diesen Zeitfaktor,
- 198 dass jemand extra kommen muss und kann dann quasi auch so dolmetschen. Also ist es
- 199 irgendwie etwas, das du dir auch gut vorstellen könntest im Ordialltag oder ist da nicht
- 200 so die Notwendigkeit dafür?
- 201 AW1: (...) Also ich glaube, dass man es vor allem in Spitälern unbedingt braucht, weil die
- 202 Leute dann wirklich ausgeliefert sind und gravierendere, schlimmere Dinge haben. Im
- 203 Ordialltag wäre es oft sehr, sehr angenehm. (...) Wenn die Leute irgendetwas schweres
- 204 haben, eingeliefert werden müssen oder irgendetwas was ihnen Angst macht, dann wäre
- 205 das echt fein. Es könnte die Leute extrem beruhigen, wenn sie irgendeine sachliche Info
- bekommen und sich nicht ausmalen, was das jetzt alles ist.
- 207 II: Also ist es auch ein schwieriger Faktor, dass man quasi durch die Sprachprobleme
- 208 oftmals solche Befürchtungen dann nicht wirklich wieder auflösen kann, sondern dass
- 209 sie sich dann weiterhin Sorgen machen?
- 210 **AW1:** Ja genau.
- 211 II: Ok und wie ist es dann, wenn jemand zum Beispiel doch schon ein bisschen Deutsch kann?
- 212 Ist es dann ein sprachlicher Mix?
- 213 AW1: Ja, ja. Das kann durchaus ein Kauderwelsch sein, ja.
- 214 I1: Und funktioniert das gut, oder ist es für dich ein wenig chaotisch?

- 215 AW1: Kein Problem. Nein, finde ich lustig. ((lacht))
- 216 II: Und wie erklärst du zum Beispiel die Medikamenteneinnahme oder Wundversorgung?
- 217 Richtest du dich da nach den Patienten? Machst du es auf Englisch und Deutsch? Wie gehst
- 218 du damit um, wenn jemand schon ein bisschen Deutsch kann?
- 219 **AW1:** Es ist ein Sprachmix.
- 220 II: Also bleibt es auch bei diesem Mix?
- 221 **AW1:** Mhm.
- 222 II: Okay, bei Englisch sind wir schon durchgegangen, dass es sehr wichtig ist, und wie
- 223 würdest du jetzt den Bedarf einschätzen an Dolmetschern bei dir in der Ordi?
- 224 AW1: (10) Ich sehe hier eigentlich extrem viele junge Leute oder jüngere Leute, die es
- 225 nicht so brauchen, denke ich. Bei den älteren oder eben Flüchtlingen, die haben absolute
- 226 Sprachprobleme, ja. Also die bräuchten wirklich viel Dolmetsch. Die nehmen zwar manchmal
- 227 ihre Kinder mit oder irgendwelche Familie, wenn es irgendwie möglich ist, aber die haben
- 228 echt absolute Sprachprobleme.
- 229 I1: Das heißt, wenn jemand dolmetscht, dann eben Familienmitglieder, Kinder?
- 230 AW1: Dann werden die jüngeren Familienmitglieder herangezogen, weil sie es eindeutig
- 231 schnell lernen.
- 232 II: Und wie bewertest du es? Funktioniert es gut oder bist du nicht so zufrieden, wenn
- 233 Familienmitglieder das übernehmen?
- 234 AW1: Ich kann es ja nicht wirklich überprüfen, wie gut die Übersetzung ist. ((lacht)) Ich
- 235 kann nur hoffen, dass es geht und dass es stimmt.
- 236 I1: Hast du da den Eindruck bei der Kommunikation, dass da schon irgendwie etwas gut
- 237 übermittelt wird oder hast du manchmal den Eindruck, dass wenn die Patienten den Raum
- 238 verlassen, es nicht so zu 100% geklappt hat?
- 239 AW1: Also es kann passieren, aber im Großteil finde ich es jetzt eigentlich nicht so
- 240 schlecht.
- 241 I1: Gibt es manchmal so Situationen, wo du dir wünschen würdest, dass du jetzt einen
- 242 Dolmetscher an der Seite hättest? Von dir aus?
- 243 **AW1:** (5) Also manchmal wäre es sicher angenehm. Manchmal wäre es schon sehr angenehm,
- 244 wobei das jetzt sicher hier in dieser Ordi nicht notwendig wäre, dass jeden Tag wer rund
- 245 um die Uhr oder so da wäre. Manchmal wäre es durchaus angenehm.
- 246 II: Gibt es so ganz spezifische Situationen, wo du sagts: "Ich würde in dieser Situation
- 247 einen Dolmetscher brauchen?"
- 248 AW1: Ja, wenn es ein Notfall ist, etwas Komplexes ist, irgendetwas Schwieriges eben etwas
- 249 wo die Leute Angst bekommen. Da wäre es echt super, wenn die Leute eine gute Übersetzung
- 250 hätten. Bei Schnupfen ist jeder cool, aber wenn es irgendetwas anderes ist, dann wäre es
- 251 schon gut.
- 252 II: Wenn jetzt eben Dolmetscher zum Einsatz kommen, wer sollte deiner Meinung nach der

- 253 Auftraggeber sein? Du als ÄrztIn oder sollten sich die Patienten selbst darum kümmern?
- 254 **AW1:** Also von den Patienten ist es eigentlich oft nicht zu erwarten. Wie sollen sie das
- 255 machen? Also wo sollen sie es hernehmen? Das Geld haben sie oft auch gar nicht. Wo sollen sie
- anrufen? Also ich glaube, die wären ratlos. Also das müsste eher von der Versorgungsseite
- 257 kommen.
- 258 II: Da hat es zum Beispiel auch in der Literatur, was ich gefunden habe, die Idee
- 259 gegeben die ist bereits vor 20 Jahren kurz vorgeschlagen worden mit "Dolmetscher auf
- 260 Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47). Meinst du, das wäre überhaupt möglich?
- 261 Ist das eine gute Idee? Wie ist deine Meinung dazu?
- 262 AW1: (8) Die Frage ist, wie das Konzept dann konkret sein könnte. (...) Für manche
- 263 Leute wäre es wahrscheinlich gut, weil sie gewisse Sachen allein einfach nicht bewältigen
- 264 und vielleicht auch niemand anderes mitnehmen können. Ja für die wäre es schon gut,
- 265 wenn sie quasi per Video oder Handy oder so jemanden hätten, der ihnen helfen
- 266 kann.
- 267 I1: Also, dass man es quasi mit dem koppelt, was es schon gibt?
- 268 AW1: Ja, ja schon.
- 269 I1: Und von der finanziellen Seite? Glaubst du, wäre es machbar von den Krankenkassen?
- 270 AW1: ((lacht)) Ich glaube, das käme sehr darauf an, wie man das macht. Ich denke aber
- 271 einmal, wenn jemand zum Beispiel zentral dann per Handy angesprochen werden könnte und
- 272 man dann quasi so eine Telefonkonferenz macht, dass es schon bezahlbar wäre, weil die Person
- ja nicht von Ordi zu Ordi rennen muss.
- 274 I1: Und wen bevorzugst du eigentlich als Dolmetscher? Jemanden der eine Ausbildung
- 275 hat oder sei es jetzt eben auch die Familie, Freunde also einfach die Person, die gerade da
- 276 ist?
- 277 **AW1:** Da gibt es eigentlich keine Bevorzugung. Nein.
- 278 I1: Und so Vor- und Nachteile? Sei es jetzt ob ein Profi dolmetscht oder die Familie, was
- 279 sind da die Vor- und Nachteile, die für dich sichtbar sind?
- 280 AW1: (..) Die Familie kennt natürlich die ganze Situation meistens näher und kann
- 281 mithelfen bei der Beschreibung. Sie steht auch längerfristig für Übersetzung und
- 282 Wiederholung zur Verfügung. Ein Dolmetsch kann komplizierte Sachen wahrscheinlich
- 283 besser vermitteln, die die Familie vielleicht gar nicht versteht.
- 284 II: Das ist ein interessanter Punkt. Wenn du jetzt eben mit Dolmetschern zusammenarbeitest,
- 285 jetzt egal wer das übernimmt, was für Erwartungen hast du an diese Person?
- AW1: (4) Also breite Fachsprache, gute soziale Kompetenz, gute Empathie. Manche Dinge
- 287 sind ja auch peinlich oder manchmal sind die Leute auch ein bisschen verwirrt, sie schämen
- 288 sich für irgendetwas oder wissen gar nicht, worum es geht. Also ich glaube gute Empathie,
- 289 ja.
- 290 I1: (...) Wenn man jetzt zum Beispiel einen Patienten hat, der doch schon ein bisschen
- 291 Deutsch kann, aber trotzdem einen Dolmetscher mitnimmt, soll der Dolmetscher den Patienten
- 292 einfach einmal sprechen lassen oder ist es für dich einfach gemütlicher, wenn von Haus aus
- 293 automatisch gedolmetscht wird?

- 294 **AW1:** (...) Kommt drauf an, wie weit ich jetzt überhaupt... Also ich würde Patienten ohne
- Weiteres reden lassen und dann halt sofort nachfragen, wenn ich merke, dass ich mich nicht
- auskenne.
- 297 I1: Wie bewertest du generell den Zugang zu Dolmetschern am Markt, weil du vorher eben
- 298 schon erwähnt hast, woher Patienten wissen sollen, wo sie quasi auf Dolmetscher zurückgreifen
- 299 können? Wüsstest es du?
- 300 **AW1:** Nein, keine Ahnung.
- 301 II: Keine Ahnung, okay. Würdest du dir da wünschen, dass quasi auch Informationen direkt an
- 302 die Ärzte geschickt werden oder meinst du, wenn der Bedarf besteht, dann kann man selbst
- 303 recherchieren?
- 304 **AW1:** Nein, es wäre durchaus gut. Man kommt ja gar nicht auf die Idee, es zu recherchieren.
- 305 Es wäre sicher gut, es zu schicken und auf der Ärztekammer-Seite, die eine riesige Homepage
- 306 hat, zu veröffentlichen. Man könnte ja einfach auch zu diesem Thema eine Präsenz aufbauen.
- 307 II: Wieso glaubst du, kommt man gar nicht wirklich auf die Idee, selbst zu suchen?
- 308 AW1: Also ich glaube, dass Ärzte oft ziemlich gestresst sind und (...) außerdem ist es
- 309 immer gut, neue Dinge und Innovationen irgendwie einmal zu bewerben und nicht zu warten,
- 310 bis es jemand per Zufall findet oder sucht.
- 311 II: Okay, alles klar. Das wären die Fragen von meiner Seite. Möchtest du noch irgendetwas zu
- 312 dem Thema sagen? Dolmetschbedarf? Mehrsprachigkeit? Irgendetwas, was dir am Herzen liegt
- 313 bei diesem Thema?
- 314 **AW1:** Nein, ich finde das war jetzt sehr umfassend.
- 315 **II:** Ok, dann freue ich mich, dass du mitgemacht hast.
- 316 **AW1:** Ja, danke.
- 317 **I1:** Super, danke.

#### **Transkript AW2**

Dauer der Aufnahme: 25:13

Interviewerin: I1

Befragte Person: AW2

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Nochmal danke, dass Sie mitmachen. Es freut mich wirklich sehr.
- 2 **AW2:** Bitte sehr.
- 3 I1: Die erste Frage, die ich stellen möchte, ist: Wie lange sind Sie schon als ÄrztIn für
- 4 Allgemeinmedizin tätig?
- 5 **AW2:** Die Ordination mit Kassen habe ich vor 5 Jahren übernommen. Vorher war ich
- 6 DauervertreterIn. Ewig lange. Hier in dieser Ordination neun Jahre vorher und vorher auch
- 7 noch 3-4 Jahre Vertreter in Wien und Niederösterreich.
- 8 **I1:** Das heißt, Sie haben sehr viel gesehen?
- 9 **AW2:** Ich habe <u>einige</u> Ordinationen gesehen.
- 10 II: Okay. In der Fachliteratur bin ich auf folgende Aussage gestoßen, und zwar, dass Hausärzte als
- "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2) fungieren. Wie sehen Sie das persönlich?
- 12 AW2: Sollten.
- 13 **I1:** Sollten?
- 14 AW2: Sollten. Ja sie sind es auch. Es kommen Männchen, Weibchen, Kind, Oma, Opa zuerst zum
- Hausarzt mit allen möglichen Anliegen, Beschwerden und Wehwehchen. Ja, die kommen da her.
- 16 II: Und wie würden Sie selbst Ihre Rolle definieren oder Ihre Aufgaben im Arbeitsalltag?
- 17 **AW2:** Naja, (...) Kummernummer für alles, sowohl für Gesundheitliches als auch für "die haben
- mir das Gas abgedreht". Das ist auch hier Thema. Ja was soll ich machen? Vielleicht
- 19 rufen wir mal das E-Werk an und so. Vielleicht ist eine Rechnung nicht bezahlt. Sie kommen
- 20 mit allem. Kann passieren. Nicht alle, aber es kann sein. Der Doktor wird es schon richten
- 21 sozusagen.
- 22 II: Haben Sie den Eindruck, dass es schwieriger ist und Sie einen größeren Druck haben,
- 23 Patienten zu betreuen, die keine Deutschkenntnisse haben oder nur unzureichende
- 24 Deutschkenntnisse?
- 25 AW2: Sprachbarriere ist ein großes Thema. Also mit Englisch komme ich durch, Französisch mit

- Hand und Fuß. Bei Italienisch müssen wir halt die Speisekarte miteinander durchmachen. Da
- komme ich auch mit, aber wir sind hier sozusagen polyglott. Mein Serbisch, mein Kroatisch,
- mein Ukrainisch oder mein Arabisch sind enden wollend. Also da habe ich es sehr, sehr gerne,
- 29 wenn irgendjemand mitkommt, der sich mit mir verständigen kann für die Kundschaft.
- 30 **I1:** Gibt es da eine bestimmte Präferenz, wer das sein sollte?
- 31 **AW2:** (...) Wenn es geht, dann eine Vertrauensperson aus der Familie am liebsten
- 32 natürlich. Das ist auch meistens so. Es kommt die Großfamilie herein, keiner spricht
- 33 Deutsch. Oma/Opa haben das kleine Kind am Arm und meistens ist es der älteste Sohn,
- der sich dann mit mir auf Deutsch unterhalten kann, also: "Das Baby braucht das, Oma
- braucht das, Opa will das usw." Und so kommen wir dann durch.
- 36 II: Und funktioniert das meistens relativ gut oder haben Sie da den Eindruck, dass es
- 37 doch noch Lücken gibt?
- 38 AW2: Das geht. Ich sage dem Sohn aber: "Bitte alles was ich jetzt sage, alles was ich
- 39 aufschreibe und wenn ich etwas anordne, wie weitere Untersuchungen oder
- 40 Fachärzte, musst du dann erklären, was das für ein Zettel ist. Das ist die Überweisung
- 21 zum Internisten und das ist die Überweisung ins Röntgen." Dann wird gefragt: "Wo ist
- 42 Röntgen? Wo ist Doktor?" Also werden Visitenkarten vom Internisten mitgegeben. Hilfe,
- 43 <u>Hilfe, Hilfe wo es geht.</u>
- 44 I1: Das heißt, man gibt dann viele Unterlagen mit und erklärt viel?
- 45 **AW2:** Ja. Es ist viel Zettelwerk.
- 46 II: Okay und ist es von der Betreuungszeit im Vergleich zu deutschsprachigen Patienten
- 47 länger?
- 48 **AW2:** Zeitintensiver natürlich, ja. Absolut.
- 49 I1: Das heißt, Sie würden es schon so unterstreichen, dass Mehrsprachigkeit mittlerweile
- der Ordinationsalltag geworden ist bei Ihnen?
- AW2: Ja. Wie gesagt, Wien 2. ist anders. Wien ist anders und Wien 2. ist anders. Wir haben
- 52 unseren türkischen Doktor. Wir haben unseren ägyptischen Doktor. Wir haben unseren
- kroatischen Doktor. Die haben ihre Klientel. Interessant wird es, wenn der türkische
- Doktor auf <u>Urlaub</u> ist. Die Patienten müssen ja wo anders hingehen. Dann spüren wir es <u>mehr</u>,
- 55 (..) aber sonst auch genügend.
- 56 I1: Und quasi, wenn jetzt ein Doktor auf Urlaub ist, merkt man da vermehrt, dass eben
- 57 andere Sprachen präsent sind?
- 58 AW2: Naja, die Urlaubsregelung ist zum Glück so, dass man immer einen Zwilling haben
- 59 <u>sollte</u>, mit dem man immer die Urlaube abspricht und es immer die gleichen Pärchen sind.
- Also die kennen sich dann schon untereinander. Das <u>wäre</u> der Idealfall. Natürlich jeder
- andere Doktor aus der gleichen Fachrichtung ist verpflichtet, Vertretungspatienten zu
- 62 nehmen und zu behandeln genauso wie die eigenen. Wenn dann halt die Wünsche sind: "Ich
- hätte auch gerne einen Kurantrag", sage ich: "Nächste Woche ist dein Doktor wieder da.
- Mache deinen Kurantrag mit deinem Doktor und nicht hier. Ich habe 50 Leute im Wartezimmer
- 65 sitzen." Wir tun Leben retten. Ich bin der Vertreter. Die akuten Sachen gehören mir, aber
- die Dauerbetreuung kann ich dem Doktor oder der Frau Doktor auch nicht wegnehmen. Das will
- ich nicht und darf ich auch nicht.

- 68 I1: Gibt es dann im Regulären bestimmte Sprachgruppen, die sehr häufig vorkommen bei
- 69 Ihnen?
- 70 **AW2:** Es ist eigentlich bunt gemischt. Alles östlich von <u>Budapest</u> kommt oft. Ja natürlich.
- 71 Lustigerweise, aber das habe ich meinem Vorgänger zu verdanken, gibt es hier viel Spanisch
- und bis gestern sind auch ein paar Italiener gekommen. Ob ich die jetzt wiedersehen werde,
- 73 weiß ich nicht so genau, aber da haben wir ein paar (..) Kunden mit italienischen Wurzeln
- auch gehabt.
- 75 I1: Okay und ist es sehr regelmäßig oder haben Sie den Eindruck, es sind immer wieder so
- 76 Phasen?
- 77 **AW2:** Nein es ist eigentlich <u>täglich</u>. Täglich passiert das.
- 78 I1: Täglich. Und generell, wenn Sie sich den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem
- anschauen, sei es für Touristen, Migranten, Asylweber, haben Sie den Eindruck, dass es auf
- 80 rechtlicher Ebene gut geregelt ist?
- 81 AW2: Das ist gut geregelt. Es ist niederschwellig. Jeder kann kommen. Jeder bekommt eine
- 82 Behandlung. Asylanten haben sogar ein eigenes Prozedere. EU-Bürger haben ein eigenes
- Prozedere. Ja es sind halt 5 Seiten in Kopie. Die Administration ist gigantisch für
- Patienten aus Deutschland, Touristen, Gäste. Die Universität ist ein Nachbar. Da kommen
- 85 schon ein paar Studenten aus Deutschland bzw. allen EU-Ländern herüber. Die verstehe ich
- 36 ja. Da ist die Sprachbarriere gar nicht einmal so das <u>Problem</u> mit den deutschen
- Patientinnen und Patienten, aber die Administration im Vorzimmer frisst einmal. Da
- brauchen wir eine e-card, einen Ausweis, dann kopiert man 5 Seiten und das ganze Prozedere beginnt.
- 89 Die 5 Seiten müssen wir einscannen und an die Kasse schicken, dann bekommen wir das
- 90 "Okay" von der Kassa, dass sie es bekommen haben und es bearbeitet wird. Also da hängt
- 91 schon viel dran.
- 92 I1: Und Sie haben schon erwähnt, dass die Konsultationszeit und das Ganze ein wenig
- 293 zeitaufwändiger ist. Gibt es da bei anderen Aspekten auch Schwierigkeiten, zum Beispiel
- 94 bei der Diagnostik oder in anderen Bereichen, wenn man nicht-deutschsprachige Patienten
- 95 betreut?
- 96 **AW2:** Nein, also medizinisch darf es keine Unterschiede geben. Ich habe auch ein bisschen
- 97 umlernen müssen. Also zum Beispiel, wenn Moslems kommen, da ist die Hand geben ein No-Go.
- 98 Bei uns ist das höflich. Beim ersten Mal sagt man: "Grüß Gott" und hält die Hand hin. Nein,
- 99 da ist es anders. Beim nächsten Mal weiß man es dann. Also (..) da bin ich flexibel.
- 100 II: Und gibt es Gründe oder ist es bei Ihnen schon einmal passiert, dass Sie eine
- 101 Behandlung ablehnen oder abbrechen mussten, weil so massive Sprachbarrieren vorhanden
- 102 waren?
- 103 **AW2:** Ein einziges Mal. Ich habe sie wirklich <u>hinten und vorne</u> nicht verstanden. Sie hat
- 104 aber lustigerweise, meines Erachtens nach, Portugiesisch gesprochen und hat losgeredet wie
- ein <u>Wasserfall</u>. "Blutabnahme" habe ich gerade noch so herausgefunden, aber was genau nicht.
- 106 Ich habe gesagt: "Kommen Sie bitte morgen mit jemanden, der es mir dann ausdeutschen kann,
- 107 was denn der Wunsch ist." Wenn ich es nicht verstehe, kann ich nicht richtig reagieren.
- 108 Sie ist am nächsten Tag mit einem Dolmetsch gekommen und dann war die Sache wieder
- 109 erledigt.
- 110 II: Alles klar. Weil Sie eben schon angesprochen haben, dass man dann selbst umdenken muss
- 111 und neue Kulturkreise kennenlernt: Gibt es da auch Fortbildungen zum Umgang mit
- 112 fremdsprachigen PatientInnengruppen und verschiedenen Kulturkreisen?

