

Pilotprojekt

„Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

ENDBERICHT

März 2015



Maria Kletečka-Pulker, Sabine Parrag

Unter der Mitarbeit von:

Carina Höllersberger, Franziska Bereuter, Francesco M. Romano

Inhaltsverzeichnis

1. Chancengleichheit – Migration – Gesundheit	5
1.1. Einführung.....	5
1.2. Relevanz und internationale Entwicklungen	8
1.3. Rechtliche Aspekte – Sprachbarriere und medizinische Aufklärung	10
1.3.1. Einwilligung und Aufklärung bei Sprachbarrieren.....	10
1.3.2. Haftungsrisiko Sprachbarriere?.....	11
1.3.3. Kostenübernahme.....	13
2. Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprechender PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“	15
2.1. Forschungsfragen und Ziele der vorliegenden Studie	15
2.2. Durchführung und Umsetzung der Intervention „Videodolmetschen“	17
2.2.1. Etablierung der Dolmetscher-Zentrale.....	17
2.2.2. Spezielle Schulung der Video-DolmetscherInnen für den Einsatz im Gesundheitsbereich	19
2.2.3. Dolmetscherzentrale als Anstoß zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes des professionellen (Video-)Gesundheitsdolmetschens	19
2.2.4. Supervision der DolmetscherInnen.....	19
2.2.5. Einschulung der Angehörigen der Gesundheitsberufe vor Einsatz des E-Dolmetschers.....	20
2.2.6. Technische Lösung: Der E-Dolmetscher	20
2.2.7. Conclusio zur Durchführung und Umsetzung der Testphase.....	21
a) Auswahl und Platzierung der Endgeräte	21
b) Dauer der Testphase	21
c) Auswahl der teilnehmenden Ambulanzen und Institutionen.....	22
d) Sprachangebot im Testzeitraum	22
e) Betreuung der Endpunkte	22
3. Empirischer Teil	23
3.1. Methoden	23
3.1.1. Qualitative semi-strukturierte Interviews.....	23
3.1.2. Quantitative Fragebogenerhebung.....	23
3.1.3. Verbindungsdaten Video-Calls	23

3.1.4.	Literaturrecherche	23
3.2.	Forschungsprozess und Erhebung.....	24
3.2.1.	Erhebungsphasen nach Workpackages & Milestones	24
a)	Phase 1: Durchführung Interviews DolmetscherInnen	24
b)	Phase 2: Durchführung Fragebogenerhebung PatientInnen	25
c)	Phase 3: Durchführung Fragebogenerhebung Angehörige der Gesundheitsberufe	26
d)	Phase 4: Durchführung Interviews Angehörige der Gesundheitsberufe	28
e)	Phase 5: Erhebung und Aufbereitung der Verbindungsdaten der Video-Calls.....	29
3.3.	Auswertung.....	31
3.4.	Ergebnisse	32
3.4.1.	Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – zum Status Quo	32
a)	Häufigkeit von Sprachbarrieren im medizinischen Alltag	32
b)	Probleme bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen	32
c)	Einsatz bisheriger Lösungsstrategien	37
d)	Zufriedenheit bisherige Lösungsstrategien.....	49
3.4.2.	Videodolmetschen im Gesundheitswesen – Zahlen und Fakten der Testphase	51
a)	Teilnehmende Endpunkte/Einteilung in Settings.....	51
b)	Anzahl der getätigten Video-Calls	52
c)	Video-Calls nach Sprachen	54
d)	Video-Calls nach Setting	54
e)	Video-Calls nach Zeitfenstern und Settings	56
f)	Video-Calls nach Wochentagen und Settings	58
g)	Durchschnittliche Dauer der Video-Calls nach Setting	59
3.4.3.	Professionelles (Video-)Dolmetschen im Gesundheitswesen.....	60
3.4.4.	Videodolmetschen im Gesundheitswesen – der E-Dolmetscher auf dem Prüfstand....	67
a)	Nähe-Distanz-Verhältnis	67
b)	Das Schaffen von Sicherheit aufgrund von Unsicherheiten.....	77
c)	Effektivität, Effizienz und der Faktor Zeit im medizinischen Betrieb	86
d)	Zur Wichtigkeit von Audio UND Video bei gedolmetschten Gesprächen.....	92
e)	Die Macht der Gewohnheit.....	96
f)	Videodolmetschen – ein geeignetes neues Tool für das Gesundheitswesen?	105
g)	Mögliche Gründe einer Nichtnutzung des Tools Videodolmetschen	116
3.4.5.	Videodolmetschen aus DolmetscherInnen-Perspektive (in Zusammenarbeit mit Francesco M. Romano).....	119
a)	Die Ausgangslage: Neuheit des Settings für alle GesprächsteilnehmerInnen	119
b)	Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und DolmetscherInnen.....	119
c)	Vorteile der Methode für ÄrztInnen und PatientInnen	120
d)	Vorteile der Methode für die DolmetscherInnen	120
e)	Herausforderungen durch das neue Setting	120
f)	Die Wichtigkeit einer Ausbildung.....	121
g)	Die (physische) Distanz zwischen DolmetscherInnen und GesprächsteilnehmerInnen.....	121

4. Relevante rechtliche Aspekte beim Einsatz von Videodolmetschen im Gesundheitsbereich	122
4.1. Arzt-Patienten-Verhältnis und Schweigepflicht.....	122
4.2. Qualifikation des Dolmetschers.....	122
4.2.1. Laiendolmetscher – sprachkundige Begleitpersonen und Angehörige	122
4.2.2. Mitarbeiter als Sprachmittler	123
4.2.3. Professionelle Dolmetscher	124
4.3. Haftung des Dolmetschers	125
4.4. Datenschutzrechtliche Fragen beim Videodolmetschen	126
5. Resümee	128
6. Darstellungsverzeichnisse.....	130
Abbildungsverzeichnis	130
Tabellenverzeichnis	132
Bildverzeichnis	132
7. Literaturverzeichnis	133

1. Chancengleichheit – Migration – Gesundheit

1.1. Einführung

Migration ist kein neues Phänomen und sollte daher stets im Zusammenhang mit den Faktoren gesehen werden, die sie verursachen. Vor allem politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen bewirken internationale Wanderungen, weshalb prognostische Aussagen nur begrenzt möglich sind (Stadt Wien/MA 15 2010: 48).

Dass Österreich ein Migrationsland ist und der Trend der Zuwanderung weiterhin steigt, bestätigen auch aktuelle Zahlen der Statistik Austria. So kam es in den letzten Jahren zu einer stetigen Zunahme von Personen mit Migrationshintergrund, sodass 2013 19,4 % der österreichischen Gesamtbevölkerung dieser Gruppe zuzuschreiben waren.

Aufgrund des heterogenen Charakters dieser Bevölkerungsgruppe fällt es entsprechend schwer, darauf bezogene allgemeingültige Aussagen zu treffen. Trotzdem lassen sich vor allem in Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten bestimmte Unterschiede bemerken, die direkt oder auch indirekt mit Migration in Verbindung zu stehen scheinen.

Einen wesentlichen Faktor bilden in diesem Zusammenhang Sprach- und Verständigungsbarrieren. Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen können beispielsweise bei Vorsorgemaßnahmen nicht umfassend über die Möglichkeiten informiert (Informationsdefizit) und aufgeklärt werden, die ihnen zur Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung zur Verfügung stehen. Wichtige Informationen über entsprechende Angebote und deren Nutzen/Wichtigkeit für die Gesunderhaltung unterbleiben dadurch häufig. Dies führt unter anderem dazu, dass diese Gesundheitsangebote seltener genutzt werden und dass – bei mangelnder Verständigung – die „Adherence“ oder „Compliance“ des Patienten weit geringer ist als bei deutschsprachenden PatientInnen (Statistik Austria 2008; Statistik Austria/KMI 2014: 69).

Wie aus zahlreichen (in erster Linie translations- und sprachwissenschaftlichen) Studien bekannt ist, dient Sprache, die verbale und nonverbale Kommunikation umfasst, als zentrales Element für die Qualität einer Behandlung und ein gut funktionierendes Arzt-Patienten-Verhältnis. Gerade das Patientengespräch nimmt in der medizinischen Versorgung und Betreuung eine zentrale Stellung ein, da es eines der wichtigsten Untersuchungs- und Therapieinstrumente darstellt (Menz 2013: 3ff; Morina et al. 2010: 104; Henry et al. 2012: 298; Griffith et al. 2003: 170; Argyle 2005: 13, 57). Dabei scheint es, dass gerade ein Eingehen des Arztes auf subtil eingebrachte, wichtige Anliegen des Patienten bedeutend ist, um die Zufriedenheit auf beiden Seiten zu steigern (Sator et al. 2008: 167). Um dem Patienten ein selbstbestimmtes und selbstbewusst Handeln zu ermöglichen, ist es notwendig, auf dessen Anliegen zu reagieren, um ihn in seiner Position zu stärken (ebd.: 159). Und gerade für derartiges Handeln ist Kommunikation elementar.

Selbst Personen mit verhältnismäßig guten Deutschkenntnissen fällt es häufig schwer, sich über komplexe medizinische Sachverhalte zu verständigen. Denn die Komplexität der Medizin spiegelt sich insbesondere in ihrer Sprache wider und verringert somit Ausdrucksmöglichkeiten von MigrantInnen, auch wenn diese bereits über einige Deutschkenntnisse verfügen (Razum/Geiger 2003: 690). Gerade für die Diagnose und die Durchführung einer Therapie ist funktionierende Verständigung ein zentraler

Faktor, weswegen zweifelsohne die Sprache mit Abstand die größte Hürde für nicht-deutschsprachige PatientInnen darstellt. Dies ist oft ausschlaggebend dafür, inwieweit sich PatientInnen im Gesundheitssystem orientieren und damit Zugang zu medizinischen Ressourcen erlangen können. Aber auch auf Seiten des Gesundheitspersonals gestaltet sich die Arbeit mit und die Behandlung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen durch auftretende Kommunikationsbarrieren häufig schwierig (Pöchhacker 2013: 103).

Durch sprachliche und kulturelle Barrieren kann es zu einer Über- oder eben auch Unterinanspruchnahme von Leistungen, einer erheblichen Erhöhung von Fehlbehandlungen (Stichwort PatientInnensicherheit) und in weiterer Folge zu häufigerem Arztwechsel (Doctor-Shopping) kommen, da die Ursache von Beschwerden meist lange nicht gefunden und deshalb Hilfe bei mehreren Ärzten gesucht wird (Rásky 2010: 26; Pammer 2009: 50f; Pöllabauer 2009: 98; Löschke-Yaldiz et al. 2010: 143, 146 ; Kutalek 2012: 6).

Wie eine Reihe von Studien, beispielsweise jene von Pöllabauer (2009) oder Pammer (2009), zeigen, haben nicht alle in Österreich lebenden Menschen den gleichen Zugang zu Angeboten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Nicht-deutschsprachige MigrantInnen finden dabei aufgrund von Kommunikationsbarrieren häufig schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem und den angebotenen Ressourcen als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. So wirkt sich eine Einschränkung der kommunikativen Verständigungsmöglichkeit auf die Qualität der medizinischen Versorgung aus, zieht gesundheitliche Nachteile der PatientInnen nach sich und „führt nicht zuletzt zu sozioökonomischen Lasten der Solidargemeinschaft“ (Wimmer 2011: 237).

Hier tragen zahlreiche Barrieren maßgeblich zu eingeschränkter Nutzung von Ressourcen und der Teilhabe am Gesundheitssystem bei. Faktoren wie Schichtzugehörigkeit, fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und kulturspezifische Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie kulturell bedingte unterschiedliche Einstellungen zu Prävention und dem Verständnis über das Funktionieren des Gesundheitswesens spielen dabei eine entscheidende Rolle (Richter/Hurrelmann 2009: 16ff; Razum 2010: 23ff; Löschke-Yaldiz et. al. 2010: 145; Kutalek 2011: 23ff).

Häufig werden MigrantInnen und Flüchtlinge fälschlicherweise als besonders hilfsbedürftig und krankheitsanfällig dargestellt und eine ethnische Orientierung als Nachteil empfunden, weswegen die eigenen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheitsverhalten von MigrantInnen laufend und kritisch auf Vorurteile überprüft werden müssen (Razum/Geiger 2003: 689).

Vor allem das Beschränken auf Kultur als ausschlaggebenden Faktor für ein bestimmtes Gesundheitshandeln birgt potentiell eine Reihe von Risiken und Benachteiligungen in der Versorgung dieser PatientInnengruppe, da alltägliches Gesundheitsverhalten zwar in jedem Fall von Kultur beeinflusst ist, jedoch ebenso von sozialen und materiellen Faktoren der Personen abhängt (Mayer 2011: 11). Rücken diese individuellen Lebenssituationen von PatientInnen in den Hintergrund, entsteht in weiterer Folge besonders die Gefahr einer Stereotypisierung und Generalisierung (Zielke-Nadkarni 2007: 192).

Zudem ist Kultur nicht statisch, sondern veränderbar und flexibel. Dabei kann es auch innerhalb einer kulturellen oder ethnischen Gruppe aufgrund von Gender, Alter oder politischer Weltanschauung zu unterschiedlichen, nicht homogenen Prozessen kommen (Kleinman/Benson 2006: 1673). Dem folgend versteht auch die Sozialanthropologie Gesundheitssysteme als kulturell geprägt, wobei deren einzelne Komponenten immer auch miteinander in spezifischer Weise in Wechselbeziehung stehen und somit das Gesundheitssystem kontinuierlich beeinflussen (Zielke-Nadkarni 2007: 192). Es bedarf also einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Begriff Kultur, zumal nicht vergessen werden darf, dass das medizinische und pflegerische Personal ebenso Teil einer eigenen (Medizin-)Kultur ist, welche dementsprechend auch Einfluss auf die Versorgung und Behandlung von PatientInnen nimmt, denn „[...] culture is not just what patients have; clinicians also participate in cultural worlds“ (Kleinman/Benson 2006: 1675).

Ein aufkommendes Bewusstsein für die Problematik von Chancengleichheit, Migration und Gesundheit im Kontext von Gesundheitsversorgung ist auch in Österreich in den letzten Jahren vermehrt spür- und sichtbar geworden: So wurden in den Rahmen-Gesundheitszielen des Bundesministeriums für Gesundheit 2012 zehn Ziele definiert, die Gesundheit für alle ermöglichen sollen. Als Gesundheitsziel 2 ist festgehalten, dass alle Bevölkerungsgruppen unter anderem „über gerechte Chancen verfügen [sollen], [um] ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Ein weiteres Rahmen-Gesundheitsziel (Nr. 10), welches in der Konzeption und Umsetzung des Pilotprojekts „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ neben dem Gesundheitsziel 2 ebenfalls handlungsanleitende Motivation zur Durchführung war, beschäftigt sich mit der nachhaltigen Sicherstellung qualitativ hochstehender und effizienter Gesundheitsversorgung. Zur Erreichung jener beiden Rahmen-Gesundheitsziele ist es daher unabdingbar, den Zugang zum Gesundheitssystem und die dazu gehörenden Angebote barrierefrei und zielgruppengerecht zu gestalten (ebd.).

1.2. Relevanz und internationale Entwicklungen

Das Verhältnis zwischen PatientInnen und Angehörigen von Gesundheitsberufen hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Für diese Entwicklung werden mehrere Gründe verantwortlich gemacht. Ein wichtiger Grund ist, dass viele Länder das Recht auf informierte Einwilligung rechtlich verankert haben und der Patient zunehmend eine partizipative Rolle einnimmt (Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections [2009/C 151/01]). Diese Richtlinie enthält unter anderem die Empfehlung, dass die Handlungskompetenzen der BürgerInnen und PatientInnen gestärkt werden soll. PatientInnen sollen über das Recht auf Aufklärung vor der Einwilligung in Behandlungen umfassend informiert werden, damit die Wahlmöglichkeit und die Entschlussfreiheit der PatientInnen gewahrt bleiben (2b ii).

Eine wesentliche nationale gesundheitspolitische Weiterentwicklung der Stärkung von PatientInnen bewirkte die Einführung von Maßnahmen zur Erhöhung von PatientInnensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen im Rahmen der Gesundheitsreform 2005. Die zentrale Regelung in diesem Zusammenhang ist das Gesundheitsqualitätsgesetz, welches alle GesundheitsleistungserbringerInnen zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards und Transparenz verpflichtet. Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den PatientInnen auf deren Nachfrage zu gewährleisten. Ganz wesentlich bei der Umsetzung aller Maßnahmen ist die sogenannte Patientenorientierung (§ 2 Z 3 Gesundheitsqualitätsgesetz GQG), wonach im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Durch entsprechende Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse sowie deren systematische Überprüfung soll Transparenz geschaffen werden, womit einerseits die Qualität der Gesundheitsleistungen verbessert und andererseits den PatientInnen eine Entscheidungsgrundlage geboten werden soll.