- 113 AW2: Homöopathisch, sage ich einmal. Homöopathisch, ja.
- 114 **I1:** Also haben Sie in diese Richtung noch nichts besucht?
- 115 **AW2:** Bewusst, dezidiert eigentlich noch nicht. Nein.
- 116 I1: Und gibt es einen bestimmten Grund dafür? Gibt es kein Angebot?
- 117 AW2: Angebot wird es schon geben, aber wie gesagt, wir sind zur Fortbildung ja verpflichtet
- und angehalten. (..) Das Angebot? Ja, da redet man eher über den Zucker, das Cholesterin, über
- den hohen Blutdruck, über den schwierigen Patienten ab und zu einmal. Da kommt halt ein
- 120 Mal die Sprachbarriere vor. Dann kommen halt die guten Ratschläge: "Na dann schaut, dass
- 121 ein Dolmetsch da ist oder zumindest eine Medikamentenliste geschrieben ist." Ansonsten verwendet
- 122 man halt Hand und Fuß, dass man zumindest nicht ganz das Falsche macht. (kurzes Telefonat
- 123 unterbricht das Interview)
- 124 I1: Und wenn Sie sich jetzt selbst so eine Fortbildung zusammenbasteln könnten, gibt es da
- so Aspekte, die Sie selbst gerne näher kennenlernen würden?
- 126 AW2: Ja da täten wir schon etwas finden. (...) Ja so Basics mit anderen Kulturen und deren
- 127 Umgang. So ein bisschen Vokabeln lernen wie: "Grüß Gott" oder "Auf Wiedersehen". Schon ist
- 128 die Stimmung anders.
- 129 II: Natürlich, sicher. Sie haben schon erwähnt, dass Sie natürlich Deutsch in der
- 130 Ordination anbieten, Englisch und ein bisschen Französisch?
- 131 AW2: Englisch oft ja.
- 132 **I1:** Französisch ein bisschen?
- 133 AW2: (zögerndes Gemurmel) Ja.
- 134 II: ((lacht)) Haben Sie mehrsprachige Unterlagen für Patienten oder ist es eher nicht
- 135 der Fall?
- 136 AW2: (...) Den Corona-Zettel habe ich, glaube ich, auf 20 Sprachen, wenn es darauf ankommt.
- 137 Ja, also das gäbe es. Auch die Zettel bei der Vorsorgeuntersuchung sind mehrsprachig. Das
- wird aber zur Verfügung gestellt. Also das Angebot haben wir.
- 139 **I1:** Okay und von wem?
- 140 **AW2:** Es wird von der Ärztekammer zur Verfügung gestellt. Wie sie noch Drucksorten
- 141 hergestellt hat und so Flugblätter gemacht hat mit "Geht doch bitte zur Vorsorgeuntersuchung",
- 142 war es auf Serbokroatisch, Bosnisch, Polnisch und Russisch auch. Da kann schon geholfen
- 143 werden ein bisschen.
- 144 II: Welche Aspekte sind für Sie eine Hürde bei der Kommunikation jetzt abgesehen von nur
- sprachlichen Hürden? Gibt es da auch noch andere Sachen? Ganz bestimmte kulturelle Aspekte,
- 146 die immer wieder auftauchen?
- 147 AW2: (5) Bei der Untersuchung vielleicht. Ich sage jetzt einmal andere Kulturkreise. Bei
- uns sagen wir: "Bitte einmal freimachen, ich muss Herz und Lunge horchen." Es könnte eher
- auf Ablehnung einmal stoßen. Ja, das passiert. Ich frage immer: "Darf ich die Lunge
- 150 abhorchen?" "Ja, ja." Dann muss man halt unter das Leiberl schlupfen und sie ziehen sich

- halt nicht das Leiberl oder den Pullover aus. Die Älteren sind da eher zugänglicher, sage
- ich einmal, weil sie kommen ja mit Husten und wollen etwas vom Doktor.
- 153 II: Sie haben schon gesagt, man versucht es dann manchmal mit Händen und Füßen.
- 154 **AW2:** <u>Ja. Ja.</u>
- 155 **I1:** Ist es eine wichtige Stütze?
- 156 **AW2:** Es ist eine <u>Challenge</u> oft. Ja, ja, ja. Ab und zu wird es vielleicht <u>lustig</u>. Aber wie
- 157 gesagt, das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass man am nächsten oder übernächsten Tag
- 158 mit irgendwem kommt, der mich übersetzen kann und retour übersetzen kann. Dann reden wir
- uns schon zusammen. So läuft es eigentlich meistens.
- 160 II: Weil Sie eben auch gesagt haben, dass Englisch ganz häufig ist: Haben Sie den Eindruck,
- dass es ausreichend ist oder gibt es da auch Lücken, obwohl es eine Weltsprache ist?
- 162 **AW2:** (..) Ich weiß <u>ungefähr</u>, was ich mitteilen will. Meistens ist das Vis-à-vis
- wahrscheinlich besser in Englisch als ich, aber da reden wir uns schon zusammen. Mit Englisch
- sehe ich da nicht so viele Probleme. Da umschreibe ich es schon so, dass wir uns verstehen,
- wenn mir jetzt ein Fachausdruck gerade nicht einfallen will.
- 166 II: Kann es da auch passieren, dass auch so ein Deutsch-Englisch-Mix verwendet wird
- 167 während der Konsultation?
- 168 AW2: Ja freilich, ja. Es wird dann so eine bisschen esperanto-ähnliche Sprache. Früher
- 169 wurde Schleim oder Husten mit Schleim zu: "Your are coughing with (Gemurmel)..." Mucus
- 170 heißt das Ding! Ich lerne auch dazu.
- 171 II: Wie würden Sie es jetzt bewerten? Gibt es einen Bedarf für Dolmetscher in Ihrer
- 172 Ordination?
- 173 **AW2:** Ja. Ja. Ja.
- 174 I1: Okay und wer sollte dann eigentlich der Auftraggeber sein? Sollten Sie das sein oder
- sollten es die Patienten sein, dass sie wen mitnehmen?
- 176 AW2: Ich tu mir schwer, weil ich ja nicht weiß, nachdem ich kein Anmeldesystem habe, wer
- 177 jeden Tag kommt. Also das heißt, ich habe, was weiß ich, die polnische Familie und wir
- 178 verstehen uns nicht. Ja dann müsste ich den Schrank aufmachen, der polnische Dolmetscher
- 179 <u>hüpft heraus</u>. Wir unterhalten uns, er hüpft zurück in den Schrank, ich sperre wieder zu
- und daneben sind fünf andere. (..) So hätte man es gerne, aber es wird sich nicht spielen.
- 181 I1: Und werden dazu zum Beispiel Informationen verbreitet über verschiedene
- 182 Dolmetschdienstleistungen wie Telefon- oder Videodolmetschen, was bereits in Krankenhäusern
- 183 eingesetzt wird?
- 184 AW2: Nicht viel.
- 185 II: Nicht viel. Und glaube Sie, dass es etwas für Sie wäre mit Telefondolmetschern
- 186 zusammenzuarbeiten oder mit Videodolmetschern?
- 187 AW2: Ab und zu bekomme ich einmal einen Hörer in die Hand gehalten mit irgendjemanden, der
- die betroffene Person natürlich kennt und mir es dann übersetzt. Hier bin ich wieder im
- 189 Zwiespalt. Schweigepflicht? Auskunftspflicht? Eine Drittperson? Datenschutz? Wer ist das?

- 190 Kenne ich nicht. Weiß ich nicht. Ich rede mit einer Drittperson über meine Patienten. <u>Die</u>
- 191 Grauzone beginnt.
- 192 II: Dann hat man diese Grauzone eher nicht so, wenn der Patient selbst jemanden mitnimmt?
- 193 AW2: Natürlich. Wer ist der Zweite? Darf er dabei sein? "Ja, ja. Ich muss. Ich bin der
- 194 Dolmetsch, sonst verstehen wir uns nicht." Damit setze ich voraus, dass er natürlich hören
- darf, was der Patient mir sagen will. "Mir tut es hier weh. Mir tut es dort weh." Ansonsten ist es
- 196 unter der Verschwiegenheit natürlich, weil sonst können wir gleich ein Live-Video ins
- 197 Wartezimmer spielen. Also das Einverständnis aller (...) ist die Basis. Die müssen
- 198 vorher geklärt sein. Also es kommen zwei Leute herein und es steht einer auf der Liste.
- 199 Die erste Frage ist nach: "Grüß Gott." "Wer ist die zweite Person? Darf sie alles hören?
- 200 Darf sie alles wissen? Dürfen wir offen miteinander reden?" "Ja, ja ja. Das ist Vati,
- 201 Mutti, Oma oder der Dolmetscher."
- 202 I1: Und es wäre dann umgekehrt schwieriger, wenn Sie einen Dolmetscher engagieren, der
- 203 demjenigen das vermittelt?
- 204 AW2: "Bitte kommen Sie schnell, ich brauche Sie in 10 Minuten?" Hm. (...) Ich wüsste gar
- 205 nicht, wo ich mich da hinwenden soll.
- 206 I1: Und wen bevorzugen Sie jetzt persönlich? Wer sollte mitkommen? Sind es eben doch die
- 207 Verwandten oder hätten Sie es lieber, dass es regelmäßig professionelle Dolmetscher sind?
- 208 AW2: Wenn es jemand aus der Verwandtschaft oder Bekanntschaft auch ist, ist es mir
- 209 natürlich wesentlich lieber, weil es doch irgendwie vertraute Personen sind von den
- 210 Patienten. Bei einem <u>Fremdling</u> wird er vielleicht anders reden, als wenn der Sohn
- 211 oder die Tochter da sitzt. Also das ist etwas ganz anderes. Wenn da sozusagen der
- 212 Wildfremde sitzt, der nur übersetzt, überlege ich mir auch zwei Mal, was ich jetzt erzähle –
- 213 auch wenn ich meinem Doktor erzählen will, wie es mir geht, warum es mir schlecht geht,
- 214 warum mir etwas weh tut. Und natürlich dann die Übersetzung! Er redet eine Viertelstunde
- 215 und der Dolmetscher sagt einen Satz. Hm, ist da jetzt jede Info rübergekommen? Also die
- 216 Familie schaut schon darauf, dass alles gesagt wird, wo es bei der Oma oder beim Opa
- 217 zwickt und zwackt. Die reden dann eher mehr als die Betroffenen.
- 218 II: Also ist quasi die Erwartung an die dolmetschende Person, dass sie so viel wie möglich
- 219 in die andere Sprache dann überträgt?
- 220 AW2: Von mir auch bzw. zumindest alles was gesagt wurde also nicht im Telegramm-Stil. Jemand
- 221 erzählt mir 5 Minuten lang etwas und es kommt dann nur "Kreuzweh". Das war jetzt 5 Minuten
- 222 lang und raus kommt "Kreuzweh"? Hm, hm, hm. Kann sein, aber wie gesagt, wenn ich die
- 223 Sprache nicht beherrsche, kann ich es nicht verifizieren.
- 224 II: Hätten Sie da den Eindruck, dass ein professioneller Dolmetscher mehr von dieser
- 225 Informationsfülle übertragen könnte?
- 226 AW2: (...) Möglich, ja.
- 227 II: Und haben Sie schon selbst mit professionellen Dolmetschern zusammengearbeitet oder
- 228 ist es eher mit der Verwandtschaft?
- 229 **AW2:** Einen professionellen Dolmetscher habe ich eigentlich noch nicht gehabt. Nein.
- 230 II: Wüssten Sie selbst jetzt spontan, wo Sie auf einen Dolmetscher zurückgreifen könnten?

- 231 **AW2:** (4) Naja. Ich aktivere meinen <u>Dr. Google</u> und gebe ein "Dolmetsch mit Hausbesuch" oder
- 232 so etwas, der dann herkommt sozusagen, und schaue, was zeigt er mir in der ersten (..)
- 233 Panik.
- 234 I1: Okay und in der Fachliteratur bin ich auf die Idee gestoßen, "Dolmetscher auf
- 235 Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47) anzubieten. Haben Sie den Eindruck, dass es
- 236 überhaupt machbar wäre?
- 237 AW2: ((lacht)) Da würde die Kasse darauf einsteigen? Das wäre ein Meilenstein. Hm.
- 238 Interessant. Machbar ja, aber wer zahlt es? Dolmetscher auf Schein über die Krankenkasse?
- 239 Es hätte einen gewissen Reiz. Es wäre einmal etwas Neues. Wobei im Spital tut man sich ja
- 240 <u>leichter.</u> Da holt man sich zur Not, was weiß ich, vom <u>Putztrupp</u> jemanden, wo man weiß, die
- 241 Person ist aus Polen oder aus Kroatien. Ist oft gesehen im Spital. In der Ambulanz hat man
- 242 irgendeinen Afghanen und die Putzfrau kommt aus Afghanistan. Die reden sich dann zusammen.
- 243 Sie freuen sich, wenn sie jemanden sehen, der Sprache spricht und mit dem man sich
- 244 unterhalten kann. Das passiert sicher öfters mit irgendeiner Auszubildenden oder irgendjemandem
- 245 aus dem Schwestern-/Pflegepool. Da findet man schon irgendwo einen Dolmetsch auf
- 246 die Schnelle.
- 247 I1: So das wären so alle Fragen von meiner Seite. Gibt es von Ihrer Seite noch irgendetwas
- 248 zu der Thematik, was Sie mitteilen möchten?
- 249 AW2: Gibt es Dolmetscher, die man sich herbestellen kann? Gibt es so etwas überhaupt
- 250 schon?
- 251 II: Ja also es gibt mittlerweile sehr viel in Krankenhäusern. Da gibt es
- 252 Videodolmetschdienste und Telefondolmetschdienste auch. Es gibt auch den Übersetzer und
- 253 Dolmetscherverband in Österreich mit einer eigenen Suchfunktion, wo man die Sprache
- 254 eingeben kann, die benötigt wird. Es werden dann verschiedene Dolmetscher in diesem
- 255 Bereich mit den einzelnen Schwerpunkten vorgeschlagen. Also es gibt da doch einiges.
- 256 AW2: Also gibt es Angebot sozusagen?
- 257 I1: Es gibt definitiv Angebot. Unglaublich viel Angebot. Also in meinem Studium sind sehr
- 258 viele Studierende und, ja, wer suchet der findet.
- 259 AW2: Ein Faktor ist natürlich der Zeitfaktor. Bis man da jetzt eine Connection über
- 260 das Netz mit einem Dolmetscher hat, sitzen, wie gesagt, draußen 20-30 Unruhige und
- 261 ich klinke mich jetzt in die Videokonferenz mit dem Dolmetscher? Bei WhatsApp könnte
- 262 ein Sprach- oder Videoanruf hilfreich sein. Wenn man weiß, dass so etwas rund um die
- 263 die Uhr oder zu Betriebszeiten, was weiß ich, von 07-19 Uhr verfügbar ist, sind wir
- 264 schon zu 99% abgedeckt in der freien Wildbahn. So etwas kann ich mir vorstellen.
- 265 II: Bei den Videodolmetschdiensten gibt es das, dass einerseits per Video gedolmetscht wird
- 266 oder es gibt auch die Möglichkeit, dass dieser Dolmetscher die Person dann auch direkt
- 267 mitbegleitet zu den Behörden, wenn es notwendig ist.
- 268 AW2: Ganz ehrlich, bei Behörden/bei der Bank wird es wahrscheinlich noch interessanter
- 269 sein oder der Dolmetscher auch interessant werden, wenn man sich da nicht versteht. Bei mir
- 270 gibt es im schlimmsten Fall halt die Pulver nicht, die man braucht, sage ich einmal.
- 271 Hoffentlich nicht die Falschen. Das wäre dann natürlich ganz böse. Das sollte nicht
- 272 passieren.
- 273 I1: Die größte Hürde ist quasi die Zeit?

- 274 **AW2:** Ja auch. Unterm Strich geht es nur um die Zeit. Wenn ich 100 Leute am Tag habe und 5
- 275 Stunden offen habe, dann kann ich mir ausrechnen, wie viele Minuten jeder bekommt. Wenn
- 276 jemand überzieht, muss ich es wem anderen halt <u>wegnehmen</u>. Überstunden machen wir aber genug.
- 277 I1: Okay, super. Dann vielen Dank, dass Sie mitgemacht haben.

#### **Transkript OW1**

Dauer der Aufnahme: 24:17

Interviewerin: I1

Befragte Person: OW1

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Dann starten wir. Meine Einstiegsfrage wäre: Wie lange bist du schon als
- 2 OrdinationsassistentIn tätig?
- 3 **OW1:** 7 Jahre jetzt ungefähr.
- 4 I1: Was sind deine Aufgaben bzw. wie würdest du deine Rolle definieren?
- 5 **OW1:** Wir begrüßen die Patienten. Wir versuchen (..) gleich einmal herauszufinden, was
- 6 ungefähr der Patient braucht, also ob es da jetzt um Rezepte oder so etwas geht, ob jemand
- 7 eine ärztliche Konsultation braucht oder ob es vielleicht nur um Auskunft oder Impfungen
- 8 oder so etwas geht. Dann bitten wir die Patienten Platz zu nehmen und schauen, dass
- 9 irgendwie die Reihenfolge passt, dass die Leute nicht zu lange warten müssen.
- 10 II: Okay. Hast du irgendwie einen größeren Druck oder ein größeres Verantwortungsgefühl,
- wenn du da jetzt eine Person hast, die wirklich gar kein Deutsch kann oder schlecht
- 12 Deutsch kann, beim Herausfinden, was sie von dir brauchen?
- 13 OW1: Ja, es ist manchmal schon ein bisschen schwierig und es fühlt sich auch nicht
- besonders gut an, wenn man jemanden etwas nicht vermitteln kann.
- 15 I1: Es ist also ein mulmiges Gefühl?
- 16 **OW1:** Ja, kommt auf die Person an und kommt auf die Situation an. Manchmal ist es schon ein
- 17 komisches Gefühl. Manchmal lacht man auch darüber mit den Patienten gemeinsam. Ja es kommt
- ganz darauf an. Meistens kann man sich dann eh irgendwie verständigen, aber es ist auf jeden Fall
- 19 schon irgendwie ein komisches Gefühl.
- 20 I1: Ok und wie bewertest du generell aus deiner Sicht die Betreuung von Patienten mit
- 21 Sprachproblemen?
- 22 **OW1:** Es ist schwieriger, weil man natürlich auch Angst hat, die Leute verstehen
- 23 irgendetwas falsch. Gerade wenn es darum geht, dass man jemanden nochmal explizit erklären
- 24 möchte, wenn er etwas Ansteckendes hat zum Beispiel, dass Hygienemaßnahmen wichtig sind
- 25 oder so etwas. Da macht es einem schon ein komisches Gefühl, wenn man auch nicht sicher
- 26 ist, ob die Personen es wirklich verstehen und dann auch umsetzen können. Eben wenn
- 27 man einfach nicht weiß, ob man die Dringlichkeit von irgendetwas rüberbringen kann.
- 28 II: Also hat man manchmal das Gefühl, dass es nicht zu 100% rübergekommen ist?

- 29 **OW1:** Genau und <u>das</u> ist dann irgendwie ein ungutes Gefühl.
- 30 II: Und wie würdest du sagen, wie stark ist euer Ordinationsalltag von Mehrsprachigkeit
- 31 geprägt? Habt ihr viele Patienten, die andere Sprachen sprechen?
- 32 **OW1:** Ich glaube zu Hause schon, aber die meisten Leute können zumindest sich gut genug
- verständigen, dass sie so einen Arztbesuch allein schaffen. Die, die es nicht können,
- haben meistens eigentlich jemanden mit, der ihnen hilft.
- 35 **I1:** Wer ist das meistens?
- 36 **OW1:** Sehr oft Verwandte. Teilweise sind es Betreuer von irgendwelchen sozialen
- 37 Organisationen von der Caritas, Soziales Wien oder so etwas. Die haben teilweise auch
- 38 Betreuer, die sie mitschicken mit Klienten, aber auch eben sehr oft Verwandte. Sehr oft
- 39 Kinder.
- 40 I1: Wer spricht dann meistens? Die Patienten oder sprechen die betreuenden Personen im
- 41 Namen des Patienten?
- 42 **OW1:** Sehr oft die betreuenden Personen im Namen des Patienten.
- 43 I1: Und ist es für euch angenehm oder eher anstrengend? Wäre es dir lieber, dass der
- 44 Patient direkt versucht sich mitzuteilen?
- 45 **OW1:** Die, die es können, versuchen auch oft direkt sich mitzuteilen oder die spreche
- ich auch direkt an. Auch wenn Patienten Englisch können, ist es für uns kein Problem.
- 47 Aber für die, die es wirklich nicht können, ist es natürlich schon angenehm, wenn man eine
- 48 andere Person hat, die einfach übersetzen kann. Ich mag es trotzdem gerne, wenn ich merke,
- 49 die betreuende Person spricht währenddessen mit dem Patienten und fragt da zwischendurch
- 50 nochmal nach und redet nicht komplett für die andere Person.
- 51 I1: Also quasi so ein Mittelding dazwischen?
- 52 **OW1:** Genau, also so quasi eine Simultanübersetzung und nicht so ein: die Person redet
- 53 einfach und die andere steht einfach nur daneben und bekommt gar nicht mit, worum es
- 54 gerade geht. Wenn der Patient selbst nichts mitbekommt, ist es irgendwie ein ungutes
- 55 Gefühl auch.
- 56 **I1:** Aber es passiert durchaus auch?
- 57 **OW1:** Ja auch.
- 58 I1: Okay und gibt es Sprachen, die besonders häufig vorkommen? Jetzt abgesehen vom
- 59 Englischen?
- 60 **OW1:** (6) Ich würde sagen, viele sprechen zu Hause arabische Sprachen vermehrt in den
- 61 letzten Jahren. Türkisch auch, aber nachdem die Leute jetzt nicht versuchen auf ihrer
- Muttersprache mit uns zu reden, weiß ich oft gar nicht so genau, was die Muttersprache ist
- bzw. erkennt man es oft nur irgendwie am Namen oder so.
- 64 I1: Wie bewertest du den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem, sei es von
- 65 Migranten, Asylwerbern oder auch einfach von Touristen, auf rechtlicher Ebene?
- 66 **OW1:** Auf rechtlicher Ebene? (...) Ich würde sagen, es ist bemüht, aber
- 67 verbesserungsbedürftig.

- 68 **I1:** Okay und in welchem Sinne?
- 69 **OW1:** Generell natürlich die Integration von Menschen in Österreich ist verbesserungswürdig,
- 70 finde ich. Ich finde aber gerade in der Gesundheitsbranche. Es kommt wahrscheinlich auch
- auf den Arzt an, wie sehr Ärzte sich bemühen oder wie sehr Ärzte zugänglich dafür sind,
- 72 zum Beispiel Flüchtlinge zu behandeln. Ich denke, da muss man sich auf allen Seiten
- einfach ein bisschen mehr bemühen und ein bisschen darauf einlassen auch, dass halt Leute
- dann Sprachprobleme haben und dass man da auch vielleicht dann versucht, etwas einfacher
- 75 zu erklären. Ja der Zugang ist halt nur gegeben für Leute, die eine
- Aufenthaltsberechtigung haben.
- 77 I1: Und wie zugänglich würdest du diese Ordi bezeichnen?
- 78 **OW1:** (..) Also ich würde sagen, jeder der bei uns reinkommt und irgendeine Art
- 79 Versicherung hat ((lacht)) oder privat zahlt, wird auch behandelt und wird auch von uns
- 80 gleich behandelt. Also ich würde sagen, dass wir in unserer Ordination keinen Unterschied
- 81 machen, wer welche Herkunft hat oder welche Sprache jemand spricht.
- 82 I1: Gibt es Unterschiede bei der Behandlung und Betreuung von Personen, die jetzt zum
- 83 Beispiel wirklich gut Deutsch können oder Sprachprobleme haben? Sei es von der
- 84 Konsultationszeit oder Diagnostik?
- 85 **OW1:** Ich würde sagen, es dauert vielleicht manchmal länger, weil man sich eben ein
- 86 bisschen mehr Zeit nehmen muss, damit man den Leuten, die einen nicht gut verstehen können,
- 87 Dinge gut erklären kann, so dass sie es dann auch verstehen. Oder eben wenn man einen
- 88 Übersetzer dabei hat, dauert es einfach länger, weil eine Person zwischengeschalten ist
- 89 und die Kommunikation nicht quasi Face-to-Face ist, sondern jemand dazwischen noch ist. Es
- 90 ist einfach eine längere Zeit dann, wenn alles doppelt gesagt werden muss, aber ich würde
- 91 jetzt nicht sagen, dass es da generell Unterschiede gibt.
- 92 II: Stellt man sich dann auch darauf ein, dass man immer wieder mehr Zeit benötigt für
- 93 solche PatientInnengruppen?
- 94 **OW1:** Hm. Also nachdem es auch genug Leute gibt, die muttersprachlich Deutsch sind und
- 95 lange Konsultationen brauchen aus diversen Gründen, würde ich jetzt nicht sagen, dass da
- 96 ein merkbarer Unterschied ist.
- 97 II: Gibt es Gründe oder ist es generell schon einmal hier passiert, dass die Behandlung von
- 98 einem nicht-deutschsprachigen Patienten abgelehnt wurde bzw. was müsste passieren, dass
- 99 ihr sagt, ihr könnt es nicht übernehmen?
- 100 **OW1:** (4) Abgelehnt nicht, aber es ist vielleicht dann schon manchmal so, dass wenn man
- 101 einfach wirklich nicht versteht, was jemand möchte, dass man dann sagt: "Ja, bitte rufen
- 102 Sie jemanden an, der übersetzen kann oder bitte kommen Sie wieder mit jemandem, der
- 103 übersetzen kann." Oder man schickt einfach gleich direkt an den Facharzt, wenn man einfach nicht
- 104 die Symptome erkennt, die ein Patient versucht zu beschreiben also das macht natürlich dann die
- 105 ÄrztIn und nicht wir aber, dass die ÄrztIn dann eher vielleicht weiter schickt an
- 106 Fachärzte, wenn sie die Symptome einfach nicht versteht, die beschrieben werden. Man traut
- 107 sich dann vielleicht weniger den Patienten zu behandeln, wenn man nicht ganz genau weiß,
- 108 was er gerade erzählen will.
- 109 I1: Also ist es quasi eine Barriere, dass man da nichts falsch machen möchte?
- 110 **OW1:** Ja, dass man dann halt lieber auf Nummer sicher geht und lieber zu einem Facharzt

- schickt, oder eben lieber sagt: "Kommen Sie nochmal mit einer Person, die halt übersetzen
- 112 bzw. aushelfen kann."
- 113 I1: Und wenn es jetzt ganz dringend ist zum Beispiel, dass man dann nicht an einem anderen
- 114 Tag kommen kann? Wird man dann an einen Facharzt überwiesen?
- 115 **OW1:** Ja oder ins Spital.
- 116 II: Ist es so, dass ihr die ÄrztIn vor der Konsultation möglicherweise über
- 117 Sprachbarrieren informiert oder nicht?
- 118 **OW1:** Selten. Also wenn, dann eigentlich mehr durch Zufall. Wenn man wegen irgendetwas
- anderem gerade hinein geht, dass man dann sagt, dass die nächste Patientin englischsprachig ist
- oder einen Dolmetscher mitbringt oder so etwas, aber nicht explizit.
- 121 II: Werden regelmäßig Fortbildungen angeboten zum Thema Umgang mit fremdsprachigen
- 122 PatientInnengruppen oder anderen Kulturkreisen? Hast du schon in die Richtung einmal etwas
- 123 besucht?
- 124 **OW1:** Es gab einmal eine Fortbildung zum Thema transkulturelle Kommunikation in
- 125 Ordinationen so etwas in der Art. Das war allerdings ein bisschen dürftig und auch nicht
- besonders lang und nicht wahnsinnig informativ.
- 127 **I1:** Also hat es nichts für dich gebracht?
- 128 **OW1:** Vielleicht für mich persönlich auch deswegen weniger, weil ich selbst in dem Bereich
- 129 studiert habe und da vielleicht schon ein bisschen sensibilisierter bin als andere
- 130 Personen.
- 131 II: Und wenn du dir jetzt selbst eine Fortbildung in diesem Themenbereich zusammenstückeln
- könntest, welche Aspekte müssten da unbedingt behandelt werden?
- 133 OW1: (...) Hm. Ich finde genau das, dass man betonen sollte, dass man einfach ein bisschen
- 134 Geduld haben muss und man einfach ein bisschen verstehen soll, dass es für Patienten auch
- 135 sehr schwierig ist, wenn sie sich nicht artikulieren können. Es macht keiner absichtlich.
- 136 Es kann einem jeden Menschen selbst passieren, wenn man einmal irgendwo im Ausland auf
- 137 Urlaub ist, dass man sich nicht verständigen kann und dass jeder einfach versuchen sollte,
- 138 sich darin hineinzuversetzen, wie es ist, wenn man Schmerzen hat und es nicht so
- 139 artikulieren kann, dass einen andere Leute verstehen. Menschen wären vielleicht ein
- bisschen empathischer, wenn sie sich das einmal vorstellen.
- 141 I1: Okay. Weil du schon Englisch angesprochen hast und dass es kein Problem ist, heißt das,
- ihr bietet neben Deutsch auch Englisch in der Ordination an?
- 143 **OW1:** Ja genau.
- 144 **I1:** Andere Sprachen auch noch?
- 145 OW1: Nein, leider.
- 146 **I1:** Habt ihr auch mehrsprachige Unterlagen zur Verfügung für die Patienten?
- 147 **OW1:** (..) Hm. (..) Also wir geben jetzt nicht so viele unterschiedliche Unterlagen her
- 148 eigentlich. Es ist aber kein Problem, dass wir einmal ein Attest auf Englisch
- 149 schreiben. Das haben wir auch schon öfter gemacht oder Bestätigungen für Fluggesellschaften

- 150 oder Versicherungen. Das machen wir schon.
- 151 I1: Das ist dann meistens auf Englisch?
- 152 **OW1:** Ja.
- 153 I1: Und wie würdest du es einschätzen? Funktioniert es gut mit dem Englischen oder gibt es
- 154 da trotzdem auch Schwierigkeiten?
- 155 OW1: Englisch ist oft das Problem... Also mit Patienten, die Englisch als Muttersprache
- haben, ist es eine Sache. Das ist meistens nicht so problematisch. Mit Patienten, die
- 157 Englisch auch nicht als Muttersprache haben, ist es natürlich dann wieder, als würdest du
- 158 einen Dolmetscher zwischenschalten, weil im Endeffekt hast du trotzdem zwei Menschen, die
- 159 nicht ihre Muttersprache sprechen und miteinander kommunizieren. Da sind schon immer
- 160 Fehlerquellen irgendwie enthalten, denke ich.
- 161 II: Und wenn du jetzt einmal von der Sprache absiehst, welche Hürden gibt es noch in der
- 162 Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patienten?
- 163 **OW1:** (7) Ich denke, das kommt...also kulturelle wahrscheinlich schon. Ich denke natürlich
- 164 auch Vorurteile vielleicht auch zwischen Patienten im Wartezimmer zum Beispiel oder dass
- sich die Leute unwohl fühlen, oder so etwas. Ich glaube nicht, dass es bei uns so ein
- 166 extremes Problem ist, aber ja, in der Kommunikation gibt es auch mit deutschsprachigen
- 167 Patienten manchmal Probleme und Missverständnisse. Also das würde ich jetzt nicht nur rein
- auf Menschen, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, auslegen.
- 169 I1: Wenn man jetzt Schwierigkeiten hat, sei es jetzt auf Deutsch oder Englisch, miteinander
- 170 zu kommunizieren, wie versucht man es dann?
- 171 **OW1:** Hände und Füße. ((lacht)) Nein, man kann ja sehr viele Dinge auch ausdrucken.
- Bzw. haben wir auch eine Pappfigur vom Skelett und von den Muskeln, wo Menschen
- 173 zeigen können, wo ihnen etwas weh tut. Damit arbeitet vor allem die ÄrztIn, damit es ihr
- die Menschen auch einfach zeigen können. Und natürlich Menschen, gerade wenn sie
- der ÄrztIn erklären, wo es weh tut, zeigen auch einfach oft dahin. Das, glaube ich, hilft
- 176 schon auch.
- 177 I1: Und wird dieses Skelett oder diese Pappfigur oft verwendet oder eher selten?
- 178 **OW1:** (...) Hm. Doch, ich glaube schon öfter. (..) Als visuelle Hilfestellung quasi.
- 179 I1: Ist es dann so, wenn du mit Patienten sprichst, dass es dann eine Sprache ist oder
- 180 springt es dann manchmal von einer in die andere Sprache? Also zum Beispiel zwischen
- 181 Deutsch und Englisch?
- 182 OW1: Das passiert schon oft. Es passiert mir auch oft unbewusst, dass ich dann ein/zwei
- 183 Sätze dazwischen auf Deutsch sage, aber dann merke, dass es die Person trotzdem verstanden
- hat. Es gibt auch viele Patienten, die eigentlich Deutsch gut genug verstehen, aber es
- 185 selbst nicht sprechen möchten. Also manchmal kann ich auch mit den Patienten Deutsch
- 186 sprechen und sie antworten auf Englisch, weil es ihnen unangenehm ist, Deutsch zu sprechen
- 187 und sie halt lieber Englisch reden.
- 188 I1: Ertappst du dich dabei manchmal, dass du einfach ungewollt ins Englische reinkommst?
- 189 **OW1:** Auch, ja. ((lacht))

- 190 II: Okay. ((lacht)) Die nächste Frage, die ich an dich habe, ist: Benötigen die Patienten
- 191 nach der Konsultation manchmal eine zusätzliche Betreuung seien es jetzt deutschsprachige
- 192 oder nicht-deutschsprachige Patienten, sei es bei der Medikamenteneinnahme oder
- 193 Wundversorgung?
- 194 **OW1:** Ja, gerade oft fragen uns Patienten, wenn sie Überweisungen an Fachärzte bekommen
- haben, nach Empfehlungen, die wir ihnen dann ausdrucken, bzw. oft fragen sie, wenn ihnen
- die ÄrztIn schon eine Empfehlung in die Hand gegeben hat, wie man da hin kommt. Also wie
- 197 der schnellste Weg öffentlich ist oder ob man einen Termin ausmachen muss, solche
- 198 Informationen einfach. Ob diese Praxis heute noch geöffnet ist etc. Gerade solche
- 199 Informationen schon als Nachbetreuung und ja, Medikamenteneinnahme würde ich jetzt nicht
- 200 sagen. Das macht die ÄrztIn eigentlich.
- 201 II: Und das ist keiner spezifischen PatientInnengruppe zuzuschreiben, sondern es fragt
- 202 einfach jeder manchmal nach, wie man dorthin kommt.
- 203 **OW1:** Genau.
- 204 I1: Okay. (..) Gibt es eigentlich von deiner Sicht aus überhaupt den Bedarf an
- 205 Dolmetschern zum Beispiel in eurer Ordi oder bei Hausärzten?
- 206 OW1: Ich denke, das kommt immer ganz drauf an. Ich habe in einer anderen Ordination davor
- 207 gearbeitet. In der gab es immer freitags zwei Stunden lang eine Türkisch-Dolmetscherin,
- 208 die diese fixen Stunden da war. Das war auch in der Ordination klar kommuniziert, dass
- 209 Patienten, die selbst nicht gut genug Deutsch sprechen, die Türkisch sprechen, einfach
- 210 Freitag zwischen 14 und 16 Uhr nochmal kommen sollen. Natürlich wenn sie etwas Akutes
- 211 haben, dürfen sie natürlich jederzeit sonst kommen, aber dann ist halt kein Dolmetsch da
- 212 und dann müssen sie sich halt selbst darum kümmern, dass sie jemanden mitbringen. Aber da
- 213 gab es grundsätzlich dieses Angebot, was ich eigentlich gut finde. Ich denke mir nur, es
- 214 ist schwierig. Wenn man es zu fixen Zeiten anbietet, denke ich, geht es, aber es ist halt
- 215 dann nicht mehr flexibel und wir sind eine Ordination ohne Terminvergabe. Das ist
- 216 natürlich sehr schwierig, weil wir können nicht permanent jemanden da haben, der
- 217 dolmetschen kann in 15 verschiedene Sprachen. Deswegen stelle ich es mir irgendwie
- 218 schwierig vor, aber natürlich wäre es super für die Patienten, wenn es so etwas gäbe.
- 219 II: Und ganz bestimmte Situationen, in denen es super wäre?
- 220 **OW1:** Gerade natürlich, wenn jemand allein kommen muss, weil er akut etwas hat und die
- 221 Kinder nicht können, oder die Person einfach keine andere Person hat, die helfen kann. Wenn
- 222 Leute akut etwas brauchen und sich nicht artikulieren können, da wäre es schon sehr
- 223 hilfreich.
- 224 II: Wobei man in erster Linie quasi schauen sollte, dass jemand aus dem näheren Umfeld
- 225 da ist und wenn da niemand ist, dann schauen sollte, ob es einen Dolmetscher gibt?
- 226 **OW1:** Ja wenn wir einen Dolmetscher stellen könnten oder er so verfügbar wäre, dann wären die
- 227 Personen nicht so abhängig. Also wenn das Gesundheitssystem sozusagen Dolmetscher stellen
- 228 würde, dann wären die Personen nicht so abhängig von ihren Familienmitgliedern.
- 229 II: Meinst du, das Gesundheitssystem könnte das stemmen? Ich habe in der Fachliteratur den
- 230 Vorschlag gelesen von "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47). Meinst du,
- 231 das wäre machbar/umsetzbar und würden es die Leute nutzen?
- 232 OW1: Ich glaube es ist sehr schwierig, weil ich suche mir als Patient ja nicht aus, wann
- 233 ich einen grippalen Infekt habe und muss ich diesen Dolmetscher vorher dann buchen? Das

- 234 stelle ich mir organisatorisch sehr schwierig vor, um ehrlich zu sein, weil ich in der
- Ordination ja nicht weiß: Muss ich mit einer Wartezeit von 15 Minuten oder 2 Stunden
- 236 rechnen? Ich kann den Dolmetscher ja nicht für einen halben Tag buchen. Ich stelle es mir
- sehr, sehr, sehr schwierig vor, es umzusetzen.
- 238 II: Kennst du zum Beispiel bestimmte Dolmetschdienstleistungen wie Telefondolmetschen und
- 239 Videodolmetschen? Ist dir das bekannt?
- 240 **OW1:** Also ich kenne es von Konferenzen zum Beispiel, aber noch nicht in der
- 241 Gesundheitsbranche. ((lacht))
- 242 II: Okay. Es wird zum Beispiel in Krankenhäusern eingesetzt, also das Videodolmetschen, wo
- 243 quasi am Monitor Dolmetscher zu Hause sind und zugeschalten werden. Also in dem Bereich
- 244 ist es schon, aber quasi bei Hausärzten oder im niedergelassenen Bereich noch eher nicht
- 245 so.
- 246 **OW1:** Okay. Finde ich aber eine gute Idee, muss ich sagen.
- 247 II: Eine andere Option ist auch Telefondolmetschen, wo quasi das Telefon einfach
- 248 weitergeben wird oder eine Telekonferenzschaltung gemacht wird.
- 249 OW1: Also das passiert bei uns in unserer Ordination natürlich auch öfter, dass wenn zum
- 250 Beispiel eine Patientin oder ein Patient da ist und die Kinder keine haben Zeit, weil sie
- arbeiten sind, dass sie während der Arbeit kurz telefonieren und dann auch quasi
- 252 telefondolmetschen. Also das könnte ich mir schon gut vorstellen.
- 253 II: Und jetzt von der finanziellen Seite? Wer meinst du, sollte das Ganze dann übernehmen?
- 254 Die Person, die der Auftraggeber ist? Wer sollte der Auftraggeber sein? Was ist da deine
- 255 Meinung dazu?
- 256 **OW1:** Das ist wahrscheinlich sehr schwierig, weil es auch ein sehr politisch aufgeladenes
- 257 Thema ist, weil es immer auch schwierig ist, zu begründen bzw. zu verstehen, warum jemand
- 258 nicht Deutsch kann. Das ist natürlich auch immer die Frage. Ist es einfach, weil jemand
- 259 das <u>nicht lernen möchte</u>? Dann ist es natürlich schwer zu rechtfertigen, warum soll der
- 260 Staat das bezahlen? Oder ist jemand einfach erst so kurz da? Ist jemand gerade aus dem
- 261 Krieg geflohen? Dann, ja, wie soll diese Person es selbst bezahlen? Also es ist alles ein
- 262 bisschen schwierig, denke ich, zu entscheiden, wer es bezahlen sollte. Grundsätzlich finde
- 263 ich so ein Angebot gut, aber es ist natürlich auch eine Frage von Datenschutz.
- 264 **I1:** Inwiefern?
- 265 **OW1:** Weil das natürlich sensible Daten sind und wenn ich da jetzt zum Beispiel
- 266 eine Firma zum Dolmetschen beauftrage und denen sage: "Ja das ist Patient so und so und er
- 267 hat diese Krankheiten." Das ist irgendwie datenschutztechnisch nicht so einfach.
- 268 I1: Also gehört da quasi noch etwas gemacht, dass alles geschützt ist?
- 269 OW1: Ja oder man müsste überlegen, wie das geht, dass irgendjemand, der in einer
- 270 Telefonzentrale sitzt, dann weiß: Der Patient heißt so und so, hat die Krankheit und nimmt
- 271 dieses Medikament. Das sind ja eigentlich sehr sensible Daten, die auch der
- 272 Ärzteschweigepflicht unterstellt sind. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man die
- 273 ärztliche Schweigepflicht dann auf Callcenter Mitarbeiter oder Dolmetscher, die in einem
- 274 Callcenter sitzen, jetzt ausweiten könnte. Das stelle ich mir ein bisschen <u>schwierig</u> vor.
- 275 I1: In der Praxis ist es zum Beispiel so, dass dieser Dolmetscher zugeschaltet wird und

- 276 ein kurzes Briefing über die Krankengeschichte bekommt. Das war es dann. Es ist also nicht
- 277 noch eine Person dazwischen, die den Dolmetscher informiert, sondern es wäre dann direkt
- 278 der Arzt. Wäre das datenschutzrechtlich deiner Meinung nach okay, oder ist es noch immer
- 279 zu ungeschützt?
- 280 **OW1:** (5) Sicher besser, aber die Datenschutzrichtlinien sind auch noch relativ neu alle.
- 281 Das ist schon in der Praxis so schwierig, es umzusetzen. Auch wir dürfen ja keine
- 282 Auskünfte über das Telefon zum Beispiel geben. Wenn ein Patient fragt, wie die Laborwerte
- 283 sind, dürfen wir das theoretisch auch nicht über das Telefon weitergeben. Deswegen, ich
- weiß nicht, kann ich es mir nur sehr schwer vorstellen, aber digitale Mediennutzung im
- 285 Medizinbereich ist einfach auch noch nicht so weit fortgeschritten und noch relativ neu.
- 286 Da muss man sicher auf rechtlicher Ebene noch sehr viele Dinge irgendwie ausarbeiten dazu.
- 287 II: Wenn Dolmetscher zum Einsatz kommen, hast du eben schon erwähnt, dass es oft Verwandte
- 288 sind. Hast du da eine Bevorzugung, wer dolmetschen sollte oder sollte es dem Patienten
- 289 frei überlassen sein, wen er mitnimmt?
- 290 **OW1:** Wir sind meistens einfach froh, wenn jemand jemanden mitnehmen kann und jemanden
- 291 organisieren kann. Wenn das sehr junge Kinder sind, ist es schwierig, weil sie auch manche
- 292 Dinge einfach noch nicht verstehen. Wenn Kinder unter 10 Jahren, sage ich jetzt einmal,
- sind, finde ich es ein bisschen schwierig, wenn sie Dinge erklären sollen. Ich finde, es
- 294 ist zu viel Verantwortung für ein Kind, so etwas zu kommunizieren und rüberzubringen.
- 295 II: Habt ihr selbst schon einmal mit professionellen Dolmetschern zusammengearbeitet oder
- 296 noch nicht?
- 297 **OW1:** In der Ordination noch nicht, nein.
- 298 I1: Wüsstest du, wo du darauf zurückgreifen kannst oder nicht?
- 299 **OW1:** Nein.
- 300 **I1:** Keine Ahnung?
- 301 **OW1:** Nein. ((lacht))
- 302 I1: Okay, gut. Das wären die Fragen von meiner Seite. Gibt es von deiner Seite noch
- 303 irgendetwas, was du zu dieser Thematik sagen möchtest?
- 304 **OW1:** Also ich finde es ein sehr spannendes Thema, weil es ist eben ein sehr
- 305 sensibles Feld. (...) Menschen, die sich einfach nicht verständigen können, sind sehr
- 306 <u>verletzbar</u>. Ich finde, da muss man einfach sehr drauf Acht geben und Wert legen, dass
- 307 diese Menschen geschützt werden die Integrität und eben auch die Daten dieser
- 308 Personen geschützt werden und dass man auch mit Respekt diese Menschen behandelt, selbst
- 309 wenn man eben keinen Dolmetscher zur Verfügung hat. Man muss irgendwie versuchen, mit
- 310 Händen und Füßen sich zu verständigen, dass man den Menschen trotzdem das Gefühl gibt, man
- 311 nimmt sie ernst und man <u>bemüht</u> sich um sie und sie nicht irgendwie abstempelt.
- 312 II: Dankeschön, dass du mitgemacht hast.
- 313 **OW1:** Bitteschön.