Aufbauend auf dem Gesundheitsqualitätsgesetz beschloss die österreichische Bundesgesundheitskommission 2013 die österreichweite Patientensicherheitsstrategie 2013-2016 mit dem Ziel, die Fähigkeit der PartnerInnen im Gesundheitswesen zur Umsetzung definierter Patientensicherheitsziele zu stärken. PatientInnensicherheit soll in allen Strukturen und Prozessen des Gesundheitswesens verankert werden und die gesundheitliche Versorgung in Österreich, unabhängig davon, wo und von welcher Einrichtung sie erbracht wird, sicher, effektiv und leicht zugänglich sein. Ganz wesentlich dabei ist, dass die PatientInnen informiert und aktiv in den Versorgungsprozess eingebunden werden.

Ein zentrales Ziel der Patientensicherheitsstrategie ist die Schaffung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der BürgerInnen und PatientInnen, bei der Maßnahmen gesetzt werden sollen, um die Handlungskompetenzen dieser zu stärken. Weiters müssen Informationen hinsichtlich der Erlangung von wesentlichen Kenntnissen, Verhaltensweisen und Fähigkeiten, die für die aktive Beteiligung – und damit für mehr Sicherheit bei der Behandlung – notwendig sind, zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt vor allem für den Einsatz neuer Kommunikationsformen. Ein entscheidender nationaler Schritt war hier auch die Schaffung der bereits erwähnten zehn Rahmen-Gesundheitsziele,

welche den internationalen Vorgaben entsprechen. Zentrale Punkte sind hier freilich auch die PatientInnenpartizipation und der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Weitere Gründe für die Veränderung des Behandlungssettings sind das Bestehen unterschiedlicher Behandlungsoptionen sowie auch die Tatsache, dass Symptome von unterschiedlichen PatientInnen, bedingt durch ihre Biographie und Lebenssituation, unterschiedlich wahrgenommen werden können (Klemperer 2003: 12f). Dieser Aspekt kommt vor allem bei PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturen und Ländern zum Tragen.

Das Verhältnis zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und PatientInnen hat sich zudem vor allem dadurch stark verändert, dass PatientInnen viel mobiler geworden sind. Angehörige von Gesundheitsberufen müssen zunehmend fremdsprachige PatientInnen behandeln. In erster Linie denkt man hier zumeist an MigrantInnen, es handelt sich aber auch um TouristInnen oder Personen, die sich aus beruflichen Gründen in Österreich aufhalten. Nicht zuletzt hat die Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU für alle Mitgliedstaaten der EU sowie für die EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen Rahmenbedingungen geschaffen, damit PatientInnen ihre Rechte im Hinblick auf den Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und auf die Kostenerstattung dieser Leistungen beanspruchen können. Umgesetzt wurde die Richtlinie in Österreich mit dem EU-Patientenmobilitätsgesetz (BGBl 32/2014).

Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird darüber hinaus zunehmend durch den Einsatz von telematischen Anwendungen geprägt. Informations- und Kommunikationstechnologien durchdringen die moderne Medizin (Katzenmeier/Schrag-Slavu 2010: 123). Chancen und Risiken des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen werden im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform immer wieder kontrovers diskutiert. Mit Hilfe telematischer Anwendungen können zwei scheinbar widerstreitende Ziele zugleich erreicht werden: eine zeitnahe und qualifizierte Patientenbehandlung bei gleichzeitiger Schonung von Ressourcen.

Gerade das neue Tool Videodolmetschen zeigt, wie man durch den zeitnahen und qualifizierten Einsatz von DolmetscherInnen per Video Kosten sparen und gleichzeitig die Qualität der PatientInnenversorgung erhöht werden kann.

1.3. Rechtliche Aspekte – Sprachbarriere und medizinische Aufklärung

1.3.1. Einwilligung und Aufklärung bei Sprachbarrieren

Kommunikation ist ein zentrales Element eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses. Sprachbarrieren können zu Fehlversorgungen und rechtlichen Folgen in vielfältiger Hinsicht führen (Kletečka 2010: 276f; Rásky 2010: 26ff). Vor allem auch aus rechtlicher Sicht ist es notwendig, dass die am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen miteinander sprechen können. Der Patient muss darüber aufgeklärt werden und verstehen, an welcher Erkrankung er leidet und welche medizinischen Schritte geplant sind, da die Einwilligung des aufgeklärten Patienten – neben der medizinischen Indikation – Voraussetzung für eine rechtmäßige Heilbehandlung ist (Kletečka-Pulker 2013: 45f).

Kann ein Patient aufgrund von Sprachbarrieren nicht oder nicht ausreichend aufgeklärt werden und wird ohne Vorliegen eines Notfalls trotzdem behandelt, macht sich der behandelnde Arzt gemäß § 110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung) strafbar. In manchen Fällen werden PatientInnen abgewiesen, da sie ihre Behandlungsbedürftigkeit nicht kommunizieren können. Kommunikationsschwierigkeiten bergen ein großes Risiko für die Gesundheit der PatientInnen. Dies hat auch ein Fall gezeigt, der vom OGH (Kletečka 2010: 276f) entschieden wurde, wo mangelnde Kommunikation zum Tod zweier Menschen geführt hat.

Muss ein Patient trotz Sprachbarriere aufgrund eines Notfalls behandelt werden, kann es, wie in Kapitel 3.4.4. noch ausführlich diskutiert werden wird, häufig zu Mehrfachuntersuchungen, Überversorgungen und Behandlungsfehlern kommen. Diese Situation ist nicht nur für die PatientInnen sehr belastend, sondern auch für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, da sie PatientInnen behandeln müssen, mit denen sie sich gar nicht oder nicht ausreichend verständigen können. DolmetscherInnen werden in Krankenhäusern nur vereinzelt herangezogen. Muss ein Eingriff nicht unmittelbar durchgeführt werden, kann die Zuziehung eines Dolmetschers leichter geplant und bewerkstelligt werden. Stehen keine professionellen SprachmittlerInnen zur Verfügung, wird in der Praxis auf verschiedene Hilfsmodelle zurückgegriffen. Häufig werden Angehörige oder Begleitpersonen des Patienten als SprachmittlerInnen herangezogen (siehe Kapitel 3.4.1.). Studien zeigen, wie gefährlich diese Variante ist, da es oft zu Fehlübersetzungen kommt (siehe dazu Menz 2011: 230ff).

Neben der ärztlichen Verpflichtung, jeden Patienten nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zu behandeln, ist jeder Arzt darüber hinaus verpflichtet, alle von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden oder Kranken unterschiedslos zu betreuen (§ 49 ÄrzteG). Auch Krankenanstalten haben für alle PatientInnen ohne Unterscheidung von Alter, Geschlecht, Herkunft, Vermögen und Religionsbekenntnis die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sicherzustellen. Jeder Patient hat das Recht, über die Vornahme medizinischer Maßnahmen selbst zu entscheiden, woraus sich das Recht auf Aufklärung ergibt. Ein explizites Recht auf muttersprachliche Aufklärung findet sich in den gesetzlichen Bestimmungen nicht.

Da für die Aufklärung von PatientInnen mit Sprachbarrieren – mit Ausnahme der gehörlosen PatientInnen – keine sondergesetzlichen Bestimmungen bestehen, muss auf die allgemeinen gesetzlichen Regelungen zurückgegriffen werden, wobei diese hinsichtlich der Aufklärung nicht sehr

bestimmt sind. Die Rechtslage in diesem Bereich ist in den letzten Jahren durch zahlreiche Judikate des Obersten Gerichtshofs geprägt worden. Aufgrund der allgemeinen Bestimmungen und der ständigen Judikatur ist es Aufgabe des Arztes, den Patienten vor einem Eingriff ausreichend aufzuklären, sodass dieser wirksam zustimmen kann (Kletečka 2014: Kap. I.4.3.). Findet keine Aufklärung statt, ist die Einwilligung des Patienten in der Regel unwirksam und führt zur Rechtswidrigkeit des Eingriffs, auch wenn er lege artis durchgeführt wurde. Lediglich bei Gefahr im Verzug kann die Einwilligung entfallen (§ 110 Abs. 2 StGB; § 146 c Abs. 3 ABGB; § 8 Abs. 3 KAKuG). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird aber nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich geschützt, wonach auch eigenmächtig vorgenommene medizinische Eingriffe das absolut geschützte Rechtsgut der Willensbildungsfreiheit verletzen. Darüber hinaus enthalten zahlreiche verwaltungsrechtliche Bestimmungen Regelungen über die Einwilligung in medizinische Behandlungen. Die Einwilligung des Patienten setzt voraus, dass dieser vor dem Eingriff über die geplante Maßnahme aufgeklärt wurde und einsichts- und urteilsfähig ist. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dann gegeben, wenn der Patient Grund und Bedeutung der geplanten Behandlung einsehen und nach dieser Einsicht seinen Willen bestimmen kann (Kletečka 2014: I.4.3.). Aufgabe der ärztlichen Aufklärung ist es daher, dem Patienten die für seine Entscheidung maßgebenden Kriterien zu liefern und ihn in die Lage zu versetzen, die Tragweite seiner Zustimmung zum geplanten Eingriff zu überblicken. Vor jedem Eingriff – außer in Notfällen – muss daher rechtzeitig ein Aufklärungsgespräch stattfinden. Nur in einigen gesetzlichen Ausnahmefällen bedarf es einer schriftlichen Aufklärung (§ 39 Abs. 1 AMG; § 49 Abs. 4 MPG; § 5 ÄsthOpG). Fremdsprachige Aufklärungsblätter oder Aufklärungstafeln können unterstützend eingesetzt werden (Memmer 2014: I.3.7.3).

Auch PatientInnen mit Sprachbarriere haben – wie alle deutschsprachigen PatientInnen – das Recht auf vollständige Aufklärung vor jedem medizinischen Eingriff. Eines der Hauptprobleme liegt in der Praxis für die behandelnden Ärzte in der Beurteilung, ob der Patient die Aufklärung tatsächlich verstanden hat. Dies ist oft schon bei PatientInnen ohne Sprachbarrieren sehr schwierig und zeitintensiv (siehe auch ausführlich zur Rechtslage in Deutschland Spickhoff 2010: 59ff). Bestehen Zweifel an der Verständigungsmöglichkeit, ist davon auszugehen, dass andere Möglichkeiten gefunden werden müssen, um den Patienten ausreichend aufzuklären.

Die zwei zentralen rechtlichen Fragen, die sich in Bezug auf PatientInnen mit Sprachbarriere stellen, sind daher:

1. Wer trägt das Risiko der Sprachbarriere, wenn es zu einem Schaden kommt und hat daher die Verantwortung, einen Dolmetscher zuzuziehen?
2. Wer trägt die Kosten für die Dolmetschung?

1.3.2. Haftungsrisiko Sprachbarriere?

Entscheidend ist juristisch letztlich, wer das Risiko für die Sprachbarriere trägt. Wie bereits ausgeführt, muss rechtlich zwischen jenen Fällen unterschieden werden, bei denen ein medizinischer Notfall beziehungsweise eine Behandlungspflicht („Eilfällen“) (Spickhoff 2010: 65) besteht, der Patient also behandelt werden muss, auch wenn er sich gar nicht oder schlecht verständigen kann, und solchen, bei denen eine Behandlung nicht dringend notwendig ist.

Im Normalfall bildet der Behandlungsvertrag die rechtliche Grundlage für das Patienten-Behandler-Verhältnis. Unabhängig von den gesetzlich normierten Fällen der Behandlungspflicht und besonderen Regelungen für PatientInnen, die sozialversichert sind, besteht weder vonseiten des Patienten noch des Behandlers eine Verpflichtung zum Abschluss eines Behandlungsvertrages (Kletečka-Pulker 2014: I.1.12). Erkennt der Arzt, dass der Patient sich nicht ausreichend verständigen kann, muss er mit ihm keinen Behandlungsvertrag abschließen. Er muss den Patienten darauf aufmerksam machen, dass er ihn ohne Sprachmittlung nicht behandeln kann und dass er zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Dolmetscher wiederkommen soll. Oft erkennt man auch erst im Laufe eines Behandlungsgeschehens, dass die sprachlichen Kenntnisse für eine Aufklärung und eine Behandlung *lege artis* nicht ausreichen. Wenn es aus medizinischer Sicht möglich und die Gesundheit des Patienten nicht gefährdet ist, kann auch dann noch das Behandlungsverhältnis aufgelöst werden und der Patient muss eine Lösung für die Sprachbarriere finden.

Es gibt aber bestimmte Fälle, in denen der Gesetzgeber eine Behandlungspflicht vorsieht. So darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe verweigert werden (§ 23 Abs. 1. KAKuG). Weiters besteht Behandlungspflicht bei unabweisbaren PatientInnen gemäß § 22 Abs. 4 KAKuG. Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die aufgrund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen. Darüber hinaus enthalten die Berufsrechte der Gesundheitsberufe Bestimmungen, wonach diese im Fall drohender Lebensgefahr beziehungsweise in bestimmten Situationen (drohende Gefahr für eine beträchtliche Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung) ihre (erste) Hilfe nicht verweigern dürfen (§ 48 ÄrzteG, § 6 HebG, § 4 Abs. 3 GuKG etc.).

Manche Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgrund von privatrechtlichen Vereinbarungen mit dem Sozialversicherungsträger in weiteren Fällen verpflichtet, versicherte PatientInnen zu behandeln. So unterliegen Kassenvertragsärzte einer erweiterten Behandlungspflicht, da die Gesamtverträge zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Ärzteschaft vorsehen, dass der Vertragspartner nur in begründeten Fällen die Behandlung von Anspruchsberechtigten ablehnen darf und auf Verlangen des Versicherungsträgers diesen den Grund für die Ablehnung mitteilen muss. Ist ein Migrant sozialversichert, hat er im Versicherungsfall Krankheit gemäß § 120 ASVG einen Anspruch auf Krankenbehandlung (Kremla 2012: 497f).

Ist der Patient behandlungsbedürftig und daher unabweisbar, muss der Arzt beziehungsweise die Krankenanstalt ihn behandeln. Hier liegt nun das Grundproblem: Wie kann ein Arzt oder eine Krankenanstalt erkennen, ob eine Behandlungspflicht besteht, wenn der Patient sich überhaupt nicht verständigen kann? Dies hat letztlich auch zur Haftung des Trägers einer Krankenanstalt geführt, weil ein Krankenpfleger dieser Krankenanstalt nicht dafür gesorgt hat, dass ein offensichtlich Erkrankter einem Arzt zur diagnostischen Abklärung zugeführt wurde (Kletečka 2010: 276f). Grund dafür war, dass der Patient nicht Deutsch sprechen konnte und erfolglos versuchte, sich verständlich zu machen. Eine Person, die Dolmetschdienste leisten hätte können, war angesichts der Uhrzeit nicht greifbar. Der OGH

v. 11.05.2010 - 4 OB 36/10p hat in dieser Entscheidung zwar nicht die Frage geklärt, ob und für welche Sprachkenntnisse der Anstaltsträger zu sorgen hat. Man kann aber davon ausgehen, dass in der Krankenanstalt Möglichkeiten geschaffen werden müssen, für die gängigen Sprachen Lösungen anzubieten, wobei dies regional durchaus unterschiedlich sein wird. In speziellen Situationen, wie zum Beispiel in der Nachtambulanz, sind wohl diese Anforderungen noch weiter herunterzuschrauben (Kletečka 2010: 276). Da das Tool Videodolmetschen viele praktische Zugangshürden überwinden kann (sofortige und unkomplizierte Zuschaltung eines qualifizierten Dolmetschers in der richtigen Sprache), wird diesbezüglich rechtlich ein anderer Standard herangezogen, sodass in künftigen Haftungsfällen begründet werden muss, warum diese neue Form des E-Dolmetschens – auch im Sinne der Verbandsverantwortlichkeit – nicht zum Einsatz kommt.

In medizinischen Notfallsituationen kann eine lebensrettende Maßnahme auch ohne Einwilligung des Patienten erfolgen (§ 110 Abs. 2 StGB; § 146 c Abs. 3 ABGB, § 8 Abs. 3 KAKuG). Dies ist nur dann möglich, wenn nicht genügend Zeit ist, um einen möglichen gesetzlichen Vertreter zu kontaktieren oder zu beantragen. Im Fall von Patienten mit Sprachbarriere hat dies bislang auch bedeutet, dass nicht genug Zeit war, um einen qualifizierten Dolmetscher zu kontaktieren. Gerade das Tool Videodolmetschen bietet für diesen Fall eine rasche und sichere Lösung, sodass künftig in solchen Notfallsituationen schwer argumentiert werden kann, es habe nicht aufgeklärt werden konnte, weil keine raschere Lösung zur Verfügung stand.

Besteht Behandlungspflicht und kommt es durch die Sprachbarriere zu Behandlungsfehlern oder anderen Schäden, gilt es zu prüfen, ob diese zum Beispiel durch die Zuschaltung eines Dolmetschers per Video oder durch den Einsatz anderer Hilfsmöglichkeiten vermeidbar gewesen wären.

Besteht keine Behandlungspflicht und kann der Arzt den Patienten aufgrund der Sprachbarriere nicht aufklären, muss der Arzt die Behandlung ablehnen. Letztlich muss ein Dolmetscher herangezogen werden. Auch in jenen Fällen, in welchen der aufklärungspflichtige Arzt Zweifel hat, muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden, um sicherzustellen, dass der nicht-deutschsprachige Patient der Aufklärung sprachlich folgen kann.