### **Transkript OW2**

Dauer der Aufnahme: 24:01

Interviewerin: I1

Befragte Person: OW2

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Ich freue mich, dass du mitmachst.
- 2 **OW2:** Ich freue mich auch.
- 3 I1: Meine erste Frage ist: Wie lange bist du schon als OrdinationsassistentIn tätig?
- 4 **OW2:** 7 Jahre.
- 5 I1: Was sind deine Aufgaben als OrdinationsassistentIn und wie siehst du deine eigene
- 6 Rolle?
- 7 **OW2:** Also ich sehe mich als Drehscheibe in der Ordination, also eine wichtige Verbindung
- 8 zwischen Arzt und Patient. Ich bin im administrativen Bereich tätig, habe aber auch
- 9 medizinische Tätigkeiten, wie EKG, Blutabnahme, (5) Wundersorgung etc. Ja, noch
- 10 detaillierter?
- 11: Passt schon. ((lacht)) Hast du den Eindruck, dass es schwieriger ist oder du eine
- 12 größere Verantwortung hast bei der Erfüllung deiner Aufgaben, wenn du Patienten betreust,
- die Sprachprobleme haben?
- 14 **OW2:** Kannst du die Frage noch einmal wiederholen, bitte?
- 15 I1: Verspürst du einen größeren Druck oder eine größere Verantwortung bei der Erfüllung
- deiner Rolle, wenn du Patienten betreust, die keine oder unzureichende Deutschkenntnisse
- 17 haben?
- 18 **OW2:** Ja. Also, ja. Es ist schon eine größere Herausforderung. Man ist <u>noch aufmerksamer</u>
- 19 bei der Sache, weil man eben sprachliche Missverständnisse vermeiden möchte, die natürlich
- auch weitreichende Folgen haben könnten, wenn Medikamente zum Beispiel falsch eigenommen
- 21 werden oder nicht ganz erläutert wird, was für Nebenwirkungen es gibt etc. Bei
- 22 sprachlichen Barrieren können doch wirklich Gefahren drohen, die zu gesundheitlichen
- Problemen führen. Da sichert man sich nochmal deutlich ab, ob alles klar verständlich
- war oder nicht.
- 25 I1: Hast du den Eindruck, dass es sich etwas bringt, öfters nachzufragen und
- 26 vorsichtshalber zu schauen?
- OW2: Ja, bewusst auch Fragen mit Ja/Nein-Antworten zu vermeiden. Es hat sich gezeigt, dass
- 28 aus Schamgefühl Patienten nicht deklarieren, dass sie vielleicht etwas nicht ganz korrekt

- verstanden haben und lieber "Ja, ja" oder "Nein, nein" sagen, um eben unangenehmen
- 30 Situationen aus dem Weg zu gehen. Dann formuliert man bewusst die Fragestellung anders,
- dass man herausfindet, ob sie es wirklich verstanden haben oder nicht.
- 32 I1: Wie bewertest du aus deiner Sicht die Betreuung von solchen PatientInnengruppen?
- 33 **OW2:** Ja aufwendiger und zeitintensiver. Man merkt schon, natürlich wenn es an Tagen ist,
- 34 wo doch eine hohe Frequenz an Patienten da ist, dass es zeitintensiver ist. Dadurch kann
- 35 es natürlich zu Zeitdruck oder eher Stresssituationen kommen, wenn man dann mehr Aufwand
- 36 hat in der Betreuung.
- 37 **I1:** Wie stark ist dein Arbeitsalltag in der Ordination durch Mehrsprachigkeit geprägt?
- 38 Betreust du viele Patienten, die andere Sprachen sprechen?
- 39 **OW2:** Ja. Durch unsere Lage der Ordination ist es doch multikulturell und man
- 40 merkt schon, dass ein vermehrter Aufwand da ist, also dass doch viele fremdsprachige
- 41 Patienten da sind.
- 42 I1: Ist es sehr regelmäßig oder eher in Phasen?
- 43 **OW2:** Regelmäßig.
- 44 I1: Gibt es Sprachen, die immer wieder oder ganz häufig vorkommen?
- 45 **OW2:** Also Arabisch kommt sehr häufig vor. Vor allem durch den Flüchtlingszustrom in den
- 46 letzten 1-2 Jahren merkt man doch aus dem arabischen Raum neue Patienten. Ich sage einmal
- 47 aus dem europäischen Raum gibt es viele, die schon länger da sind. Damals wie der Krieg
- 48 zum Beispiel in Jugoslawien war, wo dann der Zustrom war, die sind doch schon länger da
- 49 und da gibt es wenige Patienten, die noch nicht so weit integriert sind, dass die
- 50 Sprachekenntnisse da wären. Auch aus dem östlichen Raum würde ich es jetzt nicht so stark
- sehen. Ich sehe es verstärkt eben eher aus dem arabischen Raum.
- 52 I1: Und weil du eben Flüchtlingsstrom angesprochen hast, wie bewertest du generell den
- 53 Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für Migranten, Asylwerber, Schutzsuchende
- 54 und Touristen?
- 55 **OW2:** Also ich finde der Zugang ist eigentlich recht gut. Wenn man sie zu den Anlaufstellen
- schickt, werden sie schon gut integriert. Es ist halt die Frage, inwieweit auch von ihnen
- 57 persönlich der Wille da ist, sich zu integrieren. Die Möglichkeiten, wenn sie motiviert
- sind, sich zu integrieren, sind sehr wohl da.
- 59 **I1:** Und der Zugang zum Gesundheitssystem?
- 60 **OW2:** Dadurch folglich auch gegeben also auch bezüglich Krankenversicherung. Wenn sie
- sich dann eben an die richtigen Stellen wenden, ist die Betreuung überhaupt kein Problem. Das
- heißt, dass sie krankenversichert werden und entsprechend, wenn es Asylwerber sind, auch
- rezeptgebührenbefreit und kostenanteilsbefreit werden, dass sie halt eben auch keine
- 64 Kosten tragen für die Gesundheitsversorgung. Das ist gedeckt. Der Zugang zum
- 65 Gesundheitssystem ist definitiv gut gegeben.
- 66 II: Gibt es aus deiner Sicht Unterschiede bei der Behandlung von PatientInnengruppen mit
- 67 Deutschproblemen und denen, die Deutsch können sei es Konsultationszeit oder Diagnostik?
- 68 OW2: Naja, wenn es doch Kommunikationsprobleme gibt, also sprachliche Probleme, ist
- 69 natürlich der Aufwand/die Behandlungszeit pro Patient wesentlich höher. Da ist es

- 70 zeitintensiver, definitiv. Das ist schon so, weil man sich eben dann nochmal oft
- 71 zusätzlich absichern möchte, ob wirklich alles verstanden wurde, damit keine Gefahr von
- 72 irgendwelchen gesundheitlichen Folgen droht sozusagen, wenn etwas falsch verstanden wurde.
- 73 I1: Und wenn ihr zum Beispiel schon merkt, dass der Patient Sprachprobleme hat,
- 74 informiert ihr die ÄrztIn davor schon darüber oder nicht?
- 75 **OW2:** Also, wenn es erhebliche Sprachprobleme sind, wo wirklich auch (...), sage ich einmal,
- der einfach gebräuchliche Wortschatz nicht gegeben ist, also wenn man wirklich merkt, es
- ist eher Hand und Fuß als sonst etwas, dann wird die ÄrztIn auf jeden Fall informiert.
- Wenn man das Gefühl hat, es ist doch ein gewisser Grundwortschatz, um die Grundbedürfnisse
- 79 zu decken, da, ist es nicht unbedingt von Nöten. Also dann wird nicht unbedingt informiert,
- aber sonst schon.
- 81 I1: Und was wären aus deiner Sicht Gründe, um die Konsultation von einem Patienten mit
- 82 Sprachproblemen abzulehnen? Ist es schon einmal vorgekommen?
- 83 **OW2:** (..) Nein, also abgelehnt haben wir eigentlich nie, weil zur Akutversorgung sind wir
- 84 <u>verpflichtet</u>. Wenn der Patient jetzt wirkliche Beschwerden hat und dann draußen die
- 85 Ordination verlässt, zusammenbricht und in Lebensgefahr schwebt, dürfen wir das eigentlich
- 86 gar nicht. Also das ist eigentlich nie vorgekommen.
- 87 I1: Gibt es Fortbildungen zum Thema Umgang mit fremdsprachigen PatientInnengruppen? Hast
- 88 du etwas in die Richtung schon einmal besucht?
- 89 **OW2:** Also ich habe Fortbildungen besucht, wo es generell um die Verbesserung der
- 90 Kommunikation mit den Patienten allgemein geht, wo aber auch ein Teilbereich natürlich
- angesprochen wurde zum Thema: Wie ist der Umgang mit PatientInnen mit
- 92 Migrationshintergrund? Also es war schon ein Teilbereich.
- 93 I1: Was hast du da gelernt, was du dann auch selbst im Arbeitsalltag anwenden konntest?
- **OW2:** Also, wie gesagt, vor allem diese Fragen so zu stellen, wie vorher schon angesprochen,
- dass sie nicht mit "Ja" und "Nein" zu beantworten sind, sodass man wirklich herausfindet:
- 96 Hat der Patient das wirklich verstanden, was man ihm mitteilen wollte oder nicht?
- 97 I1: Und wenn du dir selbst jetzt eine Fortbildung zusammenbasteln könntest, welche Aspekte
- 98 müssten da unbedingt drinnen sein, damit du gut vorbereitet bist bei der Betreuung von
- 99 Patienten mit Sprachproblemen?
- 100 **OW2:** Also was ich sehr gut finden würde, ist, vor allem praxisorientierte Beispiele
- 101 wirklich dargestellt zu bekommen und verschiedene Situationen durchzuspielen mit Patienten,
- 102 die häufig vorkommen könnten. Wie agiert man da am besten? Wie stellt man die Fragen?
- 103 Kann man eventuell auch Hilfsmittel benutzen? Wo kommt man relativ rasch zu Informationen,
- 104 wie man Dolmetsch oder Vokabular finden kann? Vielleicht dass man da ein paar Informationen
- 105 bekommt, um halt auch zeiteffizient arbeiten zu können. Vielleicht auch zu
- 106 Verhaltensgepflogenheiten in den unterschiedlichen Kulturen. Es gibt da <u>doch</u> Unterschiede,
- 107 die zu erheblichen Missverständnissen und vielleicht auch unangenehmen Situationen führen
- 108 können, dass man da, wenn es grobe Differenzen zum europäischen Verhaltensmuster gibt
- 109 sozusagen, vielleicht informiert und auch ein bisschen sensibilisiert wird. (...) Ja das
- 110 wäre so das Wichtigste, was mir dazu einfällt.
- 111 II: Weil du jetzt auch Informationen angesprochen hast, auch zu Dolmetschern oder
- 112 generellen Informationen, hast du da den Eindruck, dass es einfach zu wenig Informationen
- 113 gibt?

- 114 **OW2:** Ja da sind eigentlich gar keine Informationen. (..) Gibt es eigentlich nicht. Auch
- 115 bei Fortbildungen oder so hätte ich nie irgendetwas in die Richtung bekommen, also
- 116 Informationen wo ich mich konkret relativ schnell informieren könnte. Habe ich eigentlich
- 117 noch nie irgendwo bekommen.
- 118 II: Also du wüsstest jetzt auch nicht, wie du jetzt quasi nach einem Dolmetscher suchen
- 119 kannst?
- 120 **OW2:** Nein.
- 121 **I1:** Okay und welche Sprachen bietet ihr in der Ordination an?
- 122 **OW2:** Englisch und Deutsch. ((lacht))
- 123 I1: Gibt es da auch mehrsprachige Unterlagen, die zur Verfügung gestellt werden für die
- 124 Patienten?
- 125 **OW2:** Also bei wichtigen Informationen, wie zum Beispiel zu aktuellen Epidemien oder
- 126 Gefahren, wie jetzt akut im aktuellen Fall des Coronavirus, gibt es von der Ärztekammer
- 127 ausgeschriebene mehrsprachige Informationsblätter, die angeboten werden, oder wenn größere
- 128 Veränderungen im Gesundheitssystem gerade passieren, wie bei der Elga-Umstellung, da gibt
- 129 es natürlich Informationsmaterial, das von der Ärztekammer oder der Österreichischen
- 130 Gesundheitskasse zur Verfügung gestellt wird, das mehrsprachig ist. Also Broschüren etc.,
- die wir auch auslegen können. Sonst eigentlich nicht. Sonst haben wir zu unseren, sage ich
- einmal, allgemeinen Rezepten, Überweisungen, Ordinationsbedarf und Materialien keine
- 133 Mehrsprachigkeit.
- 134 II: Was sind für dich die größten Hürden bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen
- 135 Patienten?
- 136 **OW2:** Die größten Hürden? Naja, (...) im Prinzip eben die Information so an den
- 137 Patienten zu bekommen, dass ich die Sicherheit habe, dass ich ihn mit bestem Wissen und
- 138 <u>Gewissen</u> medizinisch versorgt habe, ohne dass er in eine gesundheitsgefährdende Situation
- 139 kommt. Das ist eigentlich die größte Hürde oder die größte Verantwortung, die man trägt.
- 140 Ja natürlich ist auch der Zeitaspekt wichtig oder auch erheblich, der zu Stress führen
- 141 kann, wenn man sagt, man hat jetzt mehrere Patienten mit Migrationshintergrund
- 142 hintereinander und hat das Gefühl, man kann die Patienten jetzt nicht optimal versorgen
- eventuell. Das sind so die größten Hürden, weil wenn die Zeit da ist, hat man eigentlich...
- 144 Ja der Zeitfaktor ist eigentlich die größte Hürde, würde ich einmal sagen. Wenn die Zeit
- 145 da ist, kann man sich Informationen besorgen und man kann mit Hand und Fuß arbeiten. Man kann
- immer wieder noch einmal Rückfragen stellen und die Formulierung eventuell ändern, um
- 147 sich noch einmal abzusichern. Dann ist es in Ordnung, aber wenn der Zeitdruck da ist, ist es
- 148 natürlich eigentlich die größte Hürde für mich.
- 149 II: Du hast schon angesprochen, dass man versucht keine Ja/Nein-Fragen zu formulieren und
- mit Hand und Fuß kommuniziert. Gibt es noch andere Kommunikationsarten, die dann
- 151 irgendwie zur Anwendung kommen?
- 152 **OW2:** (6) Nein, also wenn dann wäre es eben, dass man eventuell versucht zum Beispiel über
- das Internet Vokabular rauszusuchen, wenn man wirklich das Gefühl hat, man kommt mit
- 154 einzelnen Worten oder so nicht weiter. Das heißt, wenn die wichtigen Informationen nicht
- beim Patienten ankommen, dass man eventuell irgendwo nachschaut wegen Vokabular und sich
- 156 so aushilft. Das wäre noch so, was mir einfällt. Aber wie gesagt, dass war bis jetzt bei
- uns noch nicht erforderlich.

- 158 II: Und wenn jemand schon teilweise Deutsch kann, wie sieht es dann aus?
- 159 **OW2:** (...) Wenn er teilweise Deutsch kann, dann funktioniert es eigentlich sehr gut. Also
- dann bemühen wir uns halt, dass wir, wenn man das Gefühl hat, die Botschaft kommt
- 161 nicht an, dann doch ein bisschen mit dem Vokabular, der Satzstellung oder den
- 162 Satzformulierungen variieren, dass es beim Patienten eben ankommt. Natürlich
- 163 funktioniert es dann doch wesentlich leichter.
- 164 I1: Welche Rolle nimmt bei euch das Englische im Arbeitsalltag ein?
- 165 **OW2:** Ja also der Bedarf ist immer häufiger da an Englischkenntnissen. Man merkt doch die
- 166 Globalisierung und wir haben in der Nähe auch die Universität. Ausländische Studenten
- 167 sind eben doch vermehrt da in der Ordination. Das merkt man schon, dass das in
- den letzten Jahren doch signifikant angestiegen ist.
- 169 II: Ist es für dich ausreichend bei der Betreuung von Patienten? Ist das Englische
- 170 ausreichend?
- 171 **OW2:** Ja "ausreichend" ist der richtige Ausdruck. Also es ist sicher
- 172 <u>Verbesserungsbedarf</u>/-potential da, aber ausreichend ist es.
- 173 I1: Verbesserungspotential von welcher Seite? Von den Kompetenzen der Patienten oder von
- 174 euren Englischfähigkeiten?
- 175 **OW2:** Sowohl als auch, aber natürlich von unserer Seite wahrscheinlich vermehrt.
- 176 II: Kommt es dann auch vor, dass man manchmal ein bisschen einen Sprachenmix verwendet von
- 177 Englisch und Deutsch?
- 178 **OW2:** Ja, ja.
- 179 **I1:** Und wann ist das meistens so?
- 180 **OW2:** Naja, wenn wir bemerken, dass die Patienten doch vielleicht gerade einen Deutschkurs
- 181 besuchen, also sich ein gewisses Grundvokabular bereits angeeignet haben, aber sich doch
- 182 im Englischen leichter tun, dann wird gemixt, sonst eigentlich nicht. Wenn man merkt, es
- ist doch etwas da, auf dem man aufbauen kann, dann wird das vermehrt angewendet.
- 184 I1: Hast du den Eindruck, dass es Bedarf am Einsatz von Dolmetschern in Ordinationen
- 185 für Allgemeinmedizin gibt ober eher nicht?
- 186 **OW2:** Also (..) ich kann ja nur für unsere Ordination eigentlich sprechen, wie die
- 187 Rahmenbedingungen bei uns sind, weil ja nicht jede Allgemeinordination auch die gleichen
- 188 Rahmenbedingungen hat auch nicht vom Patientenaufkommen. In unserer Ordination sehe ich
- den Bedarf nicht, aber was ich so an Patientenaufkommen in anderen Ordinationen gehört
- 190 habe und natürlich gibt es Bezirke, wo doch noch ein höherer Migrationshintergrund
- 191 herrscht kann ich mir vorstellen, dass es wo anders schon einen Bedarf geben würde, aber
- 192 bei uns würde ich ihn nicht sehen. Ich würde ihn eher in Krankenanstalten und in größeren
- 193 gesundheitlichen Einrichtungen sehen.
- 194 I1: Hat es schon einmal eine Situation gegeben, wo du dir gewünscht hättest, dass du einen
- 195 Dolmetscher an der Seite hättest?
- 196 **OW2:** Ja sicher. Das definitiv, aber es sind wirklich so Einzelfälle, dass man nicht von

- 197 einem Bedarf sprechen könnte, würde ich sagen.
- 198 II: Wenn Dolmetscher zum Einsatz kommen, wer sollte eigentlich der Auftraggeber sein?
- 199 Sollte das die Versorgerseite sein oder sollten die Patienten sich selbst darum kümmern?
- 200 OW2: Naja um einen professionellen Dolmetscher sollten sich die Patienten kümmern. Die
- 201 Patienten haben öfters Familienangehörige als Dolmetsch mit. (...) Schon von
- 202 Patientenseite würde ich sagen.
- 203 II: Und warum? Kannst du es kurz begründen?
- 204 **OW2:** (...) Naja ich sehe es eigentlich als eine Art Kostenfrage an. Im Prinzip ist die
- internationale Sprache Englisch und das bieten wir an. Alles weitere sehe ich eher als
- 206 Sonderleistung an, die der Patient zu tragen hat.
- 207 I1: Also hast du quasi kein Problem damit, wenn Familie oder Verwandte als Dolmetscher
- 208 eingesetzt werden von den Patienten?
- 209 OW2: Nein, es ist halt die Altersfrage bzw. ob die geistige Leistungsfähigkeit des
- 210 Patienten gegeben ist, also ob er wirklich gegenwärtig ist. Wenn jetzt zum Beispiel eine
- 211 Mutter mit einem kleinen Kind kommt oder einem noch minderjährigen Kind, ist halt zu
- 212 hinterfragen, inwieweit die Verantwortung von dem Kind getragen werden könnte und es
- 213 das wirklich erfassen kann. Ich sage einmal, ab dem 14. Lebensjahr kann man es als
- 214 Dolmetsch akzeptieren, wenn sie geistig ganz normal leistungsfähig sind. Hier kann man
- 215 sagen, es ist in Ordnung. Natürlich ist es nach oben hinauf dann auch wirklich zu
- 216 überprüfen, ob es geistig kompetent ist, das aufzunehmen, was wir ihm mitteilen.
- 217 II: Also ist es quasi ein Risiko, dass man nicht wirklich garantieren kann, ob Jugendliche
- 218 überhaupt in der Lage sind, diese komplexen Informationen weiterzugeben?
- 219 **OW2:** Genauso ist es.
- 220 I1: Okay. Gibt es von deiner Seite eine Bevorzugung, wer dolmetscht, oder ist es dir
- 221 prinzipiell egal?
- 222 **OW2:** Nein, mir ist es prinzipiell egal.
- 223 II: Mhm und welche Erwartungen hast du an Dolmetscher, jetzt egal wer die Rolle übernimmt?
- 224 **OW2:** Erwartungen, hm? (...) Naja, wie könnte man es sagen? (..) Naja gut, dass ich das
- 225 Gefühl habe, dass sie sehr gewissenhaft agieren. Das heißt, dass sie auch Rücksprache halten,
- 226 wenn ihnen nicht alles klar ist, dass sie aufmerksam zuhören, ein verantwortungsbewusstes
- 227 Erscheinen auch haben, dass man ihnen ein gewisses Grundvertrauen entgegenbringen kann und
- 228 dass wirklich die Information gewissenhaft an den Patienten weitergegeben werden.
- 229 II: Wenn der Patient jetzt, sagen wir einmal, schon ein bisschen Deutsch kann und aber
- 230 trotzdem zur Vorsicht einen Dolmetscher mitnimmt, möchtest du, dass der Dolmetscher den
- 231 Patienten einfach Deutsch sprechen lässt, so lange wie er möchte, oder ist es dir fast
- 232 lieber, dass der Dolmetscher das übernimmt?
- 233 OW2: Nein, also so lange wie der Patient sich allein artikulieren kann, sollte das der
- 234 Patient tun.
- 235 II: Hast du schon einmal mit professionellen Dolmetschern zusammengearbeitet oder nicht?

- 236 **OW2:** Nein, noch nicht.
- 237 I1: Ich habe jetzt nur mehr zwei Fragen. Bist du mit Telefondolmetschen oder
- 238 Videodolmetschen vertraut? Hast du schon etwas davon gehört?
- 239 **OW2:** Nein, nein.
- 240 II: Mhm und was würdest du von der Idee halten von "Dolmetscher auf Krankenschein"
- 241 (Pöchhacker 1997: 47)? Wäre es aus deiner Sicht machbar?
- 242 **OW2:** (...) Machbar ja, wobei ich finde, es sollte eine rechtliche Regelung dazu geben,
- 243 also gewisse Kriterien, die zu erfüllen sind. Es sollte wirklich einen geregelten
- 244 rechtlichen Hintergrund geben, ob das wirklich von Nöten ist oder nicht. Eine Überprüfung
- sozusagen. <u>Dann</u> finde ich es in Ordnung.
- 246 I1: Okay und gibt es noch etwas zu dieser Thematik, was du unbedingt sagen/mitteilen
- 247 möchtest?
- 248 OW2: (9) Ja. Also ich würde zum Beispiel so ein Pilotprojekt zu "Dolmetscher auf
- 249 Krankenschein" reizvoll finden. Also wenn man so ein Projekt eventuell starten würde mit
- einer wissenschaftlich fundierten Auswertung, ob sich das auszahlen würde oder nicht,
- würde ich es interessant finden.
- 252 I1: Super, dann bedanke ich mich, dass du mitgemacht hast.
- 253 **OW2:** Gerne.

# Anhang 4: Interviewtranskripte – ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (AS) und OrdinationsassistentInnen (OS) im Bezirk Bruck-Mürzzuschlag in der Obersteiermark

### **Transkript AS1**

Dauer der Aufnahme: 22:46

Interviewerin: I1

Befragte Person: AS1

- \_\_\_\_\_ besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Okay. Gut, dann starten wir. Nochmal danke, dass Sie mitmachen. Es ist wirklich eine
- 2 große Freude für mich. Die erste Frage ist: Wie lange sind Sie schon als ÄrztIn für
- 3 Allgemeinmedizin tätig?
- 4 **AS1:** Ich bin jetzt genau 36 Jahre als ÄrztIn tätig.
- 5 I1: In der Fachliteratur bin ich auf folgende Aussage gestoßen: Wie würden Sie es bewerten,
- dass Hausärzte als "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2) fungieren?
- 7 **AS1:** Sollten, (..) sage ich gleich einmal dazu in der Möglichkeitsform.
- 8 **I1:** Okay.
- 9 **AS1:** Es ist in Österreich sehr ambivalent. Also auf der einen Seite weiß man schon, was
- wir leisten und nämlich auch zu einem vernünftigen Preis, oder sogar sehr billig, aber wir
- 11 haben eigentlich zu wenig Möglichkeiten. Wir sind früher oder später jetzt nur mehr so,
- 12 sage ich einmal, Gatekeeper geworden. Also das heißt, wir sollen zwar kanalisieren und
- 13 verteilen, aber selbst Medizin betreiben, sollen wir nicht mehr. Obwohl wir Medizin billig
- anbieten können, sollen wir Medizin nicht betreiben. Es klingt jetzt widersprüchlich und
- genau so ist unser Gesundheitswesen derzeit. Also das heißt, auch dem Patienten wird
- ständig suggeriert, dass sie eigentlich ständig einen Facharzt brauchen oder die
- 17 Untersuchung und die Untersuchung. Über die Sinnhaftigkeit und die Kosten kann man dann
- 18 streiten, aber es traut sich auch keiner zu sagen: "Ihr müsst zuerst zu einem Hausarzt
- 19 oder Allgemeinmediziner gehen." Folglich stirbt dieser Beruf aus.
- 20 I1: Interessante Sichtweise und worin sehen Sie dann quasi ihre Aufgabe oder die Rolle in
- 21 dem Ganzen?
- 22 **AS1:** Ich komme eben aus dieser Ära noch, wo wir, sage ich jetzt, AllgemeinmedizinerInnen
- 23 gleichen Alters oder gleicher Ausbildung uns gesagt haben, wir stellen oder wir wollen
- 24 dieses System auf neue Beine stellen. Wir haben eben dieses bio-psychosoziale
- 25 Krankheitsmodell entwickelt. Das heißt, wir leben im Ort. Wir leben mit den Leuten. Wir

- leben mit den Leuten auch in gesunden Tagen. Das heißt, wir kennen die <u>Familienstrukturen</u>
- 27 sehr gut. Wir kennen das örtliche Leben sehr gut. Wir sind selbst aktiv in Vereinen und
- 28 kennen so den Menschen. Der Mensch wird erst zum Patienten, wenn er bei mir bei der Tür
- 29 herein kommt. Es ist auch ein Wahrnehmen in seiner Gesamtheit und da gehört eben auch das
- 30 soziale Umfeld und die Psyche eindeutig dazu.
- 31 II: Mhm und wenn man den Patienten in seiner Gesamtheit wahrnimmt, wie ist es dann, wenn
- 32 dieser Patient keine Deutschkenntnisse hat oder unzureichende Kenntnisse? Ist es dann
- 33 schwieriger diese Gesamtheit zu sehen?
- 34 AS1: Klar. Da haben wir dann fast so einen Ambulanzbetrieb wie im Krankenhaus. Es kommt
- eben jetzt auf die, sage ich einmal, Englischkenntnisse natürlich an. Englisch ist
- 36 eigentlich dann die Weltsprache, die doch bis auf wenige Länder alle einigermaßen
- 37 beherrschen. Das findet dann eher in einer linearen Form statt. Also da geht es natürlich
- 38 nicht um die Gesamtheit der Person, sondern da geht es nur um <u>punktuelle</u> Beschwerden oder
- 39 Funktionsstörungen dann.
- 40 I1: Und ist die Betreuung schwieriger von Patientengruppen, die keine Deutschkenntnisse
- 41 haben?
- 42 **AS1:** Sie ist insofern schwieriger, da auch das Krankheitsverständnis dieser Menschen
- anatürlich ganz ein anderes ist, wie meines oder auch unseres in Mitteleuropa. Sie sind
- 44 noch sehr von teilweise Fatalismus oder schicksalhaften Geschehen einer Krankheit überzeugt
- 45 und folglich müssen wir zuerst einmal die Begriffe verhandeln, worüber wir jetzt überhaupt
- 46 sprechen.
- 47 I1: Hat es dann einen Einfluss auf die gesamte Behandlungsdauer, wenn man da diese Brücke
- 48 erst einmal schlagen muss?
- 49 **AS1:** Natürlich, natürlich. Auf der anderen Seite muss ich sagen, habe ich sehr viele
- Flüchtlinge betreut. Das ist ja jetzt praktisch am Ende. Also wir haben jetzt hier in
- 51 unserer Region kaum mehr Flüchtlinge, nur einige Familien. Wir haben jetzt die, die hier
- 52 geblieben sind. Die haben sich die zumindest auch Deutsch gelernt haben so in unser
- 53 System ganz gut hineingefunden. Also mit denen habe ich teilweise auch eine sehr
- 54 tragfähige Beziehung. Die anderen wollen ja nur kurzfristig Linderung der Beschwerden. Da
- 55 geht es oft nur um "Kleinigkeiten", wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder einen
- verstauchten Knöchel. Das ist ja oft in einer paar Minuten erledigt und die wünschen das
- 57 auch nur so.
- 58 I1: Okay. Weil Sie eben gesagt haben, es hat eine Zeit lang viele Flüchtling gegeben. Das
- 59 heißt, damals war Mehrsprachigkeit doch sehr präsent. Ist es jetzt weniger geworden?
- 60 AS1: Das ist jetzt ganz deutlich weniger geworden. Jetzt haben wir wieder neue Flüchtlinge
- aus Syrien bekommen. Die, die jetzt kommen, kommen halt mit dem Smartphone und einer
- 62 Übersetzungsapp. Wir versuchen hier irgendetwas herauszufinden. Das ist allerdings sehr
- 63 <u>mühsam</u> und ich habe bei den letzten 2-3 Patienten auch abgebrochen und gesagt: "Ich
- bestehe darauf, dass Sie mit einem Dolmetscher kommen. "
- 65 **I1:** Also ist das ein Grund, um eine Behandlung abzubrechen?
- 66 **AS1:** Ja.
- 67 **I1:** Mhm.
- 68 **AS1:** Weil wir nicht auf irgendeine Ebene kommen.

- 69 I1: Und ist es halt eher in Phasen mittlerweile, dass Patienten mit Sprachproblemen
- 70 kommen? Also keine Regelmäßigkeit?
- 71 **AS1:** Genau. Derzeit ist keine Regelmäßigkeit und man weiß nicht, warum sie dann kommen,
- 72 weil da ist oft wochenlang nichts und dann kommen sie wieder hintereinander. Es
- 73 ist oft sehr starke Begehrlichkeit auch dahinter. (Telefonat unterbricht das Interview)
- 74 **I1:** Und gibt es bestimmte Sprachen, die ganz häufig vorkommen?
- 75 **AS1:** Ja jetzt Arabisch oder was auch immer das für Dialekte dann sind. Das ist natürlich
- das Problem, weil derzeit die weniger Gebildeten, sage ich einmal, kommen. Die haben null
- 77 Englischkenntnisse, was doch für den arabischen Raum überraschend ist, weil die
- vorangegangenen Flüchtlinge aus Syrien so vor 2 Jahren haben eigentlich alle Englisch
- 79 gekonnt. Also ja und deswegen ist eine ganz schlechte Verständigung nur möglich.
- 80 **I1:** Und wie verständigt man sich dann überhaupt?
- 81 **AS1:** Sie kommen dann mit einem Dolmetscher bzw. haben zumindest am Handy einen Dolmetscher.
- 82 Also ich mache es dann telefonisch.
- 83 I1: Okay und generell der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem? Wie ist der aus
- 84 Ihrer Sicht jetzt rechtlich geregelt für Migranten, Touristen, Flüchtlinge?
- 85 **AS1:** Offen für jeden. ((lacht))
- 86 II: Offen für jeden. Gibt es sonst noch deutliche Unterschiede bei der Betreuung von
- 87 Patienten mit Sprachproblemen jetzt abgesehen von der Dauer, die man benötigt?
- 88 **AS1:** Es ist noch einmal das Verhandeln. Ich wiederhole mich jetzt vielleicht, aber das
- 89 Verhandeln über die Krankheiten. Was verstehe ich unter Krankheit, Einschränkung oder
- 90 Funktionsstörung? Also das Wort "Krankheit" ist natürlich ein emotional sehr besetztes
- 91 Wort und damit fängt jede Nation oder jede Kultur natürlich ganz etwas anderes an. Diese
- 92 Verhandlung muss man einmal schauen. Klar, Österreich ist bestmöglich versorgt und wir
- 93 haben ein Luxusproblem, sage ich jetzt fast einmal, in der Behandlung. Das haben diese
- 94 Staaten offensichtlich aber nicht oder geringer nur. Die Afghanen oder Pakistani, die da
- 95 waren, sind sehr dankbar und sehr zufrieden schon mit sehr geringen Zuwendungen und
- 96 Behandlungsmöglichkeiten. Wie gesagt, das ist jetzt ein Abgleich, den ich leisten müsste,
- 97 aber oft auch nicht leisten kann, da der Patient oft auch den Faden verliert und nicht
- 98 mehr kommt. Also der ist dann oft auch überfordert.
- 99 I1: Okay und was glauben Sie, wäre eine Möglichkeit, um diese Überforderung zu lindern?
- 100 AS1: Naja es geht um die Informationen, die (...) Asylanten oder Asylsuchende schon
- 101 bekommen sollten in der Unterkunft bzw. im Erstaufnahmezentrum, dass man ihnen einmal
- 102 erklärt, wie funktioniert überhaupt das Gesundheitssystem bei uns? Was verstehe ich einmal
- 103 grob unter "Gesundheit" und "Krankheit"? Vielleicht, dass man diese Begriffe vorab schon
- 104 einmal klärt.
- 105 I1: Und ist es vielleicht manchmal auch Thema von Fortbildungen?
- 106 **AS1:** Das ist eigentlich kein Thema von Fortbildungen.
- 107 II: Okay, also haben Sie in die Richtung noch nichts besucht, wie man mit fremdsprachigen
- 108 Patientengruppen umgeht?

- 109 **AS1:** Nein. Ich habe früher, wie <u>noch mehr</u> Flüchtlinge da waren, sehr viel mit Wien
- 110 zusammengearbeitet. Meistens sind es ja psychische Störungen klarerweise, wie
- 111 posttraumatische Belastungsstörungen. Ich habe sehr viel mit der Psychiatrie in Wien im
- 112 AKH zusammengearbeitet. Die haben eine Ambulanz für interkulturelle Medizin gehabt. (..)
- 113 Die haben da ein recht gutes Händchen dafür dann gehabt, wer wie behandelt werden sollte,
- 114 nur wo sind wir und wo ist Wien abgesehen davon, dass die meisten damals sowieso nach
- Wien gehen wollten. Also früher oder später sind die Asylsuchenden ohnehin nicht hier
- 116 geblieben in der Region, aber zumindest, dass man ihnen den Weg dann ebnet, wie es in
- einer Weltstadt ausschaut. Es schaut natürlich anders aus wie am Land.
- 118 II: Und wenn man selbst so eine Fortbildung zusammenbasteln könnte, gibt es da Aspekte, wo
- 119 Sie der Meinung sind, Sie würden es gerne näher kennenlernen, damit Sie da besser mit
- 120 solchen Patientengruppen umgehen können?
- 121 **AS1:** Es ist jetzt nicht die <u>Notwendigkeit.</u> Das kann morgen natürlich ganz anders sein,
- 122 weil irgendwo, denke ich, wenn Corona vorbei ist, kommt das nächste Thema und das wird, ja
- 123 klarerweise, wieder Migration sein. Ich könnte mir vorstellen, dass es Österreich wieder
- 124 treffen wird. Könnte ich mir vorstellen. Momentan ist es nicht notwendig. Nein.
- 125 II: Weil eben schon das Englische erwähnt wurde, heißt das, neben Deutsch wird auch
- 126 Englisch in der Ordination angeboten?
- 127 **AS1:** Ja.
- 128 I1: Wie schaut es da mit mehrsprachigen Unterlagen aus? Werden da welche zur Verfügung
- 129 gestellt für die Patienten?
- 130 AS1: Habe ich teilweise, ja. Ich habe sogar Unterlagen, glaube ich, in Serbokroatisch und
- 131 Türkisch.
- 132 II: Werden die zur Verfügung gestellt?
- 133 **AS1:** Wenn wir gar nicht wissen, wie es weiter geht, dann stellen wir es zur Verfügung. Ja.
- 134 II: Und gut, das haben wir schon gehabt mit den ganzen Hürden. Wie schaut dann die
- 135 Kommunikation aus? Ist es einfach ein Mix aus Deutsch und Englisch, Hände und Füße? Wie
- kann man es sich so vorstellen bei einer Konsultation?
- 137 **AS1:** Genau. Es ist recht spannend, weil diese Darstellung der Krankheit, die <u>nonverbale</u>
- 138 <u>Darstellung</u> der Krankheit, sehr interessant ist und eben die südlichen Völker, sage ich
- 139 einmal, einen ganz anderen Ausdruck haben wie wir. Nicht? Das heißt, sie zeigen Leid und
- 140 Schmerz und Trauer für unsere Begriffe sehr dramatisch. Das würden wir Österreicher oder
- 141 Mitteleuropäer nie so zeigen ja, bis auf Italiener vielleicht. Das ist oft schon sehr
- eindrucksvoll, wie sie mit der Beschreibung des Schmerzes umgehen und das ist dann sehr
- 143 plausibel und gut vermittelbar.
- 144 I1: Also ist es quasi sogar förderlich bei der Diagnosestellung?
- 145 **AS1:** Genau. Eben nicht nur Kommunikation jetzt verbal, sondern auch nonverbal. Ja.
- 146 I1: Generell ist eigentlich dann das Englische quasi die erste Sprache, auf der man es
- 147 versucht?
- 148 **AS1:** Englisch ist...Ich würde sagen, früher oder später sollten wir sowieso alle nur mehr

- 149 Englisch reden. Das wäre das Einfachste.
- 150 II: Mhm und ist es überhaupt ausreichend oder gibt es da im Englischen trotzdem Lücken?
- 151 AS1: Es gibt im Englischen klarerweise Lücken. Ich habe mir medizinisches Englisch jetzt
- doch auch aneignen müssen. Gelehrt wird es mittlerweile, glaube ich, auf der Universität
- 153 <u>schon</u> im Medizinstudium. Man kann sogar eine Ausbildung in <u>Gebärdensprache</u> auch noch machen.
- 154 Das haben wir ganz vergessen. Was machen wir mit Taubstummen? ((lacht)) Aber wie gesagt,
- 155 Englisch ist ein absolutes Muss. Ich wäre dafür, dass wir in Österreich zweisprachig
- 156 aufwachsen.
- 157 I1: Und wie ist es dann mit dem medizinischen Englisch, weil das verstehen die Patienten
- 158 ja oftmals auch nicht.
- 159 AS1: Das sollte man jetzt nicht glauben. Ich habe ganz andere Erfahrungen. Gerade aus
- 160 dem afghanischen Bereich oder Schwarzafrikaner haben auch im Alltagsenglischen sie reden
- vielleicht nicht grammatikalisch richtig einen Wortschatz im Alltag, der ist
- 162 <u>beträchtlich</u>. Ich bin eigentlich immer positiv überrascht, wie gut sie gewisse Begriffe
- 163 kennen, wo ich oft schnell nachdenken muss: "Wie heißt das jetzt?"
- 164 **I1:** Sehr interessant.
- 165 **AS1:** Ja.
- 166 I1: Und würden Sie jetzt sagen, dass es in der Ordination einen Bedarf an Dolmetschern
- 167 gibt
- 168 **AS1:** Derzeit nicht. Aber wie gesagt, das kann sich rasant ändern. Ja.
- 169 II: Aber hat es schon einmal ganz bestimmte Situationen gegeben, wo sie sich gewünscht
- 170 hätten, dass ein Dolmetscher an Ihrer Seite ist?
- 171 **AS1:** Ja! Das war der Höhepunkt, wie die Flüchtlinge aus der russischen Föderation gekommen
- 172 sind, also Georgien, Tschetschenien, Kasachstan, Kirgisien. Da habe ich Leute gehabt, da
- 173 hat es einmal in der Woche sogar von der Caritas eine Dolmetscherin gegeben, die dann
- 174 gekommen ist nur für "Russisch", um zu übersetzen. Wobei Georgisch, bin ich auch
- 175 draufgekommen, wieder so eine Sprache ist, die keiner kann eigentlich. Also es gibt auch
- 176 dort wahnsinnige Unterschiede, aber das haben wir damals gebraucht. Das stimmt.
- 177 II: Und generell, wenn man jetzt einen Dolmetscher braucht, wüssten Sie wo man quasi einen
- 178 finden kann?
- 179 **AS1:** Muss ich selbst suchen. Ich war da sehr fündig. Also oft brauche ich zum Beispiel für
- 180 Rumänen einen Dolmetscher auch. Das ist auch nicht ganz einfach, bin ich draufgekommen,
- 181 weil die Dolmetscher oft auch diese Dialekte nicht verstehen. Was ich so gemerkt habe,
- 182 gibt es Mischformen zwischen Ungarisch und Rumänisch, je nachdem wie die Volksgruppen sind.
- Also ich habe schon erlebt und kenne ein paar Rumänen auch, also die schon hier sind, die
- 184 haben dann versucht zu dolmetschen und nicht dolmetschen können. Also es ist liegt die
- 185 Tücke im Detail, glaube ich. Ja.
- 186 I1: Waren die Dolmetscher dann ausgebildete Dolmetscher oder Personen mit
- 187 Sprachkenntnissen?
- 188 AS1: Nein, nein. Genau, das waren Personen, die Herkunftsland eben zum Beispiel Rumänien
- hatten und da halt schon in Österreich jetzt 15-20 Jahre leben, österreichische

- 190 Staatsbürger sind und sehr gut Deutsch können auch. Ich habe gewusst, dass wir uns von der
- 191 Bildung her einigermaßen verständigen können. Aber wie gesagt, auch da sind wir an Grenzen
- 192 gestoßen.
- 193 II: Wenn Dolmetscher jetzt zum Einsatz kommen, egal wer das jetzt übernimmt, ob es jetzt
- 194 Profis sind oder auch Laien, wer sollte da der Auftraggeber sein? Die Versorgerseite oder
- 195 die Patienten?
- 196 **AS1:** Naja letztendlich müsste es Aufgabe der Patienten sein. Ich biete ja nur jetzt
- 197 sozusagen eine Dienstleistung an, aber ich kann mich nicht darum kümmern. Das würde fast
- zu weit gehen. Also ich denke, wenn man jetzt wirklich ein Problem hätte, müsste ein
- 199 niederschwelliger Zugang zu so einer Einrichtung da sein. Ist es bei der Caritas meistens
- 200 ohnedies, sage ich jetzt. Das müsste aber von der Patientenseite kommen.
- 201 II: Mhm und gibt es von Ihrer Seite eine bestimmte Präferenz, wer die Dolmetscherrolle
- 202 übernimmt? Profis? Verwandte? Freunde?
- 203 AS1: Was ich bekomme. ((lacht)) Damit bin ich schon zufrieden.
- 204 I1: Okay. Gibt es da bestimmte Erwartungen, die man dann aber aus ärztlicher Sicht an
- 205 diese Person hat, die als Sprachrohr quasi fungiert?
- 206 **AS1:** Ja es ist immer heikel. Wie gesagt, was sage ich und was wird dann übersetzt? Es
- 207 verliert ja in der Übersetzung unter Umständen (..), wie soll man sagen, den Bezug. Ich
- 208 denke jetzt an den Film "Lost in Translation", der fällt mir nämlich gerade ein. Ja, wenn
- 209 ich etwas übersetze, verändert sich der Inhalt. Ich denke, das ist so. Nicht absichtlich
- 210 oder nicht bösartig, sondern ich denke, es passieren gewisse Dinge, die der Dolmetscher
- 211 natürlich von seinem Bild ableitet, das er dann hat, von dem was ich ihm erkläre. Ich habe
- 212 ein Bild von einer Krankheit und dann hat der Dolmetscher natürlich auch ein Bild und
- 213 dieses Bild kann er ja nur weitergeben. Das was er hat. Unter Umständen kommen da schon
- 214 Differenzen auch heraus. Das habe ich schon gesehen.
- 215 I1: Okay und wie ist es dann, wenn der Patient selbst schon ein bisschen Deutsch kann?
- 216 Bevorzugt man dann trotzdem, dass der Dolmetscher dolmetscht oder versucht man soweit es
- 217 geht, erst einmal nur mit dem Patienten zu sprechen?
- 218 AS1: Genau, richtig. Ich muss den Weg des geringsten Widerstandes gehen, weil mein
- 219 Aufgabenbereich schon so umfassend ist, dass ich den Weg des geringsten Widerstandes
- 220 einmal gehe. Erst wenn es tatsächlich um etwas geht, kommt dann sozusagen Stufe 2 oder
- 221 Stufe 3. Das klingt jetzt blöd, aber 85% meiner Tagespatienten sind ja Routinefälle. Gott
- 222 sei Dank geht es da nie um Tod und Leben gleich einmal. Das ist eher die Ausnahme. Dieses
- 223 Gespür habe ich, denke ich, nach dieser Zeit, dass ich weiß, wenn etwas ernst ist und wenn
- 224 nicht. Sonst schaut man einmal, wie geht es überhaupt?
- 225 I1: Haben Sie schon, abgesehen von eben Personen mit Sprachkenntnissen, mit Dolmetschern
- 226 zusammengearbeitet, die in diesem Bereich eine Ausbildung haben oder noch nicht?
- 227 AS1: Das weiß ich jetzt nicht. Ich muss es glauben, wenn sie von der Caritas kommen und
- 228 sagen, sie sind es von der Visitenkarte her. Muss man da gerichtlich beeidet dann sein?
- 229 Ein Sachverständiger? Studium vorweisen?
- 230 II: Vor Gericht ja, aber so kann jeder ohne Ausbildung das Gewerbe für Sprachdienstleister
- anmelden, ohne einen Nachweis zu bringen.
- 232 AS1: Das vermute ich auch so. So wird es bei der Caritas nämlich dann sein, weil das ja

- 233 eine Preis- und eine Kostenfrage natürlich sein wird. Darüber habe ich mir eigentlich keine
- 234 Gedanken gemacht.
- 235 I1: Und so bestimmte Dolmetschdienstleistungen, wie Telefondolmetschen oder
- 236 Videodolmetschen sind die bekannt oder kommuniziert von der Ärztekammer?
- 237 **AS1:** Nein, nein. Also in den Großstädten oder Ballungsräumen sicher. Also ich glaube, dass
- 238 es in Graz schon ganz anders sein wird und in Wien sowieso. Da wird es anders gar nicht
- 239 gehen, aber wie gesagt, bei uns im ländlichen Raum natürlich gar nicht.
- 240 II: Gäbe es da überhaupt den Bedarf für so etwas, dass man eben per Telefon einen
- 241 Dolmetscher zuschaltet oder per Video?
- 242 AS1: (...) Ja wäre sicher ein Bedarf. Wie gesagt, momentan ist alles ruhig.
- 243 I1: Und die letzte Frage wäre: Was würden Sie von der Idee halten, "Dolmetscher auf Kranken-
- schein" (Pöchhacker 1997: 47) anzubieten? Wäre es überhaupt machbar? Wäre es eine Option?
- 245 **AS1:** Gut, wenn man sich jetzt das Defizit ansieht in Österreich ((lacht)), bin ich
- skeptisch als gelernter Österreicher, der schon lange tätig ist in diesem Bereich. Auf
- 247 Krankenschein? Ja. Das wäre das Ziel. Nur ich arbeite jetzt als Beispiel viel mit
- 248 Mentaltrainern auch zusammen, weil wie du weißt, bin ich auch Psychotherapeut. Jetzt
- 249 versucht die Gruppe der Mentaltrainer auf den Gesundheitsmarkt zu stoßen und sie
- 250 wollen natürlich auch auf Krankenschein usw. Ich befürchte, es ist nicht realistisch. Als
- 251 Idee und als Zukunftsvision keine Frage, aber realistisch wird es nicht sein.
- 252 I1: Okay, alles klar. Dann wäre das eigentlich alles von meiner Seite. Gibt es von Ihrer
- 253 Seite noch irgendetwas zu der Thematik, was Sie teilen möchten?
- 254 **AS1:** Nein, das war sehr umfassend.
- 255 I1: Passt, super. Dankeschön.
- 256 **AS1:** Es war sehr schön mit dir.