Die Beweislast, ob der Patient die deutschen Erklärungen verstanden hat, liegt – den allgemeinen Grundsätzen folgend – beim Arzt beziehungsweise bei der Krankenanstalt (Kletečka 2014a: II.1.2.5.). Grundsätzlich reicht der Hinweis des Arztes, dass der Patient sich ausreichend in deutscher Sprache verständigen kann, wenn er zum Beispiel in der Lage gewesen ist, im Rahmen der Anamneseerhebung Fragen zu beantworten. Der Hinweis, dass der Patient sich ausreichend verständigen kann, ist allerdings noch kein Beweis dafür, dass eine rechtmäßige Aufklärung stattgefunden hat (Spickhoff 2010: 67).

1.3.3. Kostenübernahme

Anders als im Verfahrensrecht (§ 66 Strafprozessordnung 1975, § 73a Zivilprozessordnung oder § 39a Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991) gibt es für den Gesundheitsbereich – bis auf den Bereich der Verwaltungsverfahren in diesem Bereich, wie z.B. Pensionsbegutachtungen (§ 39 a AVG) – keine rechtlichen Regelungen. So hat auch der OGH 2010 in seiner Entscheidung keine klare Aussage

getroffen, wer die Kosten zu tragen hat. Unabhängig davon, welche Rechtsauffassung man vertritt, haftet der Arzt beziehungsweise die Krankenanstalt sowohl zivilrechtlich als auch strafrechtlich für einen Schaden an dem Patienten, der durch die vorhandene Sprachbarriere eingetreten ist. Der Schaden kann entweder durch den Eintritt eines Behandlungsfehlers zustande kommen oder durch die mangelhafte Einwilligung, weil der Patient nicht ordnungsgemäß aufgeklärt werden konnte. Die strafrechtliche Verantwortung für die Krankenhausleitung hat sich freilich durch die Einführung des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes verschärft.

2. Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachender PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit führte die Österreichische Plattform Patientensicherheit beginnend mit Juli 2013 gemeinsam mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, dem Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien und dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei, das erste österreichische Pilotprojekt zum Thema „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ durch.

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Forschungsfragen und die antizipierten Ziele des Pilotprojekts sowie der Prozess der Etablierung der Intervention „Videodolmetschen“ vorgestellt.

2.1. Forschungsfragen und Ziele der vorliegenden Studie

Ausgehend von der vorhandenen heterogenen Lage und angetrieben vom Gedanken der Optimierung der momentan zunehmend wenig zufriedenstellenden Situation im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen (siehe Kapitel 3.4.1.) bot das Projekt einen neuen Ansatz im Umgang mit der Herausforderung Migration im Gesundheitswesen. Während Videokonferenzen in vielen Bereichen bereits zum (Arbeits-)Alltag gehören (beispielsweise Tumorboards), wurde im Rahmen der vorliegenden Studie eine neue Möglichkeit getestet, den weiten Fortschritt der heutigen Kommunikationstechnologie auch im Gesundheitsbereich intensiver zu nutzen und mit technisch innovativen Lösungsansätzen – zugunsten aller Beteiligten im Setting Gesundheitswesen – einen Schritt weiter zu gehen.



Abbildung 1: Forschungsziele Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

Folgende *Forschungsfragen* wurden im Rahmen vorliegender Studie schwerpunktmäßig untersucht:

Inwiefern trägt die Etablierung eines professionellen Videodolmetschangebots aus Sicht des involvierten Gesundheitspersonals

- zur subjektiv wahrgenommenen und eingeschätzten *Erhöhung der Behandlungsqualität* in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen,
- zur *Verbesserung der Arbeitssituation* für nicht-deutschsprachige-PatientInnen-versorgendes Gesundheitspersonal (Stichwort MitarbeiterInnenzufriedenheit)

sowie

- zur *Erhöhung der MitarbeiterInnen- und PatientInnensicherheit* bei?

Des Weiteren wurde untersucht, inwieweit das Tool „Videodolmetschen“ einen *Beitrag hinsichtlich langfristiger Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen* leisten kann.

Ziel war es darüber hinaus, dem Gesundheitspersonal ein neues Tool zur Verfügung zu stellen, mit welchem die Behandlung und Versorgung von PatientInnen mit wenig bis keinen Deutschkenntnissen sowie gehörlosen PatientInnen vereinfacht und trotzdem professionell angegangen werden kann und weiters zu zeigen, welches Potential diese Tool zur dauerhaften Integration in den jeweiligen Arbeitsalltag und dessen Setting-abhängige Bedürfnisse aufweist (Abbildung 1).

Dafür wurden vier handlungsanleitende Argumente zum Einsatz des professionellen Videodolmetsch-Tools definiert, welche als Richtlinie zu dessen Entwicklung und Etablierung dienen (Abbildung 2):

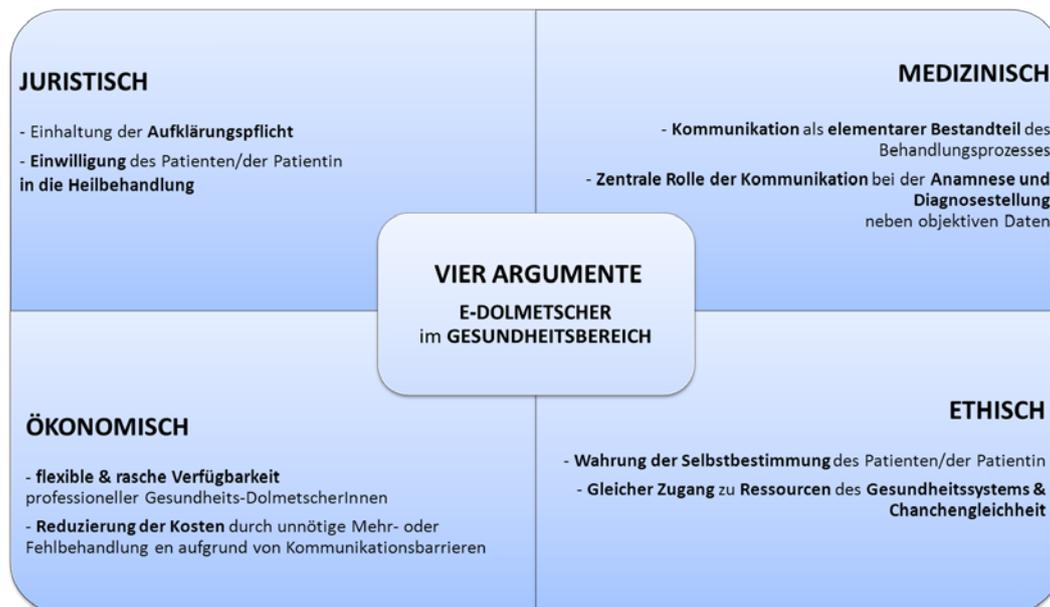


Abbildung 2: Vier Argumente zum Einsatz eines E-Dolmetschers

Die detaillierte Auswertung der quantitativ erhobenen Daten (Fragenbogenerhebung (n= 144) unter Angehörigen der Gesundheitsberufe und Verbindungsdaten der Video-Calls) sowie die durchgeführte qualitative Erhebung (34 Interviews) befassten sich letztendlich noch genauer mit dem Einsatz von innovativer Kommunikationstechnologie und deren „Humanverträglichkeit“ im medizinischen/pflegerischen Setting. Sie ermöglichten einen Einblick in die Akzeptanz und Usability des neuen Tools aus Sicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Die rechtliche und sozialwissenschaftliche Kompetenz der Österreichischen Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien erlaubte es, vorliegende Machbarkeitsstudie durchzuführen. In diesem Rahmen erfolgte – zusätzlich zur Evaluierung von Entwicklung, Planung, Umsetzung und Integration der „Intervention Videodolmetschen“ im medizinischen und pflegerischen Kontext zum Zweck der Überwindung von Sprachbarrieren – die Untersuchung von PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit sowie von Fragen der medizinischen Aufklärung und des gerechten Zugangs zum Gesundheitssystem.

Dadurch kann im nun vorliegenden Abschlussbericht eine umfassende Analyse dazu vorgelegt werden, inwiefern das Anbieten eines neuen technisch-innovativen und an höchster Behandlungsqualität orientierten Tools die MitarbeiterInnen- und PatientInnenzufriedenheit steigert. Darüber hinaus wird

aufgezeigt, welche rechtlichen Sicherheiten und Standards in der Gesundheitsversorgung dadurch potentiell verbessert werden können. Gleichzeitig wurde hier ein Projekt durchgeführt, das Österreich in Bezug auf die Überwindung von Sprachbarrieren und die Steigerung von PatientInnenmobilität im europäischen Vergleich an die Spitze bringt.

2.2. Durchführung und Umsetzung der Intervention „Videodolmetschen“

Das ambitionierte Vorhaben, flexibel und technisch unkompliziert den richtigen Dolmetscher zur richtigen Zeit in der richtigen Sprache am richtigen Ort für den Gesundheitsbereich in die Tat umzusetzen, all diese Komponenten im Rahmen des Pilotprojekts in Einklang zu bringen, gestaltete sich als langer und lehrreicher Prozess. Im Folgenden soll der Verlauf der Durchführung und Umsetzung der Intervention „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ genauer dargestellt werden.

2.2.1. Etablierung der Dolmetscher-Zentrale

Im Rahmen des durchgeführten Projektes wurde eine Dolmetscherzentrale (Abbildung 3) geschaffen und in der sechsmonatigen Testphase (Oktober 2013 – März 2014) dem Gesundheitspersonal die Möglichkeit geboten, 16 Stunden täglich einen professionell ausgebildeten Dolmetscher für die Sprachen Türkisch, BKS (Bosnisch, Kroatisch, Serbisch) sowie die Österreichische Gebärdensprache (in eingeschränkter Verfügbarkeit) bei Bedarf per Videokonferenz technisch einfach und unkompliziert hinzuschalten.

Ein Zentraler Ansatz bei der Planung des Videodolmetsch-Tools war das Anbieten Setting-orientierter Lösungen in Bezug auf Soft- und Hardware. So wurde darauf geachtet, dass jedes Setting die Möglichkeit haben sollte, den individuellen Bedürfnissen und räumlichen beziehungsweise organisatorischen Anforderungen entsprechend eine technische Endpunkt-Lösung zu wählen (siehe Kapitel 2.2.7.a).

Die Entscheidung, den professionellen Dolmetsch-Service im konsekutiven Modus¹ anzubieten, war maßgeblich durch die beschränkten zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel des Pilotprojekts beeinflusst, weshalb die um ein Vielfaches kostenintensivere und technisch weitaus herausforderndere Umsetzung des simultanen

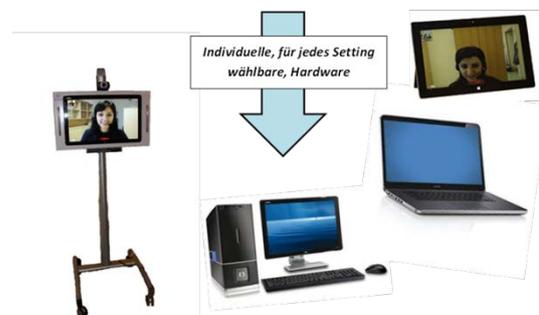
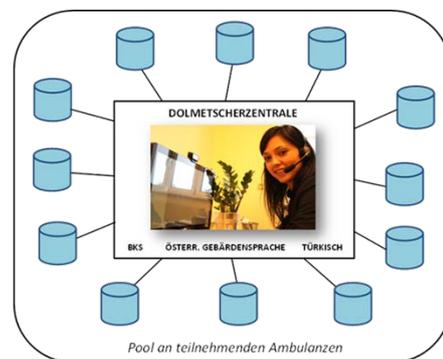


Abbildung 3: Darstellung der Dolmetscherzentrale und individuell wählbare Hardware der Endpunkte

¹ Beim *konsekutiven Dolmetschmodus* spricht immer nur eine Person und das Gesagte wird vom Dolmetscher nacheinander übersetzt. Der Ablauf des Gesprächs würde sich dann beispielsweise wie folgt gestalten: Sprecher 1 spricht, der Dolmetscher übersetzt Gesagtes in die Zielsprache für Sprecher 2, Sprecher 2 antwortet darauf, worauf der Dolmetscher das Gesagte wieder in die Sprache von Sprecher 1 übersetzt usw. (Europäische Kommission 2009: 11).

Dolmetschmodus² nicht möglich war. So wäre beispielsweise eine höhere Anzahl an DolmetscherInnen mit erweiterten Fähigkeiten des Simultandolmetschens erforderlich gewesen, zusätzlich zur technischen Hürde, da wegen des veränderten Modus die Notwendigkeit zu doppelter Videoverbindung und doppelter Hardware (Vergleich Konferenzdolmetschen, wo zwei Audiokanäle benötigt werden) sowie dem zum Dolmetschen erforderlichen Wechseln zwischen den beiden Videokanälen bestanden hätte. Auf Seiten des medizinischen Settings hätte dies das unkomfortable und im Arbeitsalltag meist unpraktische Tragen von Kopfhörern beziehungsweise im optimalsten Fall von drahtlosen Headsets erforderlich gemacht.

Erste Erfahrungen im Rahmen einer vorgelagerten Testung im St. Anna Kinderspital im April/Mai 2012 machten dabei sehr deutlich, dass die Verwendung des simultanen Modus zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der genannten erhöhten Barrieren für die Umsetzung im Pilotprojekt bedauerlicherweise nicht praktikabel und daher nicht umsetzbar erschien.



Foto 1: Fotoserie der Testung im St. Anna Kinderspital April/Mai 2012 (Bildquelle: Sabine Parrag)

Das strukturierte und längerfristige Erproben des simultanen Modus im Rahmen einer Videodolmetschung wäre daher notwendig, um die Etablierung eines neuen Tools wie diesem umfassend wissenschaftlich begleitet und ausgetestet zu haben – abgesehen davon, dass dies international absolut neu wäre im Vergleich zur konsekutiven Videodolmetschlösung (welche ja bereits erfolgreich seit mehreren Jahren beispielsweise in den USA angeboten wird)³.

Zu diesem Zweck wurden von der Plattform Patientensicherheit insgesamt 8 DolmetscherInnen für den Testzeitraum von sechs Monaten (Oktober 2013 – März 2014) angestellt, um die Dolmetscherzentrale zu betreiben. Unter der Prämisse „höchste Qualität durch professionelle DolmetscherInnen“ wurden pro Sprachgruppe (Türkisch und BKS) je 3 Vollzeitstellen und eine Teilzeitstelle mit DolmetscherInnen besetzt (alle verfügten über einen Bezug zur universitären Ausbildung). Dadurch konnte ein lückenloser Betrieb auf höchstem Niveau stattfinden, inklusive Doppeltbesetzungen in den Vormittagsstunden ebenso wie für den Fall des (in einem der Settings getesteten) Terminvereinbarungsmodus.

Der Einsatz von Videokonferenzsystemen zählt im Krankenhaussetting international bereits seit längerem zum Standard moderner Behandlungsansätze (Beispiel USA/Kanada/Australien). Zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren im Gesundheitswesen wurde diese hoch flexible technische Lösung allerdings in Österreich bisher weder im intramuralen noch im extramuralen Bereich eingesetzt. Somit wurden in diesem Projekt auch erstmals diese beiden Faktoren verknüpft:

² Der *simultane Dolmetschmodus*, wie er beispielsweise beim Konferenzdolmetschen oder bei der Gebärdensprache zum Einsatz kommt, bedeutet, dass der Dolmetscher immer gleichzeitig das Gesagte jedes Sprechers für den Empfänger übersetzt. Im Gegensatz zur Gebärdensprache ist bei Lautsprachen der Einsatz von Kommunikationstechnologie zur ungestörten Kommunikation erforderlich (Europäische Kommission 2009: 11).

³ Siehe dazu unter anderem ‚Paras and Associates‘ unter <http://www.parasandassociates.net/>.

Der Einsatz von professionellen Video-DolmetscherInnen wurde neben Krankenhausambulanzen auch im niedergelassenen Bereich (Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin) erprobt.

2.2.2. Spezielle Schulung der Video-DolmetscherInnen für den Einsatz im Gesundheitsbereich
Die Ausbildung und Schulung der DolmetscherInnen stellte einen der wesentlichsten Bausteine zum Gelingen des qualitätsgesicherten Videodolmetschens dar. Als Grundvoraussetzung für eine Anstellung als Video-DolmetscherIn wurde der Bezug zur universitären Ausbildung festgelegt. Um eine gemeinsame Basisqualifikation aller DolmetscherInnen zu gewährleisten, wurde vor Beginn der Testphase ein dreitägiger Schulungsworkshop angesetzt. In diesem Workshop wurde die Erstellung eines fachterminologischen Glossars begonnen (welches im Laufe der Testphase laufend erweitert und bearbeitet wurde) sowie theoretische Basiskompetenzen (darunter auch Aspekte transkultureller Kompetenz) aufgefrischt und eine abschließende praktische Trainingseinheit mit dem E-Dolmetscher absolviert.