### **Transkript AS2**

Dauer der Aufnahme: --:--

Interviewerin: I1

Befragte Person: AS2

<u>Hinweis:</u> Die Antworten auf die Interviewfragen wurden von AS2 schriftlich per E-Mail an die Verfasserin übermittelt. Aufgrund der Ausgangsbeschränkungen, die mit dem Coronavirus in Zusammenhang standen, konnte des Interview im März 2020 nicht persönlich stattfinden.

- 1 I1: Wie lange sind Sie bereits als ÄrztIn für Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich
- 2 tätig?
- 3 **AS2:** Seit 07/2012 (Praxisübernahme/Nachfolgepraxis).
- 4 I1: HausärztInnen fungieren als "Drehscheibe im Gesundheitssystem" (Rebhandl 2008: 2). Wie
- 5 bewerten Sie diese Aussage?
- 6 **AS2:** Das stimmt so. Wir sind die erste Anlaufstelle für alle Fragestellungen im
- 7 medizinischen Bereich und oft auch darüber hinaus (z.B. Sozialbetreuung...).
- 8 **I1:** Wie würden Sie Ihre Rolle definieren?
- 9 **AS2:** Ebenso. Wir sind Vertrauensperson, kompetenter Ansprechpartner bei verschiedenen
- 10 medizinischen Problemen, Vermittler, Informant, Tröster, Motivator, Mutmacher, Aufmunterer,
- 11 Therapeut etc.
- 12 II: Verspüren Sie einen größeren Druck/eine größere Verantwortung bei der Erfüllung Ihrer
- 13 Rolle bei der Behandlung von PatientInnen, die keine oder unzureichende Deutschkenntnisse
- 14 besitzen?
- 15 AS2: Nein, kein größerer Druck oder keine größere Verantwortung. Es bedarf aber immer
- 16 einem größeren Zeitaufwand. Man muss noch deutlicher erklären und man muss sich noch
- 17 genauer versichern, dass alles Gesagte richtig verstanden wurde. Missverständnisse sollten
- 18 so gut wie möglich verhindert oder aus dem Weg geräumt werden. Zum Beantworten aller
- 19 Fragen braucht man demnach auch länger.
- 20 II: Wie bewerten Sie aus Ihrer persönlichen Sicht die Betreuung von PatientInnen mit
- 21 Sprachproblemen?
- 22 **AS2:** Ich versuche ohne viel Fachausdrücke in sehr vereinfachten, aber korrekten Sätzen,
- 23 Sachverhalte und Therapiemodalitäten zu erläutern. Oft muss ich auch etwas
- 24 aufzeichnen/skizzieren. Das wird dann meist gut verstanden. Ich versuche mir so gut es
- 25 geht, Zeit zu nehmen, um sicher zu gehen, dass alles verstanden wurde.
- 26 II: Wie stark ist der Arbeitsalltag in Ihrer Ordination durch Mehrsprachigkeit d.h., in
- 27 Ihrem Fall dem Betreuen anderssprachiger PatientInnengruppen geprägt?
- 28 (phasenweise/regelmäßig?)
- 29 **AS2:** Regelmäßig, mehrmals täglich.

- 30 I1: Welche Unterschiede gibt es aus Ihrer Sicht bei der Behandlung/Betreuung von
- 31 deutschsprachigen sowie nicht-deutschsprachigen PatientInnen? (z.B. Konsultationszeit,
- 32 Diagnostik etc.)
- 33 **AS2:** In erster Linie ist der erhöhte Zeitaufwand der Hauptunterschied. Bei manchen
- Personen kann man sich trotz intensiver Bemühungen nie sicher sein, ob die Therapieansätze
- 35 richtig verstanden wurden. Komplizierte Therapieformen fallen dadurch oft aus oder müssen
- auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.
- 37 I1: Was wären Gründe für Sie, um die Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen
- 38 abzubrechen bzw. abzulehnen?/Ist es in Ihrer Ordination schon einmal vorgekommen?
- 39 **AS2:** Wenn jemand nach mehrmaliger Aufforderung OHNE kompetenten (Laien-)Dolmetsch aus der
- 40 Familie/aus dem Bekanntenkreis zu einer therapeutischen Aussprache kommt. Eine solche
- 41 Aussprache ist dann natürlich wieder nicht möglich und wäre sogar gefährlich wegen der
- 42 sprachlichen Missverständnisse! In meiner Ordination gibt es genau 1 Fall (es ist eh immer
- die gleiche Person), die ohne Dolmetsch und ohne Deutsch- oder Englischkenntnisse in die
- Ordination kommt und sich wundert, dass ich noch immer kein Rumänisch spreche. Ein
- 45 weiteres Mal habe ich mich nach einem kurzen Gesprächsversuch mit einer Dame dazu
- entschlossen, ihre Menstruationsprobleme und die Therapie ihrer heftigen Monatsblutung
- 47 NICHT mit ihrer Dolmetscherin ihrer 5 (!!!) Jahre alten Tochter zu besprechen.
- 48 I1: Werden (regelmäßig) Fortbildungen zum Umgang mit fremdsprachigen PatientInnengruppen
- 49 angeboten? Haben Sie so eine Fortbildung besucht?
- 50 **AS2:** Nein.
- 51 II: Stellen Sie sich vor, sie könnten Themen/Schwerpunkte einer solchen Fortbildung selbst
- bestimmen. Welche Themen sollten im Rahmen dieser Fortbildung unbedingt behandelt werden?
- AS2: Ich bin der Meinung, dass nicht die Ärzte (noch mehr) Fortbildungen machen müssten.
- Unsere Aufgabe sehe ich schon mehr im fachlichen Gebiet. Die Patienten sollten in ihrem
- 55 eigenen Interesse die Landessprache lernen, um das Wichtigste zu verstehen. Immerhin geht
- 56 es um IHRE Gesundheit. Sie müssten im Falle einer Sprachbarriere für einen Dolmetsch
- 57 (ihres Vertrauens) sorgen Laien oder Profidolmetsch. Gegenüber des Dolmetschers müssen
- 58 Ärzte auch offiziell ihrer Schweigepflicht entbunden werden.
- 59 II: Welche Sprachen sprechen Sie/bieten Sie in Ihrer Ordination an?
- 60 **AS2:** Deutsch, Englisch, Steirisch (3)
- 61 II: Gibt es mehrsprachige Unterlagen für PatientInnen in Ihrer Ordination? Wer stellt
- diese zur Verfügung/werden sie selbst vorbereitet?
- 63 **AS2:** Nein.
- 64 II: Welche Aspekte sehen Sie als Hürden bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen
- PatientInnen an? (sprachlich/nonverbal/kulturell etc.)
- AS2: Manche Damen wollen aus religiösen Gründen nur von Ärztinnen untersucht werden. Das
- 67 ist zwar nicht wirklich als Hürde zu bewerten, ist jedoch sicher ein Grund für Mehraufwand
- und die Ursache von organisatorischen Problemen (z.B. bei Terminfindung bei Fachärztinnen).
- 69 II: Wie kommunizieren Sie mit PatientInnen, die keine/unzureichende oder teilweise

- 70 Deutschkenntnisse besitzen?
- 71 **AS2:** Langsam, einfach, mit Händen und Füßen, Zeichnungen, Skizzen, schriftlich, öfters
- 72 erklären, über (Laien-)Dolmetscher versichern, ob alles verstanden wurde, etc.
- 73 II: Verwenden Sie bei den Behandlungen einen Sprachenmix (z.B. Deutsch-Englisch)? Wie
- 74 funktioniert es?
- 75 **AS2:** Nein.
- 76 I1: Welche Rolle nimmt Englisch im Ordinationsalltag ein? Inwieweit erachten Sie Englisch
- 77 als ausreichend bei der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen?
- 78 **AS2:** Englisch reicht im Alltag bei Weitem nicht aus, da die meisten (süd-östlichen)
- 79 Landsleute über ungenügende (keine) Englischkenntnisse verfügen.
- 80 I1: Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht den Bedarf am Einsatz von DolmetscherInnen in Ihrer
- 81 Ordination für Allgemeinmedizin?
- 82 **AS2:** Eine fixe Anstellung professioneller Dolmetscher bei Ärzten ist nicht notwendig oder
- 83 möglich. Die meisten finden jemanden im Bekanntenkreis oder in der Familie, der mehr
- oder weniger dolmetschen kann. Oft wird auch über Mobiltelefone gedolmetscht.
- 85 II: Gab es in Ihrem Arbeitsalltag Situationen, in denen Sie sich Unterstützung von
- 86 DolmetscherInnen gewünscht hätten?
- 87 **AS2:** Ja, natürlich, öfter...
- 88 II: Wenn DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, wer sind die AuftraggeberInnen bzw. wer
- 89 sollten die AuftraggeberInnen sein? (ÄrztInnen/PatientInnen?)
- 90 **AS2:** Auftraggeber muss aus Datenschutzgründen der Patient sein (Stichwort:
- 91 Schweigepflicht). Es liegt auch im Interesse des Patienten/der Patientin die ÄrztIn zu
- 92 verstehen, insofern muss dieser sich einen Dolmetscher organisieren.
- 93 I1: Wer sind die DolmetscherInnen? (welche Personengruppen?)
- 94 **AS2:** Freunde, Bekannte, sehr oft auch Kinder...
- 95 II: Wen bevorzugen Sie als Dolmetscher? (professionelle DolmetscherInnen/Personen mit
- 96 Sprachkenntnissen?)
- 97 **AS2:** Er/sie sollte natürlich gute Sprachkenntnisse und das Vertrauen des Patienten haben.
- 98 Wenn dies der Fall ist, muss der Dolmetscher nicht unbedingt professionell sein.
- 99 II: Welche Erwartungen haben Sie an DolmetscherInnen, egal ob Profis oder Laien in diese
- 100 Rolle schlüpfen?
- 101 AS2: Dolmetscher sollten das Gesagte möglichst wörtlich und genau übersetzen. Nach dem
- 102 Gespräch soll überprüft werden, ob alles richtig verstanden wurde und ob noch Fragen von
- 103 Seiten des Patienten offen sind. Schweigepflicht gegenüber Dritter!
- 104 II: Wie sollen sich DolmetscherInnen verhalten, wenn die PatientInnen sich bereits zum
- 105 Teil selbst auf Deutsch verständigen können?

- 106 AS2: Unterstützend erklären. Meistens aber spricht nur der Dolmetscher, auch wenn der
- 107 Patient schon etwas Deutsch versteht/spricht.
- 108 I1: Wie oft haben Sie schon mit professionellen DolmetscherInnen
- 109 zusammengearbeitet/professionelle DolmetscherInnen beauftragt?
- 110 **AS2:** Noch nie.
- 111 **I1:** Wüssten Sie, wo Sie DolmetscherInnen finden können?
- 112 **AS2:** Nein.
- 113 I1: Sind Sie mit Telefondolmetsch-/Videodolmetschdiensten vertraut?
- 114 AS2: Nein, nur Laien-Telefon-Dolmetsch.
- 115 I1: Was halten Sie von der Idee "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997:47),
- die direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Wäre das aus Ihrer Sicht machbar?
- 117 **AS2:** Die Idee klingt prinzipiell gut, ist aber eher bei Fachärzten oder im stationären
- 118 Setting sinnvoll, wenn es z.B. um die Aufklärung vor komplizierten Operationen oder
- 119 Eingriffen und Therapien geht. Da sollte der Dolmetscher auch Fachbegriffe kennen und über
- 120 Ablauf und Alltag in der jeweiligen Krankenanstalt Bescheid wissen. In
- 121 allgemeinmedizinischen Ordinationen kann man sich in den allermeisten Fällen mit
- 122 Laien-Dolmetschern unter dem zeitlichen Mehraufwand aushelfen!

### **Transkript OS1**

Dauer der Aufnahme: 13:18

Interviewerin: I1

Befragte Person: OS1

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: So, dann danke nochmal, dass du mitmachst.
- 2 **OS1:** Bitteschön, gerne.
- 3 I1: Und die Einstiegsfrage wäre: Wie lange bist du schon als OrdinationsassistentIn tätig?
- 4 **OS1:** 5 Jahre. Seit Januar sind es 5 Jahre.
- 5 I1: Okay und was sind deine Aufgaben im Arbeitsalltag?
- 6 **OS1:** (...) Ja, Medikamente vorbereiten und ausgeben. Die Patienten teilweise aufklären und
- 7 koordinieren. Müssen sie zur Blutabnahme? Müssen sie zur ÄrztIn rein? Brauchen sie nur
- 8 Medikamente? Es ist vielfältig eigentlich.
- 9 **I1:** Und wie würdest du deine eigene Rolle quasi beschreiben?
- 10 **OS1:** Schon sehr wichtig in der Ordination. Man ist als OrdinationsassistentIn sicher zum
- 11 Teil ein Ankerpunkt. Die Leute sind teilweise, wenn es ältere Herrschaften mit
- 12 Bluthochdruck etc. sind, irrsinnig aufgeregt oft, wenn sie zur ÄrztIn gehen. Dann haben
- sie allein schon einen höheren Blutdruck, weil sie bei der ÄrztIn sind. Da nimmt man
- 14 einfach die Angst (...) und begegnet ihnen zuerst mit einem Lächeln. Meistens ist man krank,
- 15 wenn man zum Doktor muss. Da ist man eh schon schlecht gelaunt genug. Die anderen
- wartenden Patienten sind meistens auch nicht bester Laune, also ist es irgendwie eine
- 17 aufbauende Funktion und für die ÄrztIn, glaube ich, schon eine sehr große unterstützende
- 18 Funktion.
- 19 I1: Weil du eben die Patientenaufklärung erwähnt hast und dass man ein Ankerpunkt ist,
- 20 hast du den Eindruck, dass es schwieriger ist, dieser Rolle gerecht zu werden, wenn
- 21 irgendwer keine Deutschkenntnisse hat oder nur ganz geringe?
- 22 **OS1:** Ja. Ja. Also wir haben derzeit auch recht viele Fälle, die ohne Dolmetscher kommen.
- 23 Da erstens schon einmal herausfinden, was das Anliegen ist von den Patienten, ist
- 24 schwierig. Müssen sie zur ÄrztIn? Brauchen sie nur Medikamente? Müssen sie woanders hin?
- Weiters bespricht die ÄrztIn drinnen mit ihnen etwas und wir sind heraußen nicht
- dabei. Dann kommt eine Überweisung aus dem Drucker und wir müssen dem Patienten erklären,
- wo er eigentlich hin soll. Was ist die weitere Vorgehensweise?
- 28 **I1:** Also ist die Nachbetreuung quasi dann ein weiterer Faktor?

- 29 **OS1:** Genau. Wir hatten einen Fäll, der hätte zur Gastro und Kolo fahren sollen. Er ist
- dann auch brav hingefahren, hat aber gar nicht gewusst, was er dort dann machen soll.
- 31 Dann sind wir wiederum von den Ärzten dort angerufen worden, dass sie ihn nicht
- 32 nehmen können, weil er leider keine Betreuungsperson mit hat. Das haben wir ihm 10x
- 33 gesagt. Er braucht einen Dolmetscher mit, der dann für circa 4 Stunden die Betreuung
- 34 übernimmt. Das passiert dann halt nicht.
- 35 II: Also sind Sprachprobleme auch ein Grund, warum vielleicht eine Behandlung abgebrochen
- 36 wird?
- 37 **OS1:** Ja auf alle Fälle, aber nicht von unserer Seite her und auch nicht vom Krankenhaus,
- 38 sondern weil die meisten eben keinen Dolmetscher mithaben und selbst der Sprache nicht
- 39 mächtig sind.
- 40 I1: Würdest du sagen, dass generell Mehrsprachigkeit bereits der Alltag bei euch in der
- 41 Ordination ist oder ist es eher selten der Fall?
- 42 **OS1:** Eher selten.
- 43 I1: Gibt es bestimmte Sprachen oder Sprachgruppen, die bei euch sind?
- 44 **OS1:** Ja. (...) Dari und Farsi haben wir teilweise. Also das war voriges Jahr recht viel.
- 45 Jetzt ist oft Arabisch gefragt, also vor allem auch in der Schrift. Da haben wir überhaupt
- 46 keine Kenntnisse. Auf Dari und Farsi haben wir gewisse Formulare aufliegen oder
- 47 Impf-Checkhefte, wobei wir momentan weniger Kinder eigentlich haben. Da in vielen Fällen
- 48 die Kinder ja schon Deutsch können und die Mütter nicht, sind dann die Kinder der
- 49 Dolmetscher. Aber mit Arabisch tun wir uns sehr schwer.
- 50 I1: Und generell der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem, sei es für Touristen,
- 51 Migranten, Asylwerber?
- 52 **OS1:** Ideal. <u>Das Einfachste überhaupt.</u> Jeder kann zum Arzt kommen.
- 53 I1: Und gibt es aus deiner Sicht Unterschiede bei der Betreuung hinsichtlich der
- 54 Konsultationszeit, der Diagnostik? Gibt es da eindeutige Unterschiede?
- 55 **OS1:** Auf keinen Fall. Also ich kann jetzt nur von uns in der Ordination sprechen. Die
- 56 ÄrztIn gibt sich hier und dort Mühe.
- 57 II: Ist es zum Beispiel so, dass wenn jemand Sprachprobleme hat, dass ihr die ÄrztIn
- vielleicht vorher informiert, dass es schwieriger werden könnte mit der Kommunikation?
- 59 **OS1:** Ja, weil einfach teilweise der Stresspegel schon ziemlich hoch ist während dem
- Arbeiten und zu Stoßzeiten, wie es 2015 oder 2016 war. Das ist ja jetzt relativ harmlos,
- aber da sind 7-8 Patienten hinein, die nicht unsere Sprache gesprochen haben. Das ist
- 62 einfach irrsinnig mühsam. Dann haben wir vorab schon einmal gefiltert, was sie brauchen
- und wollen, um die ÄrztIn zu unterstützen, dass der Vorgang einfach ein bisschen zügiger
- 64 voran geht.
- 65 **I1:** Weil sonst die Konsultationszeit sehr lange wäre?
- 66 **OS1:** Genau und dann müssen alle Patienten warten, nicht nur Ausländer, sondern auch
- 67 Österreicher, Kinder etc. Das ist dann wie ein Rattenschweif, der was dann hinten
- 68 dranhängt.

- 69 I1: Und so gibt es Fortbildungen zum Thema Umgang mit fremdsprachigen Patientengruppen?
- Hast du in die Richtung schon etwas besucht?
- 71 **OS1:** Nein, habe ich nicht besucht. Wobei ich hatte es in der Ausbildung, die ist bei mir
- 72 trotzdem erst 3 Jahre her, und ich habe sehr gute Englischkenntnisse. Das hilft einem dann
- 73 schon sehr viel weiter. Und das neue Medium ist Google Translator. Man sitzt in der Ordi
- und der Patient kommt. Man hat <u>keine Idee</u> von irgendetwas und geht online. Hier muss ich
- sagen, ist der Vorteil, dass es auch ins Arabische geht. Also es ist uns schon eine große
- 76 Stütze. Wahrscheinlich nicht nur für uns in der Medizin, sondern in allem.
- 77 I1: Und wenn du jetzt zum Beispiel selbst eine Fortbildung zusammenbasteln könntest in
- diesem Themenbereich, welche Aspekte müsstest du da unbedingt drinnen haben, damit es
- 79 dir im Arbeitsalltag auch helfen könnte?
- 80 **OS1:** Auch die kulturellen Hintergründe, glaube ich. Jetzt zu Zeiten des Coronavirus eher
- ausgenommen, aber Handschlag ja/Handschlag nein? Frauen. Zu welchen Ärzten dürfen wir sie
- 82 überweisen? Dürfen wir sie überweisen? Mit welchen religiösen Hintergründen haben wir zu
- 83 tun? Also zum Beispiel zu keinem männlichen Frauenarzt. Ich glaube, das wird oft in den
- 84 Ordinationen ein bisschen vergessen.
- 85 I1: Okay. Weil du eben schon Englischkenntnisse angesprochen hast. Das heißt, ihr bietet
- 86 Deutsch und Englisch bei euch an?
- 87 **OS1:** Also ja, nur ich und die ÄrztIn spricht gut Englisch. Die beiden KollegInnen nicht
- 88 wirklich.
- 89 I1: Du hast auch gesagt, es gibt Unterlagen bereits auf anderen Sprachen. Macht ihr die
- 90 selbst oder werden sie zur Verfügung gestellt?
- 91 **OS1:** Das machen wir selbst, weil wir uns den Arbeitsalltag erleichtern dadurch.
- 92 **I1:** Und das Englische übersetzt du selbst?
- 93 **OS1:** Ja.
- 94 I1: Und wie ist es mit anderen Sprachen, wie zum Beispiel dem Arabischen?
- 95 **OS1:** Download. ((lacht))
- 96 I1: Download. Was man findet? ((lacht))
- 97 **OS1:** Genau.
- 98 I1: Was sind noch so Hürden außer der Sprache bei der Betreuung von Patienten, die kein
- 99 Deutsch können?
- 100 **OS1:** Ja eben die religiösen Hintergründe. Was ist erlaubt? Was ist nicht erlaubt? (..)
- 101 Auch zum Beispiel die anderen Hintergründe. Die meisten haben ja kein Auto. Sie haben
- 102 vielleicht Kinder, kleine Kinder. Sie müssen dann zu einer Untersuchung. Wir setzen
- 103 uns eigentlich ins Auto und fahren und sie müssen die Kinder einpacken, müssen zum Bus
- 104 um 6 Uhr in der Früh, dass sie um 8 oder um 10 bei der Untersuchung sind. Bei uns
- am Land ist es noch dazu erschwert durch die öffentlichen Verkehrsmittel. Also das ist
- 106 sicher auch nicht so einfach.
- 107 I1: Wie schaut da die Kommunikation jetzt aus mit einem Patienten, der wirklich gar kein

- 108 Deutsch kann oder vielleicht nur ein bisschen Deutsch kann? Wie kommunizierst du mit
- 109 diesen Patienten?
- 110 **OS1:** Ich geben mein Bestes mit vollem Körpereinsatz und mit dem Google Translator, aber
- 111 wenn es nicht geht, dann geht es nicht. Dann muss ich zu der Person leider vielfach sagen
- auf Deutsch, Englisch, wie auch immer: "Es tut mir leid, ich kann Ihnen jetzt nicht
- 113 weiterhelfen. Holen Sie jemanden her, der ein bisschen dolmetscht und übersetzt zwischen
- 114 uns. Ich komme nicht mehr weiter."
- 115 II: Das heißt, man verwendet auch ein bisschen so einen Sprachmix, wenn es notwendig ist?
- 116 **OS1:** Alles! Alles wird gemixt. Sicher! Not macht erfinderisch. Bis zum Zeichnen gehen wir
- 117 da.
- 118 II: Bis zum Zeichnen? Alles klar. Also ist es dann zum Beispiel auch der Fall, wenn man
- 119 erklärt, wie Medikamente eingenommen werden?
- 120 **OS1:** Ja genau oder wo jetzt der Röntgenologe in der Stadt ist. Dann wir gezeichnet etc.
- 121 Ja klar.
- 122 II: Brauchen die Patienten dann auch nach der Behandlung eine zusätzliche Betreuung von
- 123 deiner Seite?
- 124 **OS1:** Ja schon oder eher von der ärztlichen Seite.
- 125 I1: Und Englisch? Nimmt es eine wichtige Rolle ein?
- 126 **OS1:** Ja schon. Gerade bei uns im Sommer mit den Touristen usw.
- 127 II: Hast du den Eindruck, dass es ausreichend ist, um sozusagen die
- 128 Grundbetreuung/-versorgung zu gewährleisten?
- 129 **OS1:** Ob mein Englisch ausreichen ist?
- 130 **I1:** Ja.
- 131 **OS1:** Ja.
- 132 II: Gibt es aus deiner Sicht einen Bedarf für Dolmetscher bei Hausärzten oder bei euch?
- 133 **OS1:** Fix angestellt meist du? Oder wie?
- 134 II: Es ist egal, ob ihr ihn anstellt, ob er fix angestellt ist oder...
- 135 **OS1:** Ja, grundsätzlich ja, wobei ich die Schwierigkeit darin sehe, dass wahrscheinlich ein
- Dolmetscher nicht zugleich Arabisch, Dari und Farsi sprechen kann. Der kann von mir aus
- 137 Englisch und Arabisch, aber für Dari, Farsi, Norwegisch, Finnisch, Schwedisch bräuchte man
- 138 wieder jemand anderen. Also ich glaube ein Dolmetscher, der alle Sprachen spricht, wäre
- 139 perfekt, aber es ist bei uns halt Migrationshintergrund trotzdem von vielen Ländern. Oder
- 140 eben auch Türkisch etc.
- 141 I1: Gibt es so ganz bestimmte Situationen, wo ihr euch wünscht, dass ein Dolmetscher da
- 142 wäre?
- 143 **OS1:** Ja. Wenn der Patient Beschwerden hat und wir müssen ihn ins Krankenhaus schicken,

- versteht er nicht einmal das. Weil dann tut er mir auch noch leid. Und allein durch seine
- 145 Schmerzen ist er aber schon mental ganz woanders. Er hört dann noch weniger zu. Also das
- ist unglaublich schwierig.
- 147 II: Weil du eben angesprochen hast, es wäre ideal, wenn man diesen einen Dolmetscher hat,
- 148 der alle Sprachen kann. Wüsstest du, wie man auf einen Dolmetscher zurückgreifen kann, wie
- 149 man einen engagieren kann?
- 150 **OS1:** Nein.
- 151 II: Okay. Es gibt zum Beispiel verschiedene Dolmetschdienstleistungsarten, die es ungefähr
- abdecken, und zwar Telefondolmetschen und Videodolmetschen, wo du anrufst und sagst, du
- 153 brauchst einen Dolmetscher für folgende Sprache.
- 154 **OS1:** Wie wird das verrechnet?
- 155 **I1:** Es gibt halt bestimmte Stundensätze oder für 30 Minuten.
- 156 **OS1:** Ja, aber meistens brauche ich ihn ja nur für 3-4 Minuten.
- 157 II: Das wäre eben dann abzuklären. Da muss ich gestehen, dass ich nicht weiß, wie es
- 158 abgerechnet wird.
- 159 **OS1:** Ja das wäre interessant. War mir nicht bekannt.
- 160 II: In Krankenhäusern wird es auch schon eingesetzt mit Videodolmetschen. Es gibt extra
- 161 einen Bildschirm und dann wir quasi ein Skype-Anruf gemacht und dann ist der Dolmetscher
- 162 als dritte Person mit dabei, nur in virtueller Art. Glaubst du, dass so etwas möglich wäre
- als Einsatzmöglichkeit, wenn man so dann viele Sprachen abdecken kann?
- 164 **OS1:** Ja. Also jetzt nicht unbedingt bei uns in der Ordination derzeit, aber grundsätzlich
- 165 ja.
- 166 I1: Wenn Dolmetscher zum Einsatz kommen bei euch, wer ist das jetzt meistens? Ist es die
- 167 Familie oder jemand, der es professionell macht?
- 168 **OS1:** Familie und Freunde von den Flüchtlingen. Ja.
- 169 II: Gibt es da von deiner Seite eine Bevorzugung, wer es sein sollte oder Hauptsache es
- 170 kommt jemand?
- 171 **OS1:** Hauptsache es kommt jemand, weil ob der dem anderen jetzt nahesteht oder nicht, ist
- 172 eigentlich egal. Wenn die ÄrztIn sagt, das Pulver ist 3x am Tag zu nehmen, dann ist es
- 173 egal, ob es die Tochter erklärt oder der Nachbar. (kurze Unterbrechung durch andere
- 174 OrdinationsassistentIn)
- 175 **I1:** Und wer sollte deiner Meinung nach überhaupt den Dolmetscher mitbringen? Sollte es von
- 176 der Versorgerseite kommen oder von der Patientenseite?
- 177 **OS1:** (...)Von der Patientenseite, <u>weil er will etwas</u>. Ganz klipp und klar. Er hat Schmerzen.
- 178 Er will etwas. Er kann nicht davon ausgehen, dass wir Türkisch sprechen. Ich kann nicht
- davon ausgehen, wenn ich in ein türkisches Krankenhaus gehe in keine Ahnung wo, dass ich
- 180 dort toll verstanden werde.
- 181 II: Und wenn jetzt ein Dolmetscher da ist, jetzt egal wer das ist, hast du da bestimmte

- 182 Erwartungen an diese Person?
- 183 **OS1:** (4) Dass er mich nicht unterbricht oder die ÄrztIn, dass er zuhört und es kurz und
- prägnant dem Patienten wiedergibt. Wie es die ÄrztIn auch macht, ohne lange
- herumzureden, dass der Patient es auch versteht, weil manchmal haben wir durchaus ganz
- 186 <u>intelligente</u> und <u>sozial</u> (..) <u>hochgestellte Flüchtlinge</u>, aber vielfach auch nicht. Da hilft
- 187 es nichts, wenn ich lange um den heißen Brei herumrede, was sein könnte. Oft ist es
- 188 einfach nur wichtig, was es ist und das kurz und prägnant zu sagen. Die ÄrztIn redet ja
- auch nicht eine Stunde herum.
- 190 II: Und habt ihr schon einmal mit professionellen Dolmetschern zusammengearbeitet?
- 191 **OS1:** Nein.
- 192 II: Eine Sache ist noch, die ich fragen möchte. Ich bin in der Fachliteratur auf eine Idee
- 193 gestoßen, die vor 20 Jahren bereits einmal kurz präsentiert wurde, und zwar mit "Dolmetscher auf
- 194 Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47). Glaubst du es wäre machbar und es würde genutzt werden?
- 195 **OS1:** Es würde sicher genutzt werden. Ich glaube nicht, dass es machbar ist und ich glaube
- 196 auch nicht, dass es die Aufgabe von der Krankenkasse oder dem Staat ist, das zur
- 197 Verfügung zu stellen. Das ist meine persönliche Meinung.
- 198 I1: Gut, das wären von meiner Seite alle Fragen.
- 199 **OS1:** Sehr cool. Wahnsinn. Ich bin beeindruckt.

### **Transkript OS2**

Dauer der Aufnahme: 13:53

Interviewerin: I1

Befragte Person: OS2

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: Passt. Dann meine erste Frage wäre, wie lange bist du schon in der Ordination tätig in
- 2 dem Bereich?
- 3 **OS2:** Hier ist es das 26. Jahr. ((lacht))
- 4 II: Wahnsinn. ((lacht)) Und was sind deine Aufgaben im Arbeitsalltag?
- 5 **OS2:** Ich muss draußen Aufnahme, Medikamente, Labor und Therapie machen.
- 6 **I1:** Mhm und wie würdest du deine eigene Rolle jetzt beschreiben?
- 7 **OS2:** (..) Wie es mir dabei geht jetzt, oder wie?
- 8 II: Also als was du dich siehst. Zum Beispiel hat deine KollegIn gesagt, sie sieht sich
- 9 als Ankerpunkt. Wie würdest du deine Aufgabe in dem Ganzen beschreiben oder deine Rolle?
- 10 **OS2:** Ja auch, dass ich für die Leute da bin eigentlich, weil sie ja Hilfe brauchen.
- 11 II: Und hast du den Eindruck, dass es schwieriger ist, den Leuten zu helfen, wenn sie
- 12 Probleme haben, da sie zum Beispiel kein Deutsch können oder wirklich nur ganz schlechte
- 13 Deutschkenntnisse haben?
- 14 **OS2:** Ja schon, weil sie es ja eigentlich auch schwer verstehen, wenn man ihnen etwas
- ausdeutschen will. Das ist oft nicht leicht.
- 16 **I1:** Wie bewertest du generell die Betreuung von solchen Patientengruppen?
- 17 **OS2:** (...) Bei uns da jetzt?
- 18 **I1:** Mhm.
- 19 **OS2:** Ja alles was mit Englisch geht, sage ich, werden sie gut betreut, nur wenn sie
- 20 Englisch dann auch nicht können und auch keinen Dolmetscher mithaben, dann ist es halt ein
- 21 bisschen schwer.
- 22 II: Und hast du den Eindruck, dass eure Ordination doch sehr mehrsprachig ist, dass viele
- 23 Sprachgruppen da sind oder ist es eher nicht der Fall?
- 24 **OS2:** Es war früher, wie eben noch die Flüchtlinge da waren, war es noch

- 25 <u>mehr</u>. Die sind jetzt nicht mehr da. Jetzt kommen sie halt <u>vereinzelt</u> oder <u>Urlauber</u>. Das
- 26 ist dann halt phasenweise, wie die Urlauber da sind, aber in erster Linie wird hier jetzt
- 27 Deutsch gesprochen bei uns.
- 28 I1: Und so von anderen Sprachen außer Deutsch, gibt es irgendwie eine Sprachgruppe, wo du
- sagst, die ist doch häufig bei euch oder kann man es gar nicht so zuordnen?
- 30 **OS2:** Also mir käme es nicht vor. Es ist Englisch, aber sonst keine Sprache.
- 31 I1: Und von der Gesundheitsseite? Hast du den Eindruck, dass der Zugang zum
- 32 österreichischen Gesundheitssystem für Migranten, für Flüchtlinge, für Touristen gut
- 33 geregelt ist?
- 34 **OS2:** Ich glaube schon, ja. Also ich glaube, dass es da bei uns an nichts scheitert. Das
- 35 passt schon so.
- 36 **I1:** Jeder, der etwas braucht...
- 37 **OS2:** ...bekommt auch etwas. Ja.
- 38 I1: Okay und gibt es Unterschiede, wenn ihr jetzt zum Beispiel Patienten betreut, die
- 39 Deutsch können bzw. kein Deutsch können, hinsichtlich jetzt der Konsultationszeit, der
- 40 Betreuungslänge oder auch von anderen Aspekten her?
- 41 **OS2:** Naja. Es wird natürlich immer ein bisschen länger dauern, weil man ihnen ja es besser
- 42 ausdeutschen muss. Also die Gespräche sind natürlich ein bisschen länger, als wenn jetzt
- einer Deutsch versteht. Da kann man schneller sagen: "Jetzt machst du das oder das." Eben
- bei den Migranten oder so ist es ein bisschen schwerer. Darum dauert es auch ein bisschen
- 45 länger.
- 46 **I1:** Und wie versucht man es dann auszudeutschen?
- 47 **OS2:** Mit Hände und Füße. ((lacht)) Nein, oder eben mit Dolmetscher auch, dass sie dann
- wirklich mit einem Dolmetscher kommen müssen, weil es geht ja um etwas. Man kann ja nicht
- 49 sagen, dass es eh egal ist, sondern sie müssen es verstehen auch, dass sie zu irgendeiner
- 50 Untersuchung kommen müssen. Da muss dann wirklich ein Dolmetscher mitkommen oder teilweise
- 51 über das Telefon. Haben wir auch schon gehabt. ((lacht))
- 52 **I1:** Habt ihr auch schon gehabt? ((lacht))
- 53 **OS2:** Ja.
- 54 I1: Und was wäre ein Grund, dass ihr sagt, ihr könnt die Behandlung nicht fortführen mit
- jemanden, der kein Deutsch kann?
- OS2: Ja eben, wenn er gar nichts versteht und auch keinen Dolmetscher hat. Was wir auch
- schon gehabt haben, was aber schon ein bisschen länger her ist, war ein Ehepaar und sie
- durfte von keinem Arzt angeschaut werden. (kurze Unterbrechung durch andere
- 59 OrdinationsassistentIn) Das haben wir auch schon gehabt, dass der Mann gesagt hat, dass
- seine Frau nur von einer Frau angeschaut werden darf. Dann mussten wir sie auch
- 61 wegschicken. Aber das war 1x der Fall. Es ist selten, dass so etwas kommt.
- 62 I1: Und wenn sich Sprachbarrieren oder so etwas in die Richtung anbahnt, wird da die
- ArztIn im Vorhinein ein bisschen informiert darüber oder eher nicht?

- 64 **OS2:** Eigentlich nicht.
- 65 II: Und so Fortbildungen? Gibt es Fortbildungen in dem Bereich Umgang mit fremdsprachigen
- Patientengruppen? Hast du in die Richtung schon etwas besucht?
- 67 **OS2:** Mit fremdsprachigen nicht, aber Fortbildungen wie man mit Patienten umgeht, haben wir
- sehr wohl also allgemein jetzt, rein jetzt für fremdsprachige Patienten nicht.
- 69 II: Wenn du dann eine Fortbildung zusammenstückeln könntest, gäbe es da Aspekte oder
- 70 Sachen, die du gerne lernen würdest, was dir dann den Arbeitsalltag erleichtern würde?
- 71 **OS2:** (5) Ich habe eigentlich sowieso kein Problem. Irgendwie komme ich immer wieder
- 72 zusammen. Also ich denke mir, es ist für mich okay so.
- 73 II: Ja passt und weil du eben schon Englisch angesprochen hast, heißt das, in der
- 74 Ordination werden mehrere Sprachen angeboten, nicht nur das Deutsche?
- 75 **OS2:** Nein, also da ist Gott sei Dank meine KollegIn, die da besser Englisch kann. Ich bin
- da nicht so.
- 77 **I1:** Das heißt, du übergibst dann an die KollegIn?
- 78 **OS2:** Ja genau. ((lacht))
- 79 **I1:** Und Unterlagen? Habt ihr mehrsprachige Unterlagen zur Verfügung für Patienten?
- 80 **OS2:** Nein.
- 81 I1: Mhm. Was sind noch so Hürden außer der Sprachbarriere bei der Kommunikation mit
- 82 nicht-deutschsprachigen Patienten?
- 83 **OS2:** Wüsste jetzt keine Hürde eigentlich. Läuft. Läuft rund. Es ist rein die Sprache was
- 84 ein bisschen ist, aber wenn er versteht oder sie versteht, ist das alles kein Problem.
- 85 ((lacht))
- 86 II: Und weil du eben schon Hände und Füße angesprochen hast, ist es dann, wie man
- 87 miteinander kommuniziert?
- 88 **OS2:** Ja genau. Wenn ich jetzt zum Beispiel Finger stechen muss und er versteht mich nicht,
- 89 nehme ich seine Hand und deute auf den Finger hin. Er weiß, was passiert. Es geht.
- 90 I1: Also man weiß sich dann zu helfen?
- 91 **OS2:** Ja genau, genau.
- 92 I1: Ist es so, dass dann doch ein bisschen eine Nachbetreuung notwendig ist, wenn die
- 93 Patienten von der ÄrztIn rauskommen, dass ihr noch zusätzlich etwas erklären müsst? Zum
- 94 Beispiel noch einmal erklären, wie die Medikamente eingenommen gehören oder wie man zu
- 95 einem anderen Arzt kommt?
- 96 **OS2:** Also medikamentenmäßig macht es die ÄrztIn schon sehr gut. Das wird ihnen schon
- 97 erklärt und, ja, wie er zu einem anderen Arzt kommt, das kann oft schon sein. Man muss
- 98 aber sagen, sie sind sehr genau, bei dem was sie wissen. Wenn man den Ort sagt, dann
- 99 wissen sie auch, wo es ist. Also man braucht ihnen jetzt nicht unbedingt einen Weg
- 100 beschreiben, weil wenn sie da sind, kennen sie sich gleich einmal gut aus.

- 101 II: Wie oft kommt es vor, dass Englisch gebraucht wird? Ist es wichtig bei euch oder würde
- man auch ohne Englisch auskommen?
- 103 OS2: Ganz ohne Englisch würde ich jetzt nicht sagen, aber es ist jetzt nicht ständig. Das sind
- 104 wirklich ein paar Fälle, die auf Englisch sind, aber es ist jetzt nicht ständig. So wie es
- bei uns ist, eine die ein bisschen besser Englisch kann, ist sicher von Vorteil.
- 106 II: Gibt es aus deiner Sicht jetzt Bedarf bei euch in der Ordination an Dolmetschern?
- 107 **OS2:** (...) Jetzt momentan nicht, weil wir jetzt auch keine Flüchtlinge haben. Früher war es
- 108 ein bisschen problematischer, aber da waren auch meistens Dolmetscher irgendwo in der Nähe.
- 109 Jetzt eher nicht, dadurch dass wir keine Flüchtlinge mehr da haben.
- 110 II: Und weil du eben sagst, dass Dolmetscher in der Nähe waren. Waren das einfach Personen,
- die fremdsprachige Kenntnisse gehabt haben oder waren das welche, mit einer Ausbildung in
- 112 dem Bereich?
- 113 **OS2:** Teilweise, glaube ich, waren sie vom eigenen Land, die einfach eine bessere
- Ausbildung auch gehabt haben. Die, was weiß ich, irgendwo studiert haben oder eine Schule
- gehabt haben, aber schon vom eigenen Land waren.
- 116 II: Und gibt es so ganz spezifische Situationen, wo ihr euch manchmal wünschen würdet,
- dass ein Dolmetscher mitkommt oder an eurer Seite sogar ist?
- 118 **OS2:** Ja sicher, wenn jemand gar nichts versteht. Also wenn wir überhaupt mit Englisch und
- 119 Zeigen nicht weiterkommen, dann natürlich schon. Dann ist es oft auch wirklich
- 120 so, dass die ÄrztIn abbrechen und warten muss, bis er mit einem Dolmetscher kommt, weil
- man einfach gar nichts versteht. Da ist es natürlich fein, aber wie gesagt, das ist selten
- 122 jetzt.
- 123 **I1:** Und wenn Dolmetscher zum Einsatz kommen, wer sollte deiner Meinung nach sich um den
- 124 Dolmetscher kümmern? Die Versorgerseite oder die Patienten selbst?
- 125 **OS2:** (...) Ja reden sollten eigentlich wir mit den Dolmetschern ((lacht)), kommt mir vor –
- 126 also, dass wir den Dolmetschern alles erklären, damit sie es richtig an den Patienten
- 127 weitergeben. Sicher redet der Patient dann auch. Er stellt dann Fragen über den
- 128 Dolmetscher, die er dann uns übersetzen kann. Also ich schätze, das ist halbe-halbe. Also
- 129 die Dolmetscher sind immer genau in der Mitte drinnen, bekommen von uns eben die Antworten
- 130 und geben sie an die Patienten weiter und die Fragen vom Patienten geben sie an uns weiter.
- 131 II: Und von der finanziellen Seite sollte es dann auch gesplittet werden oder wer sollte
- 132 da die Kosten tragen?
- 133 **OS2:** Damit habe ich mich eigentlich nicht befasst. Das kann ich dir gar nicht sagen. Das
- weiß ich nicht, wie das ist. Ich glaube, dass in Österreich Dolmetscher sicher bezahlt
- werden, wenn sie eben für Leute da sind. Glaube ich. Ich weiß es aber nicht.
- 136 II: Deswegen auch meine Frage, ob du der Meinung bist, ob ihr sagt, ihr holt einen
- 137 Dolmetscher und ihr bezahlt ihn, oder es die Aufgabe des Patienten ist?
- 138 **OS2:** Ich glaube, dass es die Aufgabe vom Patienten ist, dass er es regelt mit dem
- 139 Dolmetscher, weil ich glaube kaum, dass die ÄrztIn sagt, dass er/sie den Dolmetscher
- 140 bezahlt, nur damit er mit ein paar Leuten herkommt. Glaube ich nicht. Weiß ich nicht. Ich
- 141 glaube, dass eben der andere das regeln muss.