2.2.3. Dolmetscherzentrale als Anstoß zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes des professionellen (Video-)Gesundheitsdolmetschens
Das Projekt konnte darüber hinaus unter Einsatz moderner Kommunikationstechnologie zur Etablierung und Festigung der weiterführenden Ausbildung der DolmetscherInnen speziell für den Gesundheitsbereich beitragen und gab Anstoß zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes des professionellen (Video-)Gesundheitsdolmetschens.⁴

Der vorliegende Bericht zeigt, dass das Anbieten eines professionellen Dolmetscherservices sowohl realistisch durchführ- und finanzierbar ist, als auch eine sich auf vielfältigen Ebenen lohnende Unternehmung darstellt, allem voran im Hinblick auf das Verfolgen längerfristiger Qualitätssicherung bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen im Sinne einer umfassenden Erhöhung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit.

Weiters soll durch die vorliegende Untersuchung das Bewusstsein dahingehend geschärft werden, dass die Beiziehung von Angehörigen-DolmetscherInnen oder von fremdsprachigem Personal keine Ideallösung darstellen kann, da der Einsatz eines qualifizierten Dolmetschers via Videokonferenz maßgeblich und nachhaltig zur Erhöhung der MitarbeiterInnen- und PatientInnensicherheit beiträgt.

Das Schaffen einer Dolmetscherzentrale für den Gesundheits- und Sozialbereich bietet DolmetscherInnen die Möglichkeit einer fachlichen Spezialisierung sowie einen neuen attraktiven Arbeitsmarkt, der durch die Etablierung neuer Strukturen auch nach Ende der Testphase großes Potential zur Weiterentwicklung aufweist.⁵

2.2.4. Supervision der DolmetscherInnen
Besonders im Hinblick auf die weitestgehend neue und spezielle Situation der Videoübertragung im medizinischen Setting und die damit verbundenen Besonderheiten – wie beispielsweise das veränderte Nähe-Distanz-Verhältnis bei der Dolmetschung oder die erhöhte Situationsflexibilität aufgrund der unvorhersehbareren Dolmetschsituationen – bedurfte es sorgfältiger Schulung der eingesetzten DolmetscherInnen. Aus diesem Grund wurden in der zweiten Hälfte der Testphase

⁴ Zu Videodolmetschen aus der Perspektive der Video-DolmetscherInnen siehe auch Kapitel 3.4.5.

⁵ Ebd.

einerseits eine spezielle Supervisionseinheit zur Aufarbeitung belastender Situationen im Arbeitsalltag und andererseits ein von einer Psychotherapeutin geleiteter Workshop zur weiterführenden Aufarbeitung und speziellen Bearbeitung aktueller Fragestellungen zum medizinischen und insbesondere psychiatrischen Behandlungssetting abgehalten.

2.2.5. Einschulung der Angehörigen der Gesundheitsberufe vor Einsatz des E-Dolmetschers

Vor dem ersten Einsatz des E-Dolmetschers wurden Schulungsworkshops und Einschulungen für die in das Projekt involvierten MitarbeiterInnen angeboten, worin Basisinformationen zum Umgang mit einem professionellen Dolmetscher, mit gehörlosen Personen und der neuen Technik intensiv diskutiert und anhand von praktischen Übungen trainiert wurden. Neben dem translationswissenschaftlichen Aspekt galt es zudem auch, die transkulturelle Kompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu schulen und zu sensibilisieren. Aufgrund der zeitlich teilweise stark eingeschränkten Möglichkeiten der unterschiedlichen Settings stellte sich die Organisation und Durchführung der MitarbeiterInnen-Schulungsworkshops (insgesamt nahmen rund 30 Personen das Angebot in Anspruch) als Herausforderung dar, konnte jedoch durch intensivere Einschulungsblöcke bei den jeweiligen Zuschaltungen der Endpunkte zur Dolmetscherzentrale gut kompensiert werden.

2.2.6. Technische Lösung: Der E-Dolmetscher

Der für das Pilotprojekt konzipierte E-Dolmetscher ist eine State-of-the-Art Hard- und Softwarelösung, welcher für Ad-hoc-Dolmetschereinsätze in Gesundheitseinrichtungen zum Einsatz kommt. Besonderes Augenmerk wurde auf eine einfache „One-Touch-Call“-Lösung gelegt, wodurch den



Foto 2: Der E-Dolmetscher im Einsatz
(Bildquelle: APA Fotoservice)

Angehörigen der Gesundheitsberufe ein flexibles und technisch barrierefreies Arbeiten mit dem E-Dolmetscher ermöglicht wurde.

Der Prototyp des E-Dolmetschers war ausgestattet mit einem Ruummikrofon und einer HD-Videokamera, welche man jederzeit mit nur einem Klick (sowohl von Seiten der DolmetscherInnen als auch von Seiten des Endpunktes) deaktivieren und somit in den Privacymodus (Audio only)

schalten konnte, um PatientInnen höchste Privatsphäre bei der Dolmetschung zu ermöglichen. Weiters verfügte der Prototyp über einen 3-Meter-Distanz-Arbeitsradius. Der Batteriebetrieb ermöglichte, das Gerät auch mobil über WLAN zu nutzen, wofür ein 100-1000 KBit/s-Daten-Bandbreitenspektrum benötigt wird. Um optimal in die verschiedenen Settings integriert werden zu können, wurde das Gerät mit Rauschunterdrückung, A/V-Synchronisierung und Echounterdrückung ausgestattet. Der E-Dolmetscher konnte individuell mit Rollstange, Schwenkarm oder Software-only auf hausinterner Hardware eingesetzt werden.

Trotz grundsätzlich guter Ergebnisse bei der Bewertung durch die MitarbeiterInnen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Prototypen des E-Dolmetschers konnten diverse notwendige technische Verbesserungen eruiert und zur Weiterentwicklung und Verbesserung möglicher zukünftiger Endgeräte analysiert werden. So kam es beispielsweise bei manchen Geräten zu Tonausfällen oder kommunikationshemmenden Verzögerungen bei der Übertragung von Bild oder Ton. In Einzelfällen gab es Probleme mit der Standby-Funktion, wodurch ein umständliches tägliches Neuaktivieren des Geräts durch die MitarbeiterInnen des Endpunkts erforderlich wurde.

Da der E-Dolmetscher beziehungsweise das Videokonferenzsystem und seine erbrachte Leistung (Übertragungsqualität) aber letztendlich in hohem Maße von der jeweils zur Verfügung gestellten Internetbandbreite der Endpunkte abhängig waren, wurde umso deutlicher, dass die Platzierung und Implementierung eines solchen neuen Tools jedenfalls in engster Zusammenarbeit/Abstimmung mit den hausinternen Entscheidungsträgern und der IT des Trägers/Hauses zu erfolgen hat, um gemeinsam beste Ergebnisse zu erzielen und die erforderliche (Daten-)Sicherheit jedenfalls zu gewährleisten.

2.2.7. Conclusio zur Durchführung und Umsetzung der Testphase

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Umsetzung der sechsmonatigen Testphase (Oktober 2013 – März 2014) grundsätzlich gut gelungen ist. Allerdings sollen einige Faktoren, die sich im Laufe der Vorbereitung, Umsetzung und Durchführung des Videodolmetschservices als besonders beachtenswert herausgestellt haben, an dieser Stelle noch ergänzend Erwähnung finden.

a) Auswahl und Platzierung der Endgeräte

Die Auswahl der zum Einsatz gekommenen Hardware und ihre Platzierung in den Ambulanzen beziehungsweise Behandlungsräumen der Institutionen (kurz: Endpunkte) erfolgten jeweils in Absprache des technischen Projektdienstleiters mit der Abteilungsleitung und IT der Institutionen. Aufgrund räumlicher und technischer Gegebenheiten war bei manchen Endpunkten keine optimale Platzierung des E-Dolmetschers möglich. So musste beispielsweise in manchen Häusern in Kauf genommen werden, dass das Gerät aufgrund von Platzmangel nicht im gewählten Behandlungsraum verbleiben konnte, sondern immer nach Gebrauch in einen separaten Raum gebracht und bei Bedarf von dort wieder geholt werden musste.

In einem anderen Fall konnte der E-Dolmetscher nur in einem von der tatsächlichen Behandlungszone etwas entfernten (ursprünglich von der Sozialarbeit genutzten) Raum installiert werden, da die Untersuchungsräume des Hauses nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügten. Auch die Tatsache, dass nicht überall WLAN (Wireless Local Area Network) vorhanden war und somit der E-Dolmetscher weniger mobil und flexibel genutzt werden konnte, wirkte sich hemmend auf das Nutzungsverhalten aus. Hinzu kam, dass das Gerät, wenn es nur mit Netzkabel verwendet wurde, immer wieder aus- und angesteckt werden musste, wenn es – wie in oben erwähntem Fall – nicht im Behandlungsraum verbleiben konnte. Hier kam in einem Fall sogar noch erschwerend hinzu, dass sich die freigeschaltete Netzwerksteckdose nur sehr schwer erreichbar unter einem Schreibtisch befand.

Aber auch bei der Nutzung von WLAN kam es durch hausinterne Störungen und Probleme beim Router etc. teilweise zu längeren Ausfällen des E-Dolmetschers. Zwei Häuser entschieden sich für eine in festgelegten Räumen mit einem Schwenkarm befestigte Version des E-Dolmetschers. Das führte allerdings dazu, dass das Gerät letztendlich nicht immer dort eingesetzt werden konnte und präsent war, wo die aktuelle PatientInnenbehandlung gerade stattfand, was sich ebenfalls hemmend auf das Nutzungsverhalten auswirkte.

b) Dauer der Testphase

Aufgrund der beschränkten finanziellen Ressourcen des Pilotprojekts konnte bedauerlicherweise die Laufzeit der Testphase von mindestens einem Jahr nicht umgesetzt werden, wie es von der Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ (welche das Pilotprojekt in seinen

ersten Zügen konzipiert und an der Praxis orientiert angelegt hatte) eigentlich als Optimum festgelegt worden wäre. Durch den so nicht rasch genug eintretenden „Gewöhnungseffekt“ an das neue Tool und die damit verbundene Verinnerlichung der neuen Lösungsstrategie musste eine geringere Nutzung in Kauf genommen werden, worauf in Kapitel 3.4.4.e noch näher eingegangen werden wird.

c) Auswahl der teilnehmenden Ambulanzen und Institutionen

Im Rahmen der bereits erwähnten Arbeitsgruppe zur Vorbereitung des Pilotprojekts wurde intensiv darüber diskutiert, in welchem Setting das neue Tool Videodolmetschen besonders dringlich benötigt werden könnte. Zur Diskussion standen Rehabilitationszentren, Krankenhausstationen, aber auch das Notfallsetting. Zu Projektbeginn wurde bei der Auswahl der teilnehmenden Endpunkte zunächst der Fokus auf das Setting der Notaufnahmen gelegt, da speziell in diesem Setting die Notwendigkeit einer flexiblen und raschen Verfügbarkeit besonderes hoch eingeschätzt wurde. Die Verlegung einzelner Endpunkte auf ausgewählte Stationen der teilnehmenden Häuser im Jänner 2014 bot zusätzlich eine gute Gelegenheit, das Setting der Stationen ins Sample aufnehmen zu können.

d) Sprachangebot im Testzeitraum

Als besonderes Hemmnis stellte sich das eingeschränkte Angebot an Sprachen (Türkisch & Bosnisch, Kroatisch, Serbisch) während des Testbetriebes heraus. Dass in einzelnen der teilnehmenden Häusern stattdessen das Angebot der Gebärdensprache vermehrt genutzt wurde, zeigte umso deutlicher, dass der E-Dolmetscher somit – mangels alternativer Lösungsstrategien – den jedenfalls vorhandenen Bedarf an schwerer verfügbaren Sprachen gezielt abdecken könnte. So gaben die Interviewten an, dass es beispielsweise zusätzlichen Bedarf an den Sprachen Russisch, Tschetschenisch, Polnisch, Albanisch und Ungarisch gäbe, da hierfür in vielen Fällen auch keine alternativen Lösungsstrategien, welche in der Folge in Kapitel 3.4.1.c noch näher diskutiert werden sollen, zur Verfügung stünden.

So wäre eine höhere Auslastung der Dolmetscherzentrale mit den zusätzlich dringend benötigten Sprachen, wie eben beispielsweise Russisch oder Polnisch, nicht unwahrscheinlich gewesen.

e) Betreuung der Endpunkte

Um möglichst wenig in die gewohnten Arbeitsabläufe der teilnehmenden Häuser einzugreifen und eine natürliche Entwicklung bei der Nutzung des Tools zu ermöglichen, wurde der Kontakt mit den Endpunkten nach der Phase der Einschulung und Zuschaltung zurückgenommen und ihre Betreuung auf die rein technische Begleitung durch den technischen Dienstleister reduziert. Vom Projektteam wurde nur im Bedarfsfall eingegriffen und erst ab Jänner 2014 zu den Endpunkten wieder aktiver Kontakt zur Einholung eines ersten Feedbacks aufgenommen.

3. Empirischer Teil

3.1. Methoden

Zur Erhebung und Untersuchung der für die definierten Forschungsfragen erforderlichen Daten wurde ein *Mixed-Methods-Design*⁶ mit qualitativen und quantitativen Methoden verwendet.

3.1.1. Qualitative semi-strukturierte Interviews

Die Methode der semi-strukturierten Interviews verbindet Aspekte des standardisierten mit dem des nicht-standardisierten Interviews und ermöglicht es, durch einerseits vorgefertigte Fragen (eindeutige Bejahung oder Verneinung) und andererseits thematisch fokussierte Fragen in offene Gespräche zu kommen und im Vorfeld analysierte, wichtige Aspekte der Problemstellung zu behandeln. Auf diese Weise haben die Befragten die Möglichkeit, frei und ohne Antwortvorgaben über das Thema und die ihnen wichtig erscheinenden Aspekte zu sprechen sowie auf die für sie bedeutenden Punkte Bezug zu nehmen, welche mittels Interviewleitfaden abgehandelt und angesprochen werden (Mayring 2002: 67ff). Durch diese Methode „erfährt man nicht nur insgesamt mehr, sondern auch mehr Details, eben alles, was für den Befragten von Bedeutung ist“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2013: 311) und man kann „durch die an den Gesprächsverlauf angepassten Fragen in Erfahrung bringen, wie gewichtig welche Aspekte für den Betroffenen sind“ (ebd.).

3.1.2. Quantitative Fragebogenerhebung

Die Methode der Fragebogenerhebung wurde gewählt, um bestimmte Eigenschaften/Charakteristika einer gewählten Stichprobe beschreiben zu können (deskriptive Statistik). Dabei soll keine Aussage über die Grundgesamtheit getroffen, sondern ein Überblick über die Merkmalsausprägungen einzelner Variablen geboten werden (Raab-Steiner/Benesch 2012: 13ff).

3.1.3. Verbindungsdaten Video-Calls

Einen entscheidenden Teil der quantitativen Datenerhebung des Pilotprojekts bilden die von der eingesetzten Videokonferenz-Software genau dokumentierten Verbindungsdaten der getätigten Video-Calls während der sechsmonatigen Testphase. Aufgezeichnet wurden dabei automatisch das Datum, die Uhrzeit und die Dauer der Video-Calls sowie von welchem Endpunkt welche Sprache angewählt wurde. Die dadurch gewonnenen Rohdaten wurden – nach Monaten geordnet – in Form von Microsoft Excel-Dateien zur Verfügung gestellt und anschließend ebenfalls in Microsoft Excel weiterbearbeitet, sortiert beziehungsweise gefiltert und in weiterer Folge graphisch aufbereitet.

3.1.4. Literaturrecherche

Die Methode der Literaturrecherche bietet die Möglichkeit der Erhebung des derzeitigen Forschungsstandes und des Vertraut-machens mit dem zu bearbeitenden Themengebiet. Durch das Kennenlernen eines Forschungsgebiets sowie dessen Grundlagen und des aktuellen Wissensstandes

⁶ „Ein Mixed-Methods-Design ist eine spezielle Form von Forschungsdesign, und zwar eines, in dem sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungs- und Analyseformen enthalten sind.“ (Kuckartz 2014: 57)

kann eine Identifizierung von relevanten Problemen und die Formulierung neuer Fragestellungen erfolgen, wodurch ein Vergleich des bisherigen Materials mit neu gewonnenen Daten möglich wird.

3.2. Forschungsprozess und Erhebung

3.2.1. Erhebungsphasen nach Workpackages & Milestones

Zur Strukturierung der Datenerhebung wurde eine Aufgliederung in unterschiedliche Workpackages und darin untergeordnete Milestones vorgenommen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Erhebungsphasen nach Workpackages & Milestones

PHASEN	WORKPACKAGES	MILESTONES	GENERIERTES SAMPLE
PHASE 1 10/13 – 12/13	Qualitative Erhebung	Durchführung Interviews DolmetscherInnen	12
PHASE 2 10/13 – 03/14	Quantitative Erhebung	Durchführung Fragebogenerhebung PatientInnen	44
PHASE 3 11/13 – 04/14	Quantitative Erhebung	Durchführung Fragebogenerhebung Angehörige der Gesundheitsberufe	144
PHASE 4 03/14 – 06/14	Qualitative Erhebung	Durchführung Interviews Angehörige der Gesundheitsberufe	34
PHASE 5 10/13 – 04/14	Quantitative Erhebung	Erhebung und Aufbereitung Verbindungsdaten der Video-Calls	Monate Oktober 2013 bis März 2014

Im Folgenden werden die einzelnen Phasen mit ihren jeweiligen schwerpunktmäßigen Fragestellungen genauer beschrieben:

a) Phase 1: Durchführung Interviews DolmetscherInnen

Die **erste Phase** wurde in Zusammenarbeit mit Francesco M. Romano, MA, einem italienischen Konferenzdolmetschen-Masterstudenten der Università di Bologna, durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden von ihm semi-strukturierte Interviews mit den am Pilotprojekt beteiligten DolmetscherInnen geführt. Die Interviews fanden in einem Zeitfenster von ungefähr drei Monaten statt, wobei die DolmetscherInnen ihre Empfindungen gegenüber dem neuen Setting in den verschiedenen Entwicklungsphasen beschrieben. Die Erhebung war Teil des Forschungsprojekts für

eine Masterarbeit über nicht-professionelles Dolmetschen im medizinischen Bereich, im spezifischen Falle von Laien- beziehungsweise FamiliendolmetscherInnen für PatientInnen mit Migrationshintergrund in Italien.

Die erste Interviewrunde beschäftigte sich mit den bisherigen persönlichen, aber auch arbeitstechnischen Erfahrungen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen und welche Erwartungen sowie erste Eindrücke und Erkenntnisse diese aus der Anfangsphase ihrer Tätigkeit als Video-DolmetscherIn im Pilotprojekt gewonnen hatten. Die Interviews wurden in dieser ersten Phase jeweils zu zweit durchgeführt. Im Rahmen der nach zwei Monaten durchgeführten zweiten Interviewrunde kamen die DolmetscherInnen dann einzeln zu Wort, um eine konkretere Reflexion zur neu angewendeten Methode des *video remote interpreting* und den erlebten Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung der Tätigkeit als Video-DolmetscherIn im Gesundheitswesen zu geben.

b) Phase 2: Durchführung Fragebogenerhebung PatientInnen

In der **zweiten Phase** des Projekts wurde die quantitative Fragebogenerhebung für das Videodolmetsch-Tool nutzende PatientInnen durchgeführt. Von besonderem Interesse waren hier die berichteten bisherigen Erfahrungen in Bezug auf die medizinische Versorgung sowie die Pflege und die subjektive Einschätzung in Zusammenhang mit der gerade erlebten Intervention des Videodolmetschens. Im Zuge dessen wurde erhoben, ob die PatientInnen aufgrund eventueller Kommunikationsbarrieren Mehrfachbesuche beim Arzt zur „erfolgreichen“ Behandlung des ursprünglichen Leidens benötigten und ob diese nach der Konsultation mit einem professionellen Dolmetscher (im Vergleich zu vorangegangenen Konsultationen ohne professionellen Dolmetscher) über ein erhöhtes Verständnis über ihre Erkrankung verfügten.

Im Rahmen des methodologischen Vorgehens wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der sich aus offenen, halboffenen und geschlossenen Fragen (allerdings mit einem deutlichen Schwerpunkt auf geschlossene und halboffene Fragen) zusammensetzte.

Die Fragebögen (optional in Papierform oder auch online ausfüllbar) wurden in die im Pilotprojekt angebotenen Sprachen (Türkisch, BKS) übersetzt. Im Fall der Österreichischen Gebärdensprache (ÖGS), welche als eine eigene (Fremd-)Sprache zu verstehen ist (da für ÖGS-Sprecher Deutsch häufig ebenfalls eine Fremdsprache darstellt), wurde der Fragebogen in Zusammenarbeit mit dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei überarbeitet und sprachlich verständlicher und somit der PatientInnengruppe zugänglicher gemacht.

Das geplante Sample bei den nicht-deutschsprachigen PatientInnen sollte sich aus allen PatientInnen, welche in der sechsmonatigen Testphase mit der Intervention Videodolmetschen in Berührung kamen, zusammensetzen. Insgesamt wurden im Interventionszeitraum 213 Video-Calls getätigt.

Von den insgesamt 213 möglichen ausgefüllten Fragebögen konnte ein Rücklauf von 21 % (44 Fragebögen) erreicht werden, wobei nur von 4 (33 %) der insgesamt 12 teilnehmenden Endpunkte PatientInnen-Fragebögen retourniert wurden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Aufteilung der PatientInnen-Fragebögen nach Setting und Sprache

	Türkisch	BKS	GESAMT
Psychiatrie	4	0	4
Rehabilitation	4	7	11
Pensionsbegutachtung	15	13	28
Ambulanz/Station	1	0	1
	24	20	44

Diese unterteilten sich in 55 % ins Türkische und 45 % ins Bosnisch-Kroatisch-Serbische übersetzte retournierte PatientInnen-Fragebögen (Abbildung 4).

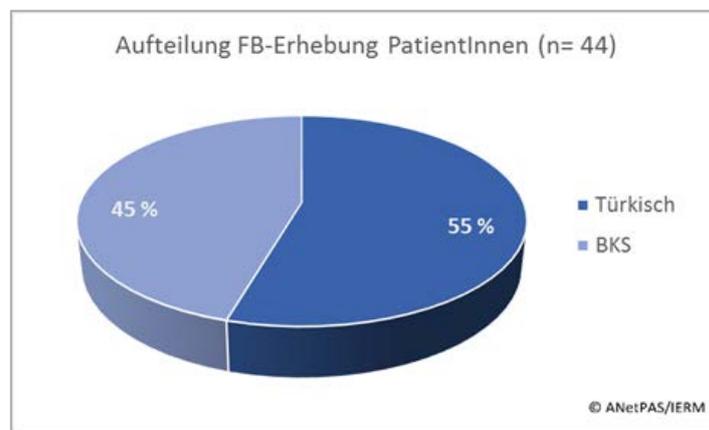


Abbildung 4: Aufteilung der PatientInnen-Fragebögen nach Sprachen

Die geringe Rücklaufquote der PatientInnen-Fragebögen lässt sich sicherlich mit der bei dieser Befragung gewählten quantitativen Erhebungsmethode erklären. Der Schwerpunkt vorliegender Studie lag primär auf der Erforschung der Perspektive des involvierten Gesundheitspersonals. Dies hatte zur Folge, dass aufgrund beschränkter zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen die jedenfalls zu bevorzugende qualitative Erhebungsmethode (Interviewbefragung) nicht umgesetzt werden konnte.

Die Anzahl der nicht-deutschsprachigen PatientInnen, welche im Anschluss an die Nutzung des Videodolmetschers Fragebögen ausfüllen würden, hing zudem stark davon ab, ob der Fragebogen von den Angehörigen der Gesundheitsberufe auch tatsächlich ausgehändigt und eingesammelt wurde. Weiters herrschte in manchen Häusern Unsicherheit darüber, ob PatientInnen im Falle einer wiederholten Nutzung des E-Dolmetschers – wie es beispielsweise in den Settings Psychiatrie oder Rehabilitation aufgrund längerer Aufenthaltsdauer der PatientInnen der Fall war – nach jedem Video-Call erneut einen Fragebogen ausfüllen sollten. So gaben 71 % aller befragten PatientInnen (n= 44) an, den E-Dolmetscher zum ersten Mal verwendet zu haben, für 18 % der Befragten war es nicht die erste Nutzung und 11 % machten gar keine Angaben.

c) Phase 3: Durchführung Fragebogenerhebung Angehörige der Gesundheitsberufe

In einer **dritten Phase** wurde die quantitative Fragebogenerhebung der involvierten Angehörigen der Gesundheitsberufe durchgeführt. So sollte auf Seiten des Gesundheitspersonal jeder Mitarbeiter,

welcher im Verlauf des Interventions-Zeitraumes im Zuge seiner behandelnden Tätigkeit mit der Intervention aktiv befasst war (oder dies innerhalb des vorgegebenen Interventions-Zeitraumes noch sein würde), ebenfalls mittels Fragenbogen befragt werden. Hier wurde nach der Häufigkeit von Sprachbarrieren im Arbeitsalltag, den auftretenden Problemen bei der Versorgung sowie den bisherigen Lösungsstrategien und der Zufriedenheit mit diesen im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen gefragt. Weiters wurde anhand des vierseitigen Fragebogens erhoben, ob der Mitarbeiter bereits erste Erfahrungen mit dem E-Dolmetscher im Zuge seiner Arbeit gemacht hatte, sowie die damit in Zusammenhang stehende Einschätzung der Intervention. In einem dritten Themenbereich des Fragebogens konnten die Befragten ihnen wichtige Aspekte professioneller DolmetscherInnen nennen und solche in Bezug auf den Einsatz von Video-DolmetscherInnen auswählen beziehungsweise um zusätzliche Aspekte ergänzen.

In sechs von zwölf teilnehmenden Häusern konnte im Vorfeld keine Anzahl der potentiell mit der Intervention Videodolmetschen befassten MitarbeiterInnen erhoben werden, woraufhin eine grob nach vermuteter Stations-/Ambulanzgröße geschätzte Menge an Fragebögen (jeweils zwischen 10 und 30 Stück) an die Häuser übermittelt wurde. Die Übergabe der Fragebögen erfolgte am Tag der Einführung und Zuschaltung des jeweiligen Endpunkts an die verantwortlichen Ansprechpersonen. Diese wurden von den Häusern für den Testzeitraum genannt. Insgesamt wurden an die Häuser 320 Fragebögen ausgegeben.

Grundgedanke bei der Entwicklung des vierseitigen Fragebogens war es, diesen für eine maximale Ausfülldauer von fünf Minuten zu konzipieren, weswegen überwiegend geschlossene Fragen verwendet wurden. In drei Häusern wurden aufgrund der internen testweisen Verlegungen des E-Dolmetschers sowohl im ursprünglichen als auch im neu hinzugekommenen Setting Fragebögen verteilt, wodurch sich eine Gesamtanzahl von 15 teilnehmenden Stationen/Ambulanzen ergab.

Mit Abschluss der Erhebungsphase im April 2014 konnte letztendlich eine Rücklaufquote von 45 % (n= 144) aus 12 der 15 teilnehmenden Stationen/Ambulanzen erzielt werden (was jedoch bei einigen Endpunkte mit intensivsten Bemühungen zur Motivation seitens des Projektteams verbunden war).

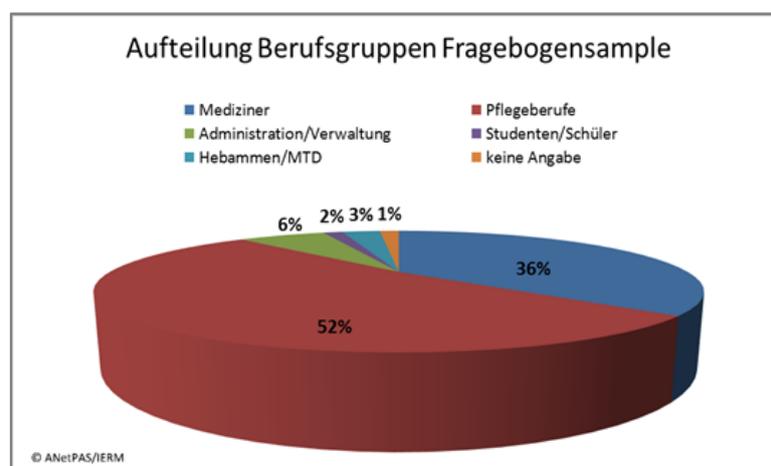


Abbildung 5: Aufteilung der MitarbeiterInnen-Fragebögen nach Berufsgruppen

Auch hier, wie bereits in Zusammenhang mit der quantitativen Erhebung bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen berichtet, wurde bei Nachfrage in den Häusern immer wieder deutlich, dass Unklarheiten hinsichtlich der Beteiligungskriterien vorlagen. So waren sich einige Häuser nicht darüber im Klaren, dass eine bereits erfolgte Nutzung des E-Dolmetschers nicht Voraussetzung für das Ausfüllen eines Fragebogens war, obwohl dies sowohl bei der offiziellen Intensiveinschulung im Rahmen der Zuschaltungen als auch bei der Übergabe der Fragebögen an die jeweils genannte Ansprechperson und nochmals in Form von Erinnerungsschreiben kommuniziert wurde.

Das Sample setzte sich zusammen aus 36 % MedizinerInnen, 52 % Angehörigen der Pflegeberufe, 6 % administrativem Personal und Personen der Verwaltung, 3 % Hebammen und medizinisch-technischen Diensten (MTD) sowie aus 2 % StudentInnen/SchülerInnen, welche zum Zeitpunkt der Befragung in den Häusern tätig waren (Abbildung 5; Tabelle 3).

Tabelle 3: Aufteilung der MitarbeiterInnen-Fragebögen nach Berufsgruppen und Setting

	Mediziner	Pflege	Admin./ Verw.	Heb./MTD	Stud./etc.	keine Angabe	GESAMT
Notaufnahmen	8	52	7		2		69
Ambulanzen	19	15	1	2		1	38
Stationen	1	5					6
Psychiatrie	5	2				1	8
Rehabilitation	11	1	1	2			15
Pensionsbegutachtung	8						8
	52	75	9	4	2	2	144

d) Phase 4: Durchführung Interviews Angehörige der Gesundheitsberufe

Für die Durchführung der **vierten Phase** wurde die Methode der semi-strukturierten Interviews gewählt, um tiefere Einsicht in die bisherigen Erfahrungen mit der Versorgung und Behandlung nicht-deutschsprachiger PatientInnen zu erlangen. Durch diese Methode war es möglich, intensivere Einblicke in Bezug auf den empfundenen Mehrwert der Intervention zu bekommen und zu eruieren, inwiefern die Erwartungen der Ärzte und ihrer MitarbeiterInnen an das Angebot des Videodolmetschens erfüllt oder enttäuscht wurden.

Weiters sollte in dieser Phase ermittelt werden, ob eine eventuelle Veränderung im Arbeitsalltag durch die Intervention Videodolmetschen für die betroffenen MitarbeiterInnen erkennbar und spürbar wurde, das heißt, inwiefern die Implementierung des Tools „Videodolmetschen“ Einfluss auf die settingspezifischen Abläufe, Strukturen und Arbeitsprozesse der MitarbeiterInnen genommen hatte. Eine damit in Zusammenhang stehende weitere Frage war, ob die neu angebotene Lösungsstrategie zur Überwindung von Sprachbarrieren als Arbeitserleichterung oder gegebenenfalls auch als zusätzliche Belastung empfunden wurde.

So wurden die insgesamt 34 InterviewpartnerInnen zu etwaigen Vor- und Nachteilen des Tools Videodolmetschen befragt und konnten diese in Relation zu bisher praktizierten Lösungsmodellen diskutieren. Die geführten Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 30 Minuten.

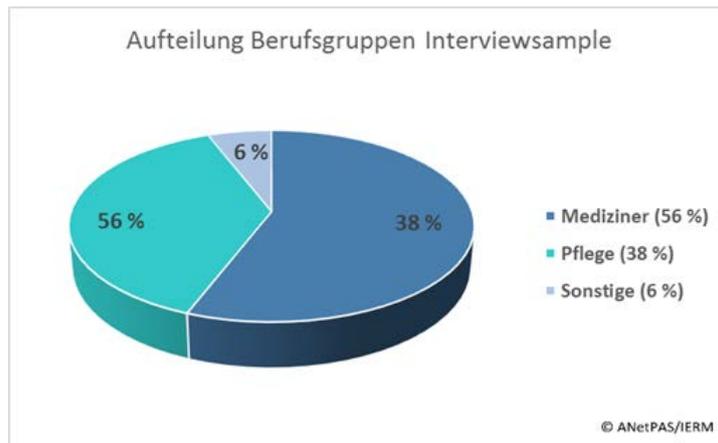


Abbildung 6: Aufteilung des Interviewsamples nach Berufsgruppen

Das Interviewsample setzte sich, wie aus Abbildung 6 und Tabelle 4 ersichtlich, zu 56 % aus MedizinerInnen, 38 % Personen der Pflege und zu 6 % aus MitarbeiterInnen anderer Gesundheitsberufe, wie beispielsweise das der medizinisch-technischen Dienste (MTD) und der Hebammen zusammen. Zudem hatten auch nicht alle 34 InterviewpartnerInnen einen Fragebogen ausgefüllt, beziehungsweise konnten sich nicht aktiv daran erinnern, einen bekommen zu haben.