- 142 I1: Und gibt es von dir eine Bevorzugung, wer jetzt dolmetscht, ob es jetzt die Familie
- 143 ist oder irgendwer mit der entsprechenden Ausbildung?
- 144 **OS2:** Mir ist das egal. Mir ist es wichtig, dass man verstanden wird und der Patient über
- den Dolmetscher mich etwas fragen kann. Wer das übersetzt, ist mir komplett egal. Ich
- 146 hoffe nur, dass es <u>richtig</u> gemacht wird, weil ich verstehe es dann ja nicht. ((lacht))
- 147 **I1:** Gibt es bestimmte Erwartungen, die du dann an die Person hast, die dolmetscht?
- 148 **OS2:** (...) Dass er es einfach richtig übersetzt. Das ist mir wichtig. Es soll <u>kein</u>
- 149 Blödsinn gemacht werden, weil nicht, dass ich jetzt etwas Medizinisches machen muss und der
- 150 übersetzt etwas ganz anderes. Die Richtigkeit ist mir wichtig.
- 151 **I1:** Habt ihr schon einmal mit einem professionellen Dolmetscher zusammengearbeitet?
- 152 **OS2:** Richtig zusammengearbeitet nur mit dem Anmelden und so, aber richtig
- zusammengearbeitet eigentlich auch nicht. Nein.
- 154 I1: Wüsstest du selbst, wo man jetzt einen Dolmetscher suchen kann auf die Schnelle?
- 155 **OS2:** Jetzt nicht. Damals wie die Flüchtlinge da waren, haben wir gewusst, wen
- wir anrufen müssen. Die haben sich ausgekannt, aber jetzt nicht.
- 157 II: Kennst du Dolmetschdienste wie Telefondolmetschen und Videodolmetschen, oder wird es
- 158 überhaupt nicht verbreitet, so dass die ÄrztInnen darüber in Kenntnis gesetzt werden?
- 159 **OS2:** Also ich glaube, da bei uns wird es nicht so verbreitet. (...) In einer Stadt schaut
- 160 es wahrscheinlich auch ganz anders aus. Oder auch nicht? Ich weiß es nicht, aber am Land
- 161 nicht.
- 162 **I1:** Und was haltest du von der Idee "Dolmetscher auf Krankenschein" (Pöchhacker 1997: 47)?
- 163 Glaubst du, wäre es machbar?
- 164 **OS2:** (5) Glaube ich nicht.
- 165 **I1:** Okay und warum?
- 166 **OS2:** (...) Ja, weil bei uns zu wenig Bedarf da ist. Wenn es jetzt gewisse Auffangzentren und
- so sind, wo Ärzte arbeiten, ist es etwas ganz anderes als wie da bei uns. Wie gesagt,
- darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. Das hilft dir jetzt überhaupt nicht,
- oder? ((lacht)) Aber eben, wenn es wie in Traiskirchen jetzt ist und dort ist ein Arzt und
- 170 dort müssen viele Leute hin, ist es sicher zum Nachdenken, dass man sich Gedanken macht.
- 171 **I1:** Super. Das wären die Fragen von meiner Seite.
- 172 **OS2:** Okay passt.
- 173 **I1:** Super, danke!
- 174 **OS2:** Bitte. ((lacht))

### **Transkript OS3**

Dauer der Aufnahme: 12:10

Interviewerin: I1

Befragte Person: OS3

- besonders betonte Begriffe
- (.) Pause (pro Sekunde ein Punkt; Verwendung von Zahlen bei Pausen > 3 Sekunden)
- () Notierung von aussagen-unterstützenden Lautäußerungen/Unterbrechungen in einer Klammer
- (()) Notierung von nonverbalen Aktivitäten/Äußerungen in einer Doppelklammer
- 1 I1: So, perfekt. Also wie lange bist du schon als OrdinationsassistentIn tätig?
- 2 **OS3:** Das sind jetzt mit Unterbrechung 15 Jahre. Wie ich zwischendurch die Zwillinge gehabt
- 3 habe, war ich dann wieder zu Hause und dann habe ich wieder begonnen.
- 4 **I1:** Doch eine lange Zeit.
- 5 **OS3:** Ja.
- 6 II: Und was sind so deine Aufgaben im Arbeitsalltag?
- 7 **OS3:** Also die Medikamentenabgabe an die Patienten und was halt sonst die Patienten so
- 8 benötigen, wie Verordnungen und Telefonate also eigentlich die übliche
- 9 OrdinationsgehilfInnen-Arbeit.
- 10 I1: Und wird diese Arbeit erschwert, wenn man Patienten hat, die keine Deutschkenntnisse
- 11 haben bzw. sehr schwache Deutschkenntnisse?
- 12 **OS3:** Ja für mich <u>sehr</u>, weil in meiner Schulausbildung war leider Englisch <u>ganz</u>, <u>ganz wenig</u>.
- 13 Also ich kann wirklich wenig Englisch bzw. schlecht Englisch. ((lacht)) Ich verstehe mehr,
- aber ich kann nicht so gut sprechen. Also bei meiner Schulausbildung damals in der
- Hauptschule hat es nur in der ersten und zweiten Klasse Englisch gegeben und dann,
- 16 ich vermute wegen Lehrermangel damals, hatten sie uns in der dritten und vierten Klasse
- 17 Englisch gestrichen und wir haben Maschinenschreiben bekommen. Das ist für mich heute noch
- 18 ein schwerer Verlust.
- 19 **I1:** Okay.
- 20 **OS3:** Wenn Patienten kommen, die wirklich Englisch gut können und nicht Deutsch, dann sage
- 21 ich zu meiner KollegIn: "Bitte übernehme du das." Sie hat die Matura und kann
- 22 perfekt Englisch, oder auch die ÄrztIn.
- 23 II: Also das hängt dann quasi an einer KollegIn.
- 24 **OS3:** Genau oder an der ÄrztIn. Also die andere KollegIn, weiß ich jetzt gar nicht,
- spricht auch <u>kaum</u> oder wenig Englisch.
- 26 II: Der ganze Arbeitsprozess gerät dann quasi ein bisschen ins Stocken wahrscheinlich?
- 27 **OS3:** Genau, also bei mir ist es wirklich ein Problem, wenn wer nicht Deutsch kann. Wir

- 28 haben natürlich schon verschiedene Patienten, von Afghanen bis, weiß ich nicht, was wir
- 29 alles so gehabt haben vom Asylheim, die dann mit dem Handy-Übersetzer
- 30 gekommen sind. Also die haben uns wirklich das Handy hergehalten, wo dann übersetzt
- 31 gestanden ist, was sie wollen. Das ist aber dann natürlich schon schwierig auch für die
- 32 ÄrztIn rauszufiltern, was wirklich genau ist. Also die Feinheiten kann der
- 33 Übersetzer dann natürlich nicht so übermitteln.
- 34 II: Das weiß die Maschine leider nicht.
- 35 **OS3:** Ja, ja.
- 36 II: Okay und generell würdest du sagen, dass der Ordinationsalltag durch Mehrsprachigkeit
- 37 geprägt ist oder ist es eher nur so in Phasen, dass da Personen sind, die kein Deutsch
- 38 können.
- 39 **OS3:** In meiner Erfahrung sind es eher nur Phasen. Also wie wir viele Flüchtlinge gehabt
- 40 haben im Asylheim, das ist dann ja stark reduziert worden, da war es extrem,
- 41 aber jetzt ist es ganz selten.
- 42 I1: Okay und der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem? Ist er deiner Meinung nach
- 43 für Migranten, Flüchtlinge, Touristen gut geregelt auf rechtlicher Ebene?
- 44 **OS3:** Ja schon. Ja. Also auf rechtlicher Ebene kann ich es jetzt nicht so beurteilen, aber
- ich finde schon. Sie können alles konsumieren und sie wissen witzigerweise auch über alles
- Bescheid, egal woher sie kommen. Sie kennen sich sehr gut aus. Ja. Das ist sehr
- 47 <u>überraschend</u>. Das passt sicher.
- 48 I1: Gibt es merkbare Unterschiede bei der Behandlung von Patienten, die kein Deutsch
- 49 können, von der Betreuungsdauer oder von der Diagnostik? Gibt es da Schwierigkeiten? Fällt
- da irgendetwas auf?
- 51 **OS3:** Nein, bei uns nicht.
- 52 II: Was wären so die Gründe, dass man eine Behandlung abbrechen muss mit Patientengruppen,
- die kein Deutsch können?
- **OS3:** Ein Grund? Gibt es eigentlich keinen.
- 55 **I1:** Und passiert ist es auch noch nicht?
- 56 **OS3:** Nein, bis jetzt haben wir alles durchgebracht.
- 57 **I1:** Wunderbar.
- 58 **OS3:** Also die ÄrztIn schafft es dann immer irgendwie. Er/sie nimmt sich dann schon Zeit.
- 59 II: Und Fortbildungen? Gibt es da Fortbildungen in dem Bereich Umgang mit fremdsprachigen
- Patientengruppen oder hast du in die Richtung schon einmal etwas besucht?
- 61 **OS3:** Nein.
- 62 II: Wenn du da jetzt selbst so eine Fortbildung zusammenbasteln könntest, gäbe es da
- irgendetwas, was für dich ein Mehrwert wäre?
- 64 **OS3:** Ich gehe zum Beispiel im Winter immer in einen Englischkurs an der Volkshochschule.
- Also ich mache es jetzt für mich, aber alle Sprachen werde ich natürlich nicht mehr lernen.

- Das tue ich mir nicht mehr an. Das können auch die Wenigsten, aber mit Englisch kommt man
- eh fast überall durch. Das sieht man auch bei den Migranten und die, die was wirklich
- 68 nicht deutschsprachig sind. Also Englisch überwiegt und ich gehe für mich einfach in den
- 69 Englischkurs.
- 70 **I1:** Okay, wunderbar. Ist eine Weltsprache und kann man jederzeit brauchen.
- 71 **OS3:** Ja.
- 72 II: Das heißt, in der Ordination wird eben Deutsch angeboten und Englisch? Gibt es auch
- 73 mehrsprachige Unterlagen für Patienten oder ist es eher nicht so notwendig?
- 74 **OS3:** Nein, eher nicht. Mir ist es noch nicht so untergekommen mit mehrsprachigen
- 75 Unterlagen.
- 76 I1: Und was sind noch so Hürden bei der Kommunikation? Ist es rein die Sprache oder gibt
- es auch noch andere Barrieren?
- 78 **OS3:** Eigentlich die Sprache. Sonst eigentlich nicht. Was vielleicht eher so ist, wie soll
- 79 ich sagen, (...) von Ländern halt, wo es so schwierig ist, ich weiß jetzt nicht, wie ich
- 80 es nennen soll, wenn jetzt Frauen zum Beispiel mit Kleidung untersucht werden wollen, die
- 81 sich nicht ausziehen und wo der Mann dann wirklich mit hinein geht mit seiner Frau und
- will, dass der Arzt sie untersucht, aber sie darf sich nicht ausziehen. Das erschwert es.
- Da wird es dann abgesagt, wenn es Unterleibsbeschwerden oder so sind. Dann heißt es:
- 84 "Bitte auf die Gynäkologie." Da kann man nichts machen. Man kann jemanden nicht in
- 85 Kleidern untersuchen. Das ist eigentlich das einzige Problem.
- 86 **I1:** Also so kulturelle Aspekte?
- 87 **OS3:** Aber das betrifft jetzt nicht mich. Genau, es sind kulturelle Aspekte.
- 88 I1: Und wie kommunizierst du dann zum Beispiel, wenn jetzt wirklich jemand vielleicht
- 89 selbst nicht Englisch kann und Deutsch funktioniert auch nicht? Wie versucht man dann mit-
- 90 einander zu sprechen?
- 91 **OS3:** Mit Händen und Füßen. ((lacht)) Mit Zeigen und er zeigt vielleicht, wo er seine
- 92 Schmerzen hat oder ja, aber das haben wir eigentlich noch nie gehabt. Weil dann zeigt er
- es uns am Handy, weil ein Handy hat jeder, egal wo er herkommt. Er schreibt es am Handy in
- 94 seiner Sprache und lässt es übersetzen.
- 95 I1: Okay. Was habe ich noch so für Fragen? Würde es jetzt aus deiner Sicht einen Bedarf an
- 96 Dolmetschern geben bei euch in der Ordination oder eher nicht?
- 97 **OS3:** (...) Ich glaube, das wird sich keiner leisten können, einen Dolmetscher in der
- 98 Ordination zu haben. In einer großen Ordination vielleicht schon. Der Bedarf, ich kann mir
- 99 vorstellen in Wien, Graz oder Krankenhäusern, ist auf jeden Fall da. In einem Krankenhaus
- 100 könnte ich es mir in Wien vorstellen, dass dort fix ein Dolmetscher oder eine
- 101 Dolmetscherin anwesend ist, weil in der Polizei oder so ist es oft vorgekommen.
- 102 I1: Und weil du jetzt eben die Kosten angesprochen hast, wer sollte auch deiner Meinung
- 103 nach die Kosten decken? Sollte das die Versorgerseite machen oder die Patienten selbst?
- 104 **OS3:** (5) Ja das kann ich jetzt nicht so beurteilen. Patienten selbst werden es nicht
- 105 können. Kann ich mir nicht vorstellen.
- 106 II: Also ist das eher ein Grund, warum man auf professionelle Dolmetscher verzichtet?

- 107 **OS3:** Könnte ich mir vorstellen.
- 108 II: Und wenn Dolmetscher zum Einsatz kommen bei euch, wer ist es dann meistens? Ist es die
- 109 Familie oder wer macht das?
- 110 **OS3:** Da jetzt in der Ordination?
- 111 **I1:** Mhm.
- 112 **OS3:** In der Ordination ist es oft so, dass bei Migranten es die Kinder sind, die schon in
- 113 die Schule gehen und schon gut Deutsch können. Die Kinder haben dann übersetzt. Im
- 114 Englischen halt die ÄrztIn und meine KollegIn.
- 115 II: Und wie funktioniert es, wenn Kinder dann dolmetschen? Ist es problematisch oder
- 116 ausreichend bei Hausärzten?
- 117 **OS3:** Es ist ausreichend, je nachdem welches Krankheitsbild es ist. Wenn es jetzt ein
- 118 Krankheitsbild ist, was das Kind nicht wirklich so verstehen kann oder überfordern würde,
- wäre es nicht passend. Das Problem haben wir jetzt aber auch noch nie gehabt.
- 120 **I1:** Mhm.
- 121 **OS3:** Und sonst bei der Polizei ist es so, dass sie dann im Bekanntenkreis jemanden geholt
- 122 haben. Wenn da jemand aus Ungarn ist und der Polizist kennt jetzt eine Bekannte, die aus
- 123 Ungarn ist, dann haben sie sie halt geholt. Es gibt oft die Zwangseinweisungen oder wo
- dann Menschen irgendwo im Krankenhaus sind. Wer macht das jetzt? Polizei? Arzt? Wer
- vermittelt da? Die haben es oft im Freundeskreis geregelt.
- 126 I1: Und hast du den Eindruck, dass es quasi bei euch oder generell hier auch so ist, dass
- 127 die Patienten halt im Bekanntenkreis dann eher Personen suchen, die schon Deutsch können?
- 128 **OS3:** Ja. Ja.
- 129 **I1:** Mhm.
- 130 **OS3:** Ich glaube, am Land ist das alles noch ein bisschen einfacher als in der Stadt.
- 131 II: Und habt ihr schon einmal mit professionellen Dolmetschern zusammengearbeitet oder
- 132 nicht?
- 133 **OS3:** Nein.
- 134 I1: Wüsstest du jetzt auch, wenn es notwendig wäre, wo man auf die Schnelle auf einen
- 135 Dolmetscher zurückgreifen kann oder nicht?
- 136 **OS3:** Keine Ahnung. Also wenn wir jetzt ein Problem hätten, würden wir wahrscheinlich bei
- der Bezirkshauptmannschaft anrufen. Also die würden uns sicher irgendjemanden vermitteln.
- 138 II: Mhm und weil du vorher eben angesprochen hast, dass Dolmetschbedarf wahrscheinlich in
- 139 Krankenhäusern und so herrscht, da gibt es verschiedene Dolmetschdienstleistungen in
- 140 Krankenhäusern das Videodolmetschen oder auch beim Rettungsdienst das Telefondolmetschen.
- 141 Glaubst du, dass man so etwas einsetzen könnte oder ist bei euch spezifisch jetzt nicht so
- 142 der Bedarf dafür?
- 143 **OS3:** Also bei uns jetzt nicht so. Ich glaube nicht, aber so Video würde sicher super gehen.
- 144 FaceTime oder so könnte ich mir vorstellen.

- 145 I1: Und was würdest du von der Idee halten von "Dolmetscher auf Krankenschein"
- 146 (Pöchhacker 1997: 47). Glaubst du, es wäre machbar?
- 147 **OS3:** (...) Dolmetscher auf Krankenschein? Wie soll das funktionieren?
- 148 I1: Wenn zum Beispiel jetzt jemand mit Sprachproblemen kommt und die ÄrztIn sagt, dass ein
- 149 Dolmetscher gebraucht wird, dass der auf Krankenschein verordnet wird und es wird bei der
- 150 Krankenkasse eingereicht. Beim nächsten Mal wird die Person begleitet.
- 151 **OS3:** Ich glaube, das wird die Krankenkasse nicht zahlen. Also es wäre sicher toll, aber
- 152 ich weiß nicht, wie es mit der Krankenkasse wäre. Das war jetzt auch so mit der Umstellung,
- dass gesagt wurde: "Zusammen wird es leichter." Eigentlich kommt jetzt raus, dass
- 154 eigentlich eh kein Geld da ist und zu wenig Geld. Also ich bin da jetzt nicht so auf dem
- 155 Laufenden, aber ich glaube, dass die Krankenkassen auch sparen müssen. An dem scheitert,
- 156 glaube ich, alles immer. Aber es wäre natürlich toll, aber ich kann es mir nicht
- 157 vorstellen, weil was kostet der Dolmetscher in der Stunde?
- 158 **I1:** Ist ganz unterschiedlich.
- 159 **OS3:** Wenn der Anreise hat, kommen muss, dann eine Stunde oder eine halbe Stunde arbeitet,
- 160 weiß ich nicht, ob es die Kasse übernehmen würde. Vielleicht.
- 161 II: Und glaubst du, die Patienten würden es nutzen, wenn die Krankenkasse es übernehmen
- 162 würde?
- 163 OS3: (..) Schon vielleicht, ja. Kommt drauf an, wo dann der nächste Dolmetscher ist. Wenn
- 164 er von Graz zu uns kommen muss? ((lacht)) Graz ist jetzt übertrieben. Ich weiß
- 165 nicht, wo der nächste Dolmetscher bei uns wäre. Weiß ich gar nicht.
- 166 I1: Super. Das wären die Fragen von meiner Seite. Danke.
- 167 **OS3:** Passt. Gut.

# **Anhang 5: Abstract (Deutsch)**

Die vorliegende Forschungsarbeit widmet sich dem Umgang mit Mehrsprachigkeit und Dolmetschbedarf österreichischer Ordinationen für Allgemeinmedizin. Im theoretischen Forschungsteil wird auf die Organisationsstruktur und Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems eingegangen und der Zugang verschiedener PatientInnengruppen zur medizinischen Grundversorgung erörtert. Im Anschluss erfolgt gestützt auf Sandrini (2019) und Ozolins (2010; 2000) eine Einführung in die Thematik der Sprach- und Translationspolitik, die als Grundlage zur Bewertung der translationspolitischen Situation im österreichischen Gesundheitswesen herangezogen wird. In Anlehnung dazu erfolgt in weiterer Folge ein Einblick in die vorherrschende Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen.

Der empirische Forschungsteil legt den Fokus auf die Fragen, wie ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und OrdinationsassistentInnen im Ordinationsalltag mit Mehrsprachigkeit umgehen und ob es einen Bedarf an DolmetscherInnen gibt. Weiters zielt die Untersuchung auf die Spezifizierung der translationspolitischen Lage auf dieser Ebene der Primärversorgung ab. Die Forschungsmethodik umfasst leitfadengestützte Interviews sowie die Auswertung der erhobenen Daten mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018). Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung verdeutlichen, dass Ordinationen für Allgemeinmedizin - sei es phasenweise oder regelmäßig - von Mehrsprachigkeit geprägt sind, weshalb von Seiten der ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen eine Vielfalt verbaler und nonverbaler Kommunikationsstrategien bei der Behandlung nicht-deutschsprachiger PatientInnen zur Anwendung kommt. Der Dolmetschbedarf wird im Ordinationsalltag vorrangig durch Ad-Hoc-Lösungen, d.h. den Einsatz von LaiendolmetscherInnen, gedeckt. Dies ist auf ein Fehlen entsprechender translationspolitischer Regelungen und mangelndes Wissen über den professionellen Dolmetsch-Markt zurückzuführen. Demnach ist diese Ebene der Primärversorgung in Hinblick auf das Spektrum der Translationspolitik nach Ozolins (2010: 195) dem Ad-Hoc-Bereich der Skala zugehörig.

## **Anhang 6: Abstract (Englisch)**

This master's thesis aims at investigating how Austrian general practitioners' offices deal with multilingualism and whether there is a need for interpreters. The theoretical part of this thesis focuses on the structure, organization and functioning of the Austrian healthcare system. In this context, the access of various patient groups to primary healthcare is discussed. Subsequently, based on Sandrini (2019) and Ozolins (2010; 2000), the subject of language and translation policy is introduced, which serves as a valuation basis for the assessment of Austrian language service provisions in the healthcare system. In addition, an insight is given into the predominant interpreting practice in the healthcare sector.

The empirical part of this thesis focuses on how general practitioners and doctor's receptionists deal with multilingualism in their day-to-day work and whether there is a need for interpreters. Furthermore, the research aims at determining the current status of language service provisions concerning this level of primary healthcare. The research methods used include semi-structured interviews and a qualitative content analysis of the data collected. The results show that general practitioners' offices experience either phased or regular multilingualism. In order to enable communication with non-German-speaking patients, general practitioners and doctor's receptionists apply a variety of verbal and non-verbal communication strategies. The need for interpreting is primarily met by ad hoc solutions – more specifically: lay interpreters. This is due to a lack of appropriate language service provisions as well as a lack of familiarity regarding the professional interpreting market. According to the "spectrum of response to multilingual communication needs in interpreting" by Ozolins (2010: 195) this level of primary healthcare can therefore be placed within the ad hoc stage of the spectrum.