Tabelle 4: Aufteilung des Interviewsamples nach Berufsgruppen und Setting

	MEDIZINER	PFLEGE	SONSTIGE	GESAMT
Notaufnahmen	6	3	0	9
Ambulanzen	6	3	1	10
Stationen	0	5	0	5
Psychiatrie	2	2	0	4
Rehabilitation	2	0	1	3
Pensionsbegutachtung	3	0	0	3
	19	13	2	34

e) **Phase 5: Erhebung und Aufbereitung der Verbindungsdaten der Video-Calls**

Durch die zum Einsatz gekommene Videokonferenz-Software war es möglich, den geplanten Testzeitraum bezüglich des unterschiedlichen Nutzungsverhaltens der verschiedenen Endpunkte zu dokumentieren. So konnte das Datenmaterial (Call-Reports) nach der Anzahl der getätigten Video-Calls, den jeweiligen Nutzungszeiträumen sowie nach verwendeten Sprachen und der Dauer der Video-Calls sortiert und unter Betrachtung der jeweiligen speziellen Settings analysiert werden. Die Datensätze wurden in Form einer Excel-Datei nach Ende jedes Monats übermittelt und nach den oben genannten Variablen sortiert und aufbereitet (siehe Kapitel 3.1.3).

Um „echte“ Video-Calls – also Video-Calls, in welchen tatsächlich eine Dolmetschung während einer Behandlung stattfand – von diversen Test-Calls zuverlässig unterscheiden zu können, wurden von den im Projekt tätigen DolmetscherInnen Reflexionsbögen geführt, in welchen das jeweilige Datum, der jeweils anrufende Endpunkt, die Uhrzeit des Video-Calls (von-bis) sowie allfällige Besonderheiten, wie

beispielsweise technische Probleme oder sonstige für die DolmetscherInnen erwähnenswerte Zwischenfälle und Ereignisse, fortlaufend mitdokumentiert wurden.⁷

Durch das Führen der Reflexionsbögen konnte somit bei der Auswertung der Video-Calls genau unterschieden werden, welche der softwaredokumentierten Video-Calls aus den Rohdaten der Call-Reports (Excel-Datei) tatsächliche Videodolmetschungen waren und bei welchen es sich um Testungen und Fehlverbindungen handelte.

Die im Kapitel 3.4.2. dargestellten Ergebnisse der Call-Reports zeigen daher ausschließlich jene Video-Calls, welche durch die Reflexionsbögen der DolmetscherInnen und durch das Projektteam als tatsächliche Videodolmetschungen verifiziert werden konnten.

⁷ Jegliche Informationen, welche den Inhalt der Gespräche betrafen, wurden in den Reflexionsbögen nicht festgehalten, da diese zu keinem Zeitpunkt im Forschungsinteresse des Projektes lagen.

3.3. Auswertung

Um den Mehrwert des Einsatzes von Videodolmetschen im Gesundheitsbereich zu erheben, wurden die geführten semi-strukturierten Interviews, welche im Zeitraum März bis Juni 2014 durchgeführt wurden, mit der Methode des theoretischen Kodierens (Flick 2011: 387ff) und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) bearbeitet. Dadurch wurde das transkribierte Material methodisch kontrolliert, schrittweise analysiert und – zuerst offen, dann selektiv, mit dem Zweck des Generierens von Kernkategorien aus den zuvor erarbeiteten Codes – kodiert (ebd.: 114). Ziel war es, den Text durch Codes aufzubrechen und neu zu verstehen. Anhand des Entwickelns und Modifizierens von Codes entstand eine Ordnung in den Interviews, welche ein weiteres Bearbeiten erleichterte. Im Anschluss an dieses erste offene Kodieren erfolgte das selektive Kodieren, wodurch Kernkategorien herausgearbeitet und mehrere Codes zusammengefasst wurden. Dadurch wurde eine leichtere Vergleichbarkeit des empirischen Materials ermöglicht und Handlungsmuster und Handlungsbedingungen sichtbar (Flick 2011: 386ff). Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglichte außerdem das Sichtbarmachen von Handlungsmustern und sozialer Wirklichkeiten (Atteslander 2010: 196f).

Die quantitativ erhobenen Daten der Fragebogenerhebungen wurden dem Analysetool der deskriptiven Statistik unterzogen und dienten zur Berechnung verschiedener, der Forschungsfrage vorgegebener Parameter in Form von Grafiken und Tabellen. „Deskriptive statistische Parameter beschreiben bei einer Befragung nur, was auf die Teilnehmer einer Befragung/Beobachtung selbst zutrifft“ (Statista – Online Lexikon⁸), weshalb diese, im Gegensatz zur Inferenzstatistik, auch keine Aussagen über die Grundgesamtheit geben können. Sie beschäftigt sich also mit der Ordnung von Beobachtungen und der Darstellung dieser Ordnung in Tabellen und in Form von Grafiken (Müller-Benedict 2011: 19).

Abschließend erfolgte, neben der jeweiligen separaten Analyse des qualitativen und quantitativen Materials, das *Mixing* beziehungsweise die Integration, welches beide Analysestränge und Ergebnistypen miteinander in Verbindung setzte. „Die Meta-Inferenz, also die vergleichende Betrachtung der Schlussfolgerungen (Inferenzen) beider Stränge“ stellt „den entscheidenden Gewinn einer Mixed-Methods-Studie dar, welche eben nicht nur gesonderte Methodenstränge beinhaltet, die getrennt voneinander ausgewertet werden, sondern gezielt aufeinander bezogen werden“ (Kuckartz 2014: 101).

⁸ http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/49/deskriptive_statistik/ [abgerufen am 30.12.2014]

3.4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des durch die empirische Forschung gewonnenen Datenmaterials dargestellt.

3.4.1. Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – zum Status Quo

a) Häufigkeit von Sprachbarrieren im medizinischen Alltag

Im Rahmen der durchgeführten Fragebogenerhebung der Angehörigen der Gesundheitsberufe gaben 71 % aller Befragten an, in der Ausübung ihrer Arbeit mindestens zwei bis drei Mal pro Woche, wenn nicht sogar täglich mit Sprachbarrieren konfrontiert zu sein (Abbildung 7).

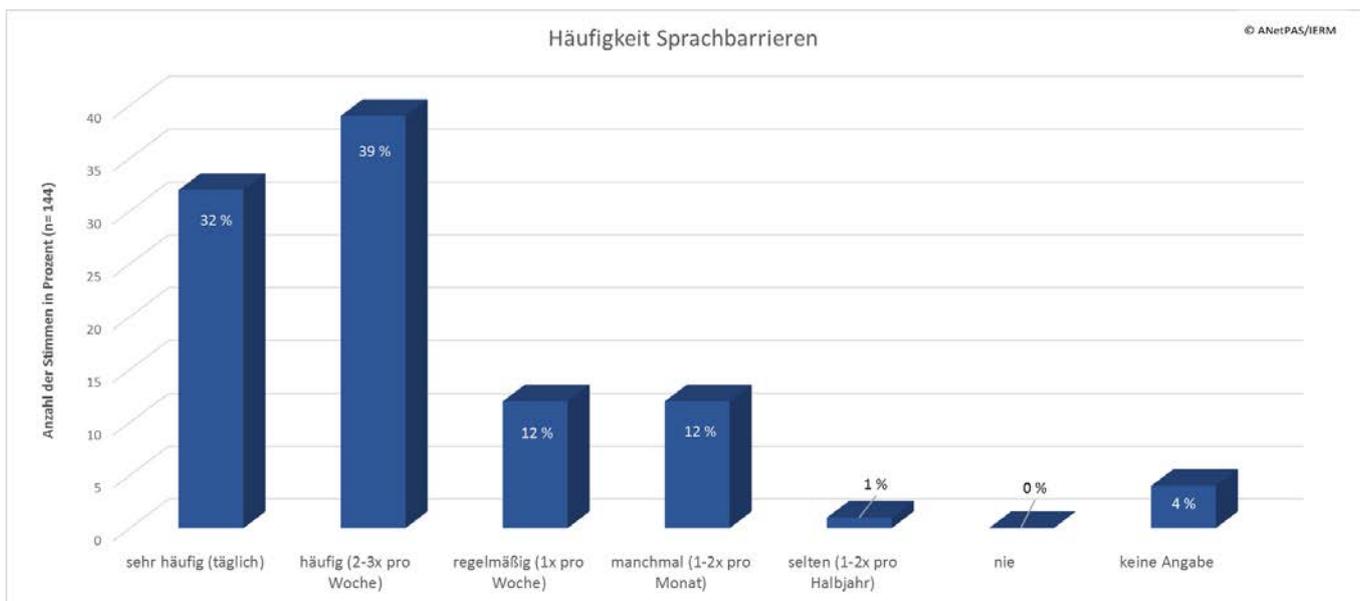


Abbildung 7: Häufigkeit von Sprachbarrieren

Von den InterviewpartnerInnen wurde immer wieder die starke Abhängigkeit der Häufigkeit von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung vom national- und weltpolitischen Geschehen und den damit in Zusammenhang stehenden Migrations- und Flüchtlingsströmen betont. Dabei wurden uns auch regionale Häufungen von bestimmten Nationalitäten und dem damit in Zusammenhang stehenden jeweiligen temporären Sprachbedarf berichtet. Aber auch in Verbindung mit Arbeitsmigration wurde die Problematik der Sprachbarrieren bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen von den InterviewpartnerInnen thematisiert.

b) Probleme bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen

Im Rahmen der Fragebogenerhebung beim Gesundheitspersonal wurde unter anderem nach den häufigsten Problemen bei der Versorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen gefragt.

Dabei wurden als Hauptprobleme von den Befragten die unzureichende Fähigkeit der PatientInnen zur Erklärung und Beschreibung der Symptome (80 %), das Angewiesen-Sein auf übersetzende Dritte (79 %) und der Umstand, dass PatientInnen nicht ausreichend informiert und aufgeklärt werden können (76 %), angegeben.

Aber auch die Notwendigkeit eines langsameren Gesprächstempos (69 %) und die dadurch verlängerte Behandlungsdauer (50 %) wurden von den befragten MitarbeiterInnen als den gewohnten Arbeitsfluss unterbrechende und verzögernde Faktoren genannt (Abbildung 8).

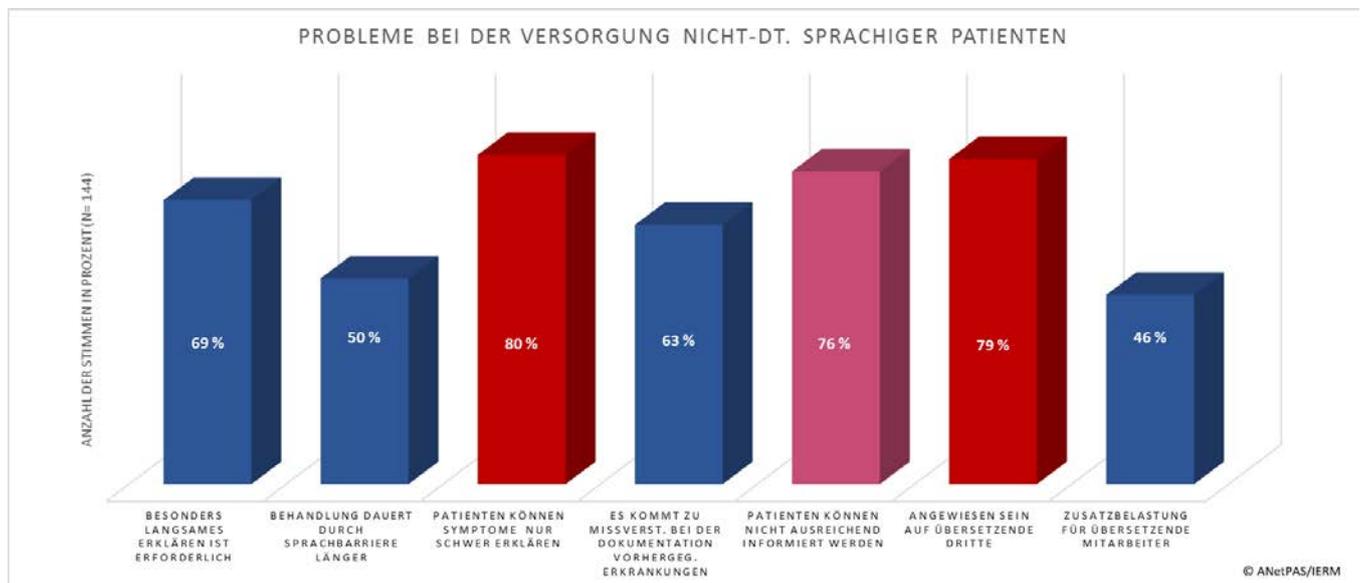


Abbildung 8: Probleme bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen

Dies wird nochmals durch die Aussagen der im Projekt befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe verdeutlicht. Diese führten als die zentralsten Herausforderungen bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen die Entstehung von Unsicherheiten aufgrund von Sprachbarrieren bei der Anamnese und der Aufklärung sowie der Einwilligung zur und bei der Behandlung selbst an:

„Naja, dass man, dass es schwierig herauszufinden ist, was jetzt überhaupt die Symptome sind, warum sie da sind. Man kann halt dann nur irgendwie mit Händen und Füßen arbeiten, dass man rausfindet, okay, das ist das Hauptproblem, dort tut’s weh, ahm, und auch irgendwelche Vorerkrankungen und dergleichen, dass man das rausfindet. Das ist auch sehr schwierig.“ (Mediziner 9, ZN 14-18)

„Ja, es ist, es gibt keine gemeinsame sprachliche Basis, also man kann sich dann nicht sicher sein, dass der wirklich weiß wovon wir jetzt genau reden. Weil das ist im Prinzip die Basis einer jeden Aufklärung, dass man den Patienten so aufklären muss, dass er eigenständig entscheiden kann, was er will, oder ob er das will, oder nicht, ja. Das ist das Grundelement, der Grundbaustein fehlt dann halt, wenn er das nicht kann.“ (Mediziner 31, ZN 33-37)

Im letzten Zitat spricht der Arzt einen der zentralsten Punkte an, nämlich die Notwendigkeit einer Aufklärung und deren Verstehen als Voraussetzung zur Abgabe des Einverständnisses nach der Aufklärung (siehe dazu auch Kapitel 1.3. zu Einwilligung und Aufklärung bei Sprachbarrieren). Dabei stellt sich die Frage, wie von den Angehörigen der Gesundheitsberufe festgestellt werden kann, ob der Patient die Aufklärung auch tatsächlich verstanden hat. Kommt zudem noch die Problematik der Sprachbarriere hinzu, stehen Angehörige der Gesundheitsberufe vor der enormen Herausforderung,

sicherzustellen, dass die erforderliche Information tatsächlich bei dem nicht-deutschsprachigen Patienten angekommen ist.

Entsprechend der vorwiegend auf Sprachbarrieren zurückzuführenden Probleme bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen gaben 78 % (n= 144) der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe an, dass eine Unterhaltung auf Deutsch mit dieser PatientInnengruppe nur eingeschränkt möglich war. Dem gegenüber stehen 13 %, die angaben, sich bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen problemlos auf Deutsch unterhalten zu können (Abbildung 9).

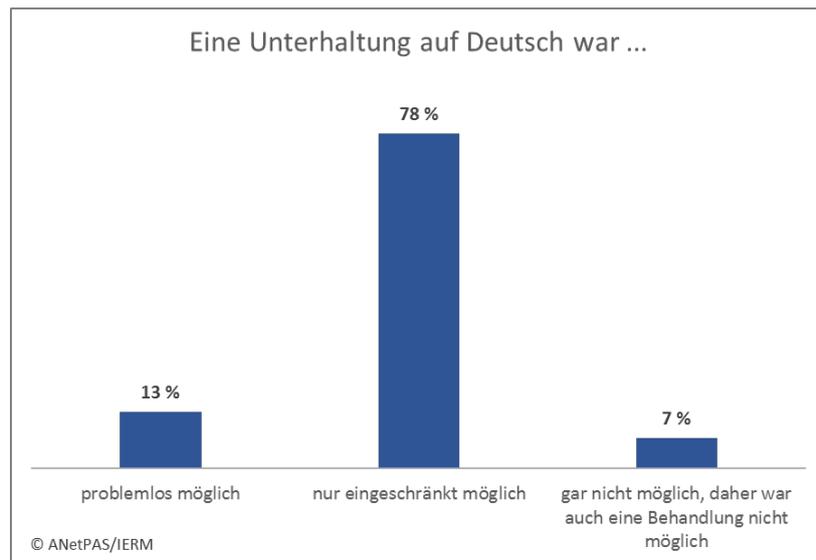


Abbildung 9: Möglichkeit der Unterhaltung auf Deutsch mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen

7 % der Befragten gaben an, sich bereits in Behandlungssituationen befunden zu haben, in welchen eine Unterhaltung mit dem Patienten beispielsweise gar nicht möglich war, worauf diese im Extremfall auch abgebrochen werden musste (Abbildung 9). Im Zuge der Interviewerhebung berichteten die Angehörigen der Gesundheitsberufe, dass sie bei Fällen, in welchen eine Unterhaltung auf Deutsch ohne hinzugezogene sprachmittelnde Dritte gar nicht möglich war, in erster Linie auf akut verfügbare Lösungsstrategien zurückgriffen (siehe Kapitel 3.4.1.c). War dies akut nicht möglich, wurde der Patient mit der Aufforderung, sich für den nächsten Versuch um eine mitgebrachte sprachmittelnde Person zu bemühen, zu einem neuen Termin wiederbestellt.

Es gibt jedoch Settings, wo eine Wiederbestellung nicht möglich ist. Um trotz vorhandener Sprachbarrieren den PatientInnen Hilfe zukommen lassen zu können, nimmt das Gesundheitspersonal oftmals sprichwörtlich die Rolle eines Detektivs ein, welcher sich die erforderlichen Informationen „zusammenpuzzelt“, „zusammenrauft“ oder sich durch die Anamnese und Behandlung „durchturnt“ (Mediziner 5, ZN 396) sowie „im Dunkeln herum stöbert“:

„Also man muss sich halt die Puzzlesteine irgendwie zusammensuchen.“ (Mediziner 10, ZN 204)

„S: Aber dann macht man's halt wie im Urlaub, nicht? Mit Händen und Füßen, ein bisschen kommt man schon weiter. Und wenn man weiß, oder wenn man lernt, dass sehr viel

Kommunikation ja sowieso nicht über die Sprache kommt, [...] sagen wir viel anderes, kann man sich (die) Antwort ein bisschen zusammenraufen, nicht?

I: Okay. Das heißt, die Situation haben Sie dann wie gelöst, mit dem chinesischen (Patienten)?

S: Indem man halt die Information nimmt, die man kriegt.“ (Mediziner 30, ZN 428-438)

Gerade das Setting der Rehabilitation sieht sich bei mangelnder deutscher Kommunikationsfähigkeit des Patienten und dem gleichzeitigen Fehlen von adäquaten Lösungsstrategien oftmals gezwungen, den geplanten Rehabilitationsaufenthalt dieser PatientInnen in Extremfällen nach einer Woche zu beenden.

„S: Natürlich, also davor [Anm. TR: vor dem E-Dolmetscher] war es dann so, dass die Leute der Basisdiagnostik zugeführt wurden und dann nach einer Woche der Rehab-Aufenthalt beendet wurde. [...] Weil es einfach nicht mehr geht, weil es einfach nicht mehr ging.

I: Obwohl sie das eigentlich noch gebraucht hätten, da musste das unterbrochen werden?

S: Genau, aufgrund der Sicherheit. [...] Da diese Patienten einfach nicht adäquat sich äußern können, wenn es um Beschwerden geht und daher auch nicht adäquat behandelt werden können.“ (Mediziner 22, ZN 184-198)

Ein in diesem Zusammenhang enorm entscheidender Aspekt, weshalb sich die MitarbeiterInnen vielfach zum Abbruch des Rehabilitationsaufenthaltes gezwungen sahen, war jener der Wahrung der Sicherheit der PatientInnen und das damit in Verbindung stehende Haftungsrisiko der Anstalt und der MedizinerInnen.⁹ So betonte ein Mediziner in untenstehendem Zitat seine Bedenken diesbezüglich:

„[...] es tut mir menschlich leid, solche Leute nachhause zu schicken, aber es ist einfach, wie soll man sagen, wenn da irgendwas passiert und wir haben... man kommt drauf, dass eigentlich keine Kommunikation möglich war, dann stehen wir vorm Richter [...] als Verantwortlicher. Und das sind die Ärzte, ja.“ (Mediziner 22, ZN 276-283)

Eine andere Mitarbeiterin betonte noch den bei einem Rehabilitationsaufenthalt zusätzlich aufkommenden organisatorischen Aufwand, welcher durch das Vorhandensein von Sprachbarrieren entstehen kann:

„[...] Waren einige im letzten, ähm, Jahr dabei, es wird immer versucht und probiert, aber es ist natürlich dann ein großes organisatorisches, ähm, Thema auch, wenn die Patienten den Therapieplan nicht lesen können, nicht dann zu Therapien erscheinen, dann generell abgängig sind zum Beispiel...“ (Diätologin 1, ZN 379-382)

Ein Arzt verdeutlichte mit seinen Worten auch nochmals die Wichtigkeit um das Wissen der medizinischen Vorgeschichte zur effizienten und zielführenden Behandlung von PatientInnen:

⁹ Siehe dazu auch Kapitel 1.3.1. und 1.3.2.

„Die [Anm. TR: Untersuchung] geht dann mehr in den Vordergrund, weil da muss ich ja nichts hören. Da schaue ich mir nur das Kind an, nur, ein Kind anzuschauen, ohne zu wissen was dem Kind fehlt, ist NICHT SO effizient, oder informativ, wie wenn ich weiß, dass das Kind vorher zwei Wochen gehustet hat, oder ein Großvater hustet und der Tuberkulose hat und wenn ich das alles nicht weiß, dann - stöbere ich im Dunkeln herum, bis man vielleicht einmal darauf kommt, oder auch eben NICHT, ja?“ (Mediziner 21, ZN 98-102)

Kommunikation ist bekanntlich ein zentrales Element jeder Arzt-Patienten-Beziehung, weshalb es sich mitunter gerade im Setting der Psychiatrie – wo besonders das Über-etwas-miteinander-Sprechen eine bedeutende Rolle spielt – schwierig gestaltet, nicht-deutschsprachige PatientInnen im selben Ausmaß zu versorgen wie Deutschsprachige. Wie herausfordernd sich die Versorgung von psychiatrischen PatientInnen bei Sprachbarrieren gestalten kann, beschrieb eine Medizinerin mit folgenden Worten:

„Was natürlich gerade in meinem Fach, ich bin Psychiaterin, ja, besonders schwierig ist, weil Menschen, also, wenn sie über ihre Gefühle sprechen, das wirklich nur dann gut können, wenn sie die Sprache gut können und das geht in der Muttersprache natürlich am besten, ja. Und wenn eine Sprachbarriere besteht, auch eine geringe, ist es oft für diese Leute sehr schwierig, ja. Und darum mag sein, dass der Psychiater öfters einen Dolmetscher braucht als ein anderer, ja.“ (Medizinerin 4, ZN 24-28)

Doch nicht nur für den Arzt ist Kommunikation mit dem Patienten elementar, dies trifft ebenso auf die Angehörigen der Pflege zu. Wenn Kommunikation und somit die Versorgung der PatientInnen nicht reibungslos möglich ist, kann dies vielfach zu Unzufriedenheit sowohl auf Seiten der PatientInnen als auch auf Seiten der Pflegekräfte führen, wie eine befragte Mitarbeiterin berichtete:

„Es ist dann eine Unzufriedenheit, weil sie sich einerseits bemühen, Deutsch zu sprechen, aber weil das dann einfach ganz anders ankommt und dann sind sie ja eben verunsichert und unzufrieden.

I: Okay, und das wirkt sich dann unmittelbar auf den gesamten Aufenthalt aus?

S: Schon, ja.

I: Und beeinflusst das die pflegerische Tätigkeit?

S: Ja, beeinflusst natürlich, weil wenn ich merke der ist unzufrieden und ich weiß eigentlich nicht warum, ist es für mich nicht befriedigend, also für das Pflegepersonal nicht befriedigend und für den Patienten selber natürlich auch nicht. Nicht, also das ist schon ein Problem.“ (Pflege 28, ZN 66-78)

Zudem können Sprachbarrieren auch zu Verzögerungen im Arbeitsablauf führen. Dazu berichtete eine Hebamme:

„[...] - viele warten und es ist auch der Druck da, ja – also, Frauen, die eben nicht Deutsch oder sehr schlecht Deutsch sprechen, brauchen natürlich auch länger, um die ganzen Fragebögen und

Zetteln und Reverse wieder abzugeben. Das heißt, man braucht schon länger, bis man anfangen kann zu arbeiten, zu schreiben. Dann ist natürlich das Gespräch länger, dauert länger, die Dame muss aber nachher zum Ultraschall, das heißt, da entsteht eine Lücke in der Warteschleife, also es ist kompliziert. [...] Und es verzögert sich dann alles.“ (Hebamme 1, ZN 459-468)

Eine Medizinerin verdeutlichte die Problematik der unerwarteten Sprachbarrieren und des daraus resultierenden Fehlens eines Dolmetschers bei der Begutachtung von PensionswerberInnen mit folgenden Worten:

„Und wenn das im Vorfeld eben nicht bekannt ist, dann sitze ich da [...] und denke mir: ‚Okay, ja, so kann ich diesen Menschen nicht untersuchen‘, ja, und das ist dann natürlich blöd. Das heißt, der muss dann nachhause geschickt werden, das Verfahren wird unter-, quasi, steht still, ja, und dann muss ein neuer Termin vereinbart werden mit Dolmetsch. Das heißt, es verzögert sich, ja, das ist jetzt für den Patienten nicht so dramatisch, ja, das Problem ist aber, dass wir ja Patienten aus dem ganzen Bundesland untersuchen. [...] Ja, ich mein, von uns her ist das insofern ein Aufwand, als dass natürlich dann der Akt liegen bleibt, die Verfahrenszeit sich verlängert, ja, wir dann natürlich auch Druck bekommen von den Chefs, ja, weil natürlich wir auch gesetzlich aufgefordert sind, das Verfahren innerhalb eines gewissen Zeitraumes abzuschließen. [...] Ja. Und insofern ist das nicht unproblematisch auch für uns, weil, ahm, wenn ich den auch wieder herbestelle, ich hab eine gewisse Vorlaufzeit. Das heißt, es geht nicht so, dass ich sage: Okay, kommen Sie morgen wieder. Ja, sondern da kommt der Akt, geht dann wieder durch gewisse Abteilungen, bis dann die neuerliche Vorladung passiert, ja. Dann muss der Dolmetsch organisiert werden und der Patient wieder eingeladen werden, das heißt er wird schriftlich informiert, das heißt der Postweg ist zu berücksichtigen, das heißt man hat ungefähr drei Wochen Vorlaufzeit, bis zur nächsten Untersuchung, regulär, ja.“ (Medizinerin 4, ZN 28-66)

Letztes Beispiel macht nochmals den dringenden Bedarf an flexiblen und professionellen Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren im medizinischen Versorgungs- und Pensionsbegutachtungsalltag deutlich. Andernfalls kann dieses Versorgungsdefizit zu vielfältigen Problemen und in weiterer Folge zum Nachteil vieler Beteiligten in der Gesundheitsversorgung führen.

c) Einsatz bisheriger Lösungsstrategien

Um eine Verständigung weitestgehend zu ermöglichen, werden in der täglichen Praxis zur Überbrückung von Sprachbarrieren unterschiedlichste Lösungsmöglichkeiten herangezogen. Wie im Zuge zweier vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit durchgeführter Studien¹⁰ aufgezeigt werden konnte, kommen vom Angehörigen-Dolmetscher über fremdsprachiges Gesundheitspersonal bis hin zum professionellen Dolmetsch-Dienst (vereinzelt auch

¹⁰ Befragung von Wiener Kinderärzten (IERM/ANetPAS, 2013) und Fragebogenerhebung Angehörige der Gesundheitsberufe im Rahmen des Pilotprojektes „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ (IERM/ANetPAS, 2014).

mittels Telefon-Dolmetschen) derzeit die verschiedensten Varianten im intra- und extramuralen Bereich zum Einsatz.



Abbildung 10: Präferierte Lösungsstrategien im niedergelassenen Bereich (IERM/ANetPAS, 2013)

Eine 2012 vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit durchgeführte Erhebung bei Wiener KinderärztInnen zeigte, dass sich die Bandbreite der zur Anwendung kommenden Lösungsstrategien von Angehörigen als SprachmittlerInnen, mehrsprachigen MitarbeiterInnen und dem eigenständigen Aneignen von im Arbeitsalltag benötigten Fremdsprachenkenntnissen bis hin zum pantomimischen Darstellen und Aufzeichnen von Information und dem Heranziehen von anderen PatientInnen aus dem Wartezimmer erstreckte (Abbildung 10). Ergänzend dazu kommt noch das Nutzen der modernen Telekommunikationstechnologie zum Zweck der Sprachmittlung, bei welchem das Gesundheitspersonal mit den von PatientInnen angerufenen Personen via Telefon das Behandlungsgespräch führt.

Entsprechend dieser großen Bandbreiten kann sich aber auch die Qualität der Informationsübermittlung und Verständigung mitunter sehr unterschiedlich gestalten. Dabei wurde deutlich, dass sich der Einsatz professioneller DolmetscherInnen insbesondere im niedergelassenen Bereich nach wie vor nicht etabliert hatte. Die am häufigsten zum Einsatz kommenden Lösungsstrategien waren daher auch im extramuralen Bereich die von PatientInnen mitgebrachten Angehörigen und Bekannten sowie vermehrt eigens nach Fremdsprachenkompetenzen ausgewählte und zu diesem Zweck eingestellte OrdinationsassistentInnen.

Im Zuge der MitarbeiterInnen-Fragebogenerhebung gaben 95 % der Befragten (n= 144) an, im Rahmen ihrer Tätigkeit schon einmal Dritte als SprachmittlerInnen zur Überwindung von Sprachbarrieren herangezogen zu haben. Aber auch das Kommunizieren mit Händen und Füßen (60 %), sowie das Verwenden übersetzter Informationsmaterialien (34 %) beziehungsweise das Aufzeichnen von Information (40 %) während der Behandlung gehört zur gängigen Praxis zur Überwindung von Sprachbarrieren (Abbildung 11).

„[...] und da haben wir nichts, außer Hände und Füße. Aber dann macht man's halt wie im Urlaub, nicht? Mit Händen und Füßen, ein bisschen kommt man schon weiter.“ (Mediziner 30, ZN 428-429)

In Abbildung 11 wird zudem deutlich sichtbar, dass im intramuralen Bereich ebenso überwiegend *Ad-hoc*-DolmetscherInnen, also Personen, welche mehr oder minder aus dem Stegreif zur Übersetzung herangezogen werden, das bevorzugte Mittel zur Überwindung von Sprachbarrieren bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen sind.

Diese (zum Großteil) LaiendolmetscherInnen, also „Sprachmittler [...], die keine Ausbildung als DolmetscherInnen haben und zu Kommunikationszwecken eingesetzt werden, ohne dass sie in einer Gesundheitseinrichtung für diese Zwecke angestellt wären“ (Menz et al. 2013: 26), sind meist Teil des Bekannten- oder Freundeskreises der PatientInnen oder generieren sich aus dem medizinischen, pflegerischen und allgemeinen Personal der jeweiligen Institutionen. Dabei zeigte sich, wie in bereits vorangegangenen Studien (Bischoff/Hudelson 2010: 2841), dass auch im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung überwiegend *Ad-hoc*-DolmetscherInnen erste Wahl bei der akuten Notwendigkeit einer Dolmetschung zur Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen darstellten.

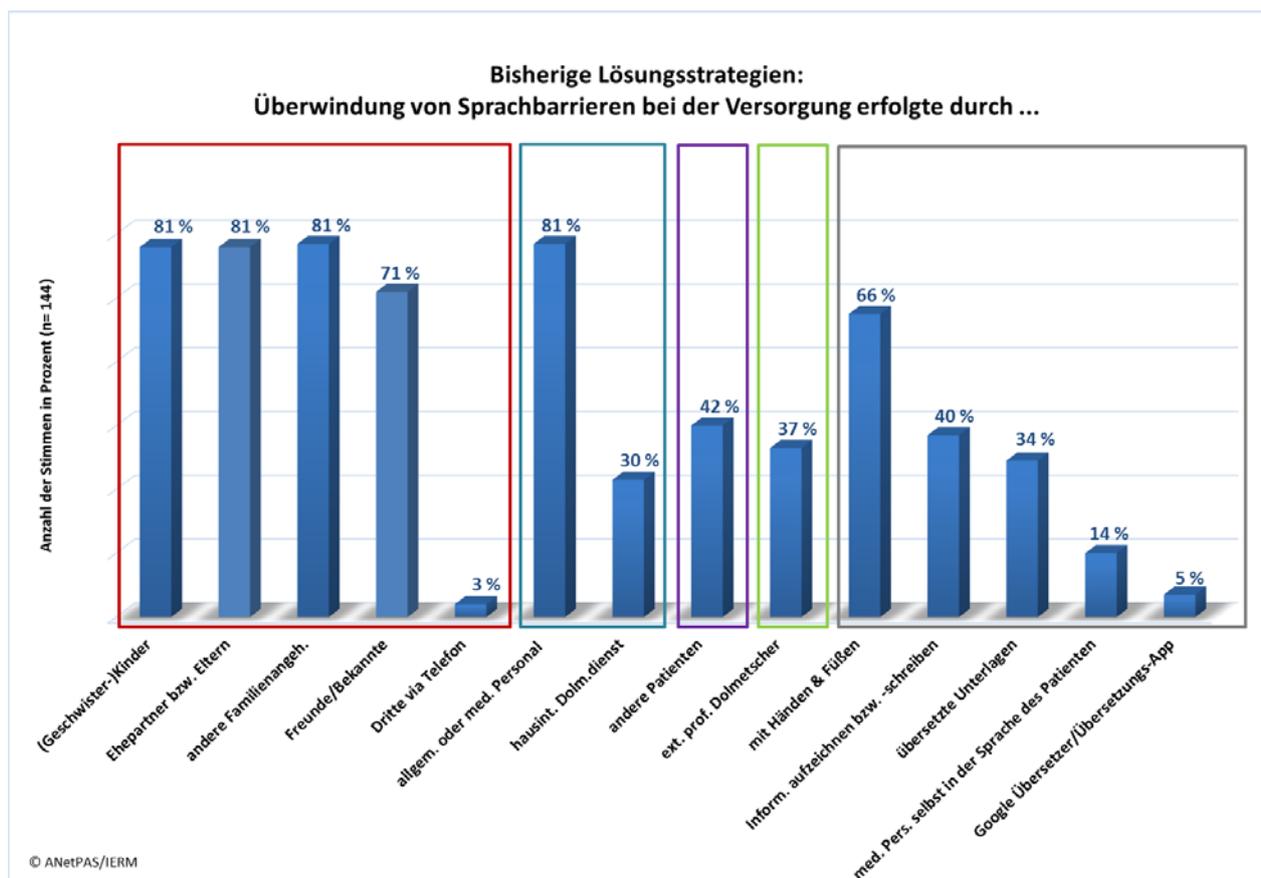


Abbildung 11: Bisherige Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren

Wie auch untenstehendes Zitat einer Mitarbeiterin der Pflege bestätigt, wurden professionelle DolmetscherInnen – wenn überhaupt – erst dann kontaktiert, wenn die bisher priorisierten

Lösungsstrategien (wie beispielsweise übersetzende Angehörige oder Bekannte sowie bilinguales medizinisch/pflegerisch tätiges beziehungsweise allgemeines Personal) nicht zugänglich waren.

„Und wenn Angehörige da sind, das ist eher dieser professioneller auswärtiger Dolmetsch, ist eher wenn ALLE anderen Ressourcen [...] nicht vorhanden sind.“ (Pflege 18, ZN 328-333)

Eine 1996 vom Translationswissenschaftler Franz Pöchhacker durchgeführte Studie zur Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zeigte, dass *Ad-hoc*-DolmetscherInnen zur Überbrückung von Sprachbarrieren für das betroffene Gesundheitspersonal bereits vor 18 Jahren an erster Stelle standen (Abbildung 12 und 13). Am häufigsten kamen dabei ebenfalls dem Patienten nahestehende Personen sowie bilinguales medizinisch/pflegerisch tätiges und allgemeines Personal zum Einsatz (Pöchhacker 1997; 2000b).

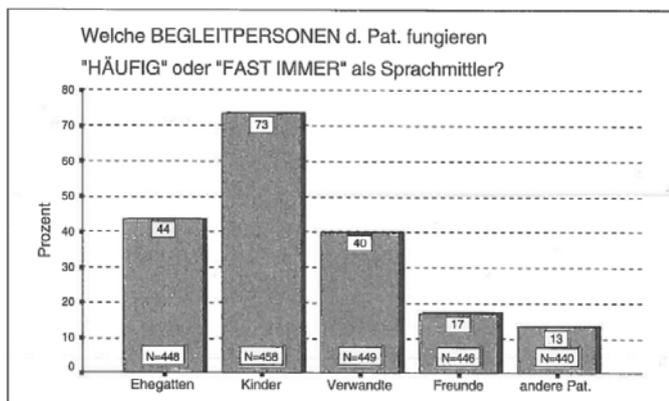


Abbildung 12: Angehörige und Bekannte als SprachmittlerInnen (Pöchhacker 1997)

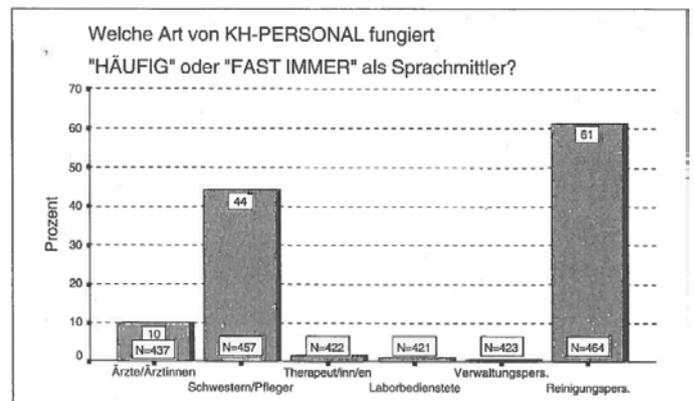


Abbildung 13: Angehörige der Gesundheitsberufe als SprachmittlerInnen (Pöchhacker 1997)

Im Rahmen der durchgeführten quantitativen Erhebung des Pilotprojektes gaben 42 % der Befragten (n= 144) ebenfalls an, auch andere PatientInnen als SprachmittlerInnen heranzuziehen (Abbildung 11).

„Ja, gerade letzte Woche, ein Herr aus - - Tschetschenien, wo wir dann einen Patienten, der im Zimmer gewesen ist, der zufällig Russisch gesprochen hat, dem eben übersetzt hat. Da ist es auch um Aufklärung gegangen.“ (Mediziner 9, ZN 37-39)

Häufig stellt das für die Angehörigen der Gesundheitsberufe aber eine der letzten Optionen dar, welche dann nur ungern in Anspruch genommen wird. Dazu berichteten eine Diätologin und ein Mediziner:

„[...] andere Patienten fühlen sich oft verpflichtet dann zu übersetzen, ja, die kommen dann immer wieder, wo man das dann auch fast, ähm, ein bisschen zurückpfeifen muss und sagen, bitte nehmen Sie sich da auch zurück, weil die teilweise dann auch natürlich arm sind, weil die werden dann mitten in der Nacht vom Patienten aufgeweckt, wegen irgendwelchen...[...] Kommt auch vor, ja. Und der Patient ist ja auch hier, um sich zu erholen und seine Gesundheit zu verbessern und...“ (Diätologin 1, ZN 223-231)

„S: Ja, aber das ist nicht, also es ist von der Frau Primar auch nicht erwünscht, weil die Leute eigentlich auch ein Recht darauf haben, ah, ihre Ruhe hier zu haben. Das ist auch, die Leute sind auch nach einer Herzoperation, oder nach einem Herzinfarkt und haben auch ihre eigenen Probleme zu lösen und, wie soll man sagen, es ist nicht erwünscht in dem Fall.

I: Aber Sie haben es trotzdem genutzt?

S: Es wurde teilweise genutzt, ja, oder von den Patienten selbst auch organisiert, aber es ist auch, ah, wie soll man sagen, was mach ich in der Nacht? Der wacht auf, hat Herzprobleme. Soll ich den Zimmernachbarn wecken, ja? Das ist ja auch kein Zustand.“ (Mediziner 22, ZN 419-428)

Aber auch von PatientInnenseite wurde das Heranziehen von anderen PatientInnen zur Sprachmittlung ambivalent aufgefasst. In diesem Zusammenhang gaben 14 % der befragten PatientInnen (n= 44) an, dass sie es als unangenehm empfanden, wenn andere PatientInnen bei der Behandlung für sie übersetzten.

Die im vorliegenden Pilotprojekt durchgeführte qualitative und quantitative Befragung des Gesundheitspersonals brachte im Vergleich zu der von Pöchhacker (1997) durchgeführten Erhebung ernüchternd ähnliche Ergebnisse bei den aktuell zum Einsatz kommenden Lösungsstrategien in der Gesundheitsversorgung.

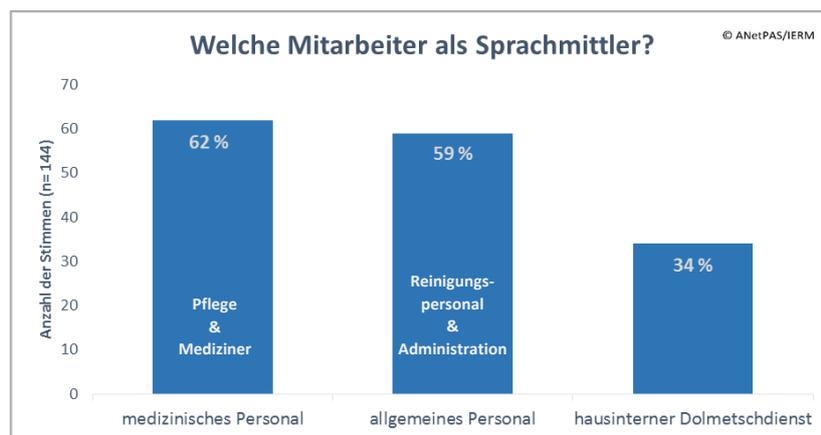


Abbildung 14: Aufteilung MitarbeiterInnen als SprachmittlerInnen

Dass das Heranziehen von bilinguaem Personal, also fremdsprachige Personen des medizinischen/pflegerischen aber auch allgemeinen Personals (darunter bedauerlicherweise auch nach wie vor Reinigungsfachkräfte) damals wie heute wenig reflektierte, gängige Praxis in Österreich darstellt (Abbildung 14), veranschaulicht auch untenstehende Aussage einer Angehörigen der Pflege:

„[...] Ich muss sagen mmh wie halt die [...] auch schon gesagt hat, wir haben die Firma ‚XY‘ da, das ist eine externe Putzfirma und die beschäftigt fast nur Ausländer. Also wir haben fast alle Sprachen da.“ (Pflege 24, ZN 158-160)

In untenstehendem Zitat beschreibt ein Mediziner eine Situation mit einem nicht-deutschsprachigen Patienten, der eine kompliziertere Operation benötigte und dafür vom Arzt aufgeklärt werden musste.

Da eine Kommunikation auf Deutsch nicht möglich und scheinbar auch kein Angehöriger greifbar war, wurde eine Reinigungskraft aus dem Haus gefunden, die sich helfend bereit erklärte zu übersetzen:

„S: Also wir haben letztes Mal, die Woche ist es mir einmal aufgefallen, da haben wir einen serbischen Patienten gehabt, der war zum Aufklären für ein bisschen eine komplizierte Operation da und der hat mich nicht verstanden und dann haben wir halt eine – nach lange hin und her – haben wir dann eine, auf der Station eine Putzfrau gefunden die Serbisch spricht, aber nicht so wahnsinnig toll Deutsch, aber sie hat gesagt sie macht es und es ist dann leidig gut gegangen und der hat dann angegeben er weiß was die Operation ist und das dann unterschrieben. Was die WIRKLICH übersetzt hat weiß ICH nicht.

I: Okay.

S: Ja?

I: Das heißt Sie haben da noch Zweifel gehabt,

S: Ja. Natürlich!

I: dass das zu hundert Prozent angekommen ist beim Patienten?

S: Natürlich, natürlich.“ (Mediziner 30, ZN 888-917)

Bedenklich wird die beschriebene Szene allerdings besonders dadurch, dass es für den Arzt, obwohl er Zweifel darüber hatte, ob die Übersetzung der Reinigungsfachkraft korrekt war, weiter nicht relevant scheint, ob der Patient somit auch ausreichend aufgeklärt war für die bevorstehende kompliziertere Operation. Dieser argumentierte dann wie folgt:

„Aber so wird's dann auch dokumentiert und unser Rückzug ist halt immer, [...] wie soll man sagen, unter den gegebenen Umständen ist das das Beste was wir hatten [...] und wir haben uns größte Mühe gegeben, mehr haben wir nicht. [...] und das wird hoffentlich auch in Zukunft wenn's irgendwann einmal hart auf hart geht vor Gericht bestehen, wo (die) sagen: gut, die HABEN halt nichts anderes gehabt, ja?“ (ebd., ZN 911-924)

Das Heranziehen von Laien für Dolmetschungen in medizinischen Behandlungen ist jedenfalls problematisch. Auch in translationswissenschaftlichen Studien ist man sich größtenteils einig darüber, dass Personen ohne professionellen Hintergrund und ohne jegliche Schulung nicht als DolmetscherInnen geeignet sind (Pöchhacker 2009: 117). Auf die von Fachkreisen festgelegte erforderliche Qualifikation von DolmetscherInnen zur professionellen Ausübung des Berufs und zum Einsatz von bilinguaem Personal soll in Kapitel 3.4.3. noch näher eingegangen werden.

Kinder als DolmetscherInnen zu verwenden birgt viele Gefahren und ist unbestritten – nicht nur aus ethischer Perspektive – höchst bedenklich. Trotzdem gehören sie ebenfalls nach wie vor zu der häufigsten Gruppe von LaiendolmetscherInnen, die als Begleitung der PatientInnen zur Dolmetschung herangezogen werden (Pöchhacker 2000b: 116). Dies zeigten auch untenstehender Interviewausschnitt mit einem Mediziner und die Aussage einer Hebamme:

„S: Es sind immer Angehörige, also fast immer Angehörige und meist ist es halt der Ehegatte oder die Ehefrau, und fast immer sind es eigentlich die Kinder, die mitkommen.

I: Okay, erwachsene Kinder?

S: Ja, das ist eben die Sache, es sind eben nicht immer erwachsene Kinder, es sind oft so Jugendliche um 12, 13, und –

I: Wie gehen Sie damit um?

S: Ja, das ist ein bisschen ein Problem muss man sagen in unserer Ambulanz. Es geht, nachdem wir eben eine Gastroenterologie sind - sind viel Fragen zur Stuhlgewohnheit, das ist immer sehr unangenehm natürlich für die Patienten, und natürlich auch für die Kinder. Ahm, dann muss man bei infektiösen Krankheiten natürlich auch das Geschlechts- ...

I: Verhalten

S: ...verhalten ein bisschen eruieren [...]“ (Mediziner 21, ZN 265-282)

„Was ich auch immer schwierig finde ist, wenn ein Kind, wirklich KINDER, das sind oft acht- bis neunjährige Kinder, kommen mit der Mutter und ich muss ja doch Fragen stellen über vorige Geburten, über Verletzungen und so weiter – gynäkologische Operationen, und womöglich Abbrüche oder was weiß ich was – ich muss also Fragen stellen, das ist mir wirklich unangenehm, und wie kommt das arme Kind dazu, ja. Also das ist auch oft unfair, also ja. Wenn aber niemand anderer zur Verfügung steht, muss man das so machen, ja. [...] Das arme neun-, acht-, neun-, zehnjährige Kind muss Fragen stellen, die sie vielleicht selber gar nicht versteht und irgendwie ja – es ist oft wirklich auch unmöglich.“ (Hebamme 1, ZN 136-147)

Angehörige der Gesundheitsberufe befinden sich hier häufig in einem Konflikt, wenn nicht-deutschsprachige PatientInnen ihre Kinder als SprachmittlerInnen zur Untersuchung mitbringen. Einerseits besteht der Druck den (Ambulanz-)Betrieb möglichst ohne Unterbrechungen und Verzögerungen aufrecht zu erhalten. Das Ablehnen der zur Verfügung gestellten potentiellen Lösungsstrategie hätte wahrscheinlich wiederum eine zusätzliche Verzögerung für den Betrieb und ein Vor-den-Kopf-Stoßen der Eltern durch diese ablehnende Entscheidung zur Folge. Der Patient müsste erneut wiederbestellt werden und es bestünde die Möglichkeit beziehungsweise das Risiko, dass er auch beim nächsten Besuch keinen adäquateren Sprachmittler bereitstellen könnte. Das Problem und der Arbeitsaufwand würden sich somit für die betroffenen MitarbeiterInnen nur erneut verschieben.

Andererseits besteht unter den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe ein weitgehender Konsens darüber, dass diese Lösungsstrategie zu den ungeeignetsten und unethischsten zu zählen ist. Die Grenzziehung der Befragten, ab welchem Alter Kinder als SprachmittlerInnen zu tolerieren sind, war sehr individuell. Obwohl grundsätzlich der Tenor vorherrschte, Kinder als SprachmittlerInnen seien nicht optimal und daher zu vermeiden, stand die eigentlich daraus ableitbare Handlungskonsequenz, dieses Angebot abzulehnen und bessere Möglichkeiten zu suchen, mehrheitlich hinter der Resignation, aus der gegebenen Situation das Beste zu machen. Dabei wurde von den Befragten die Verantwortung, ob es vertretbar war, das mitgebrachte Kind hinzuzuziehen, nahezu vollständig an die Eltern der Kinder abgegeben. Eine Pflegemitarbeiterin einer gynäkologischen Ambulanz vertrat dazu folgenden Standpunkt:

„S: Das ist unterschiedlich, also das fängt so mit 10, 12 Jahren hatten wir auch schon und dann halt bis ins Erwachsenenalter, je nachdem wie alt die Patientin ist.

I: Wie gestaltet sich dann die Situation, wenn Kinder für ihre Mütter übersetzen?

S: Das funktioniert eigentlich recht gut, weil die Kinder ja teilweise in Österreich geboren sind und normal Mundart sprechen und dann einfach der Mutter halt in die Muttersprache übersetzen.

I: Und gab es da mal problematische Situationen? Ich kann mir gut vorstellen auf der Gynäkologie ist das nochmal ein heikleres Feld, als wenn wir auf der Orthopädie sind.

S: Sicher, aber ich glaube, dass einfach die Mütter nur die Kinder mitnehmen zum Übersetzen, wo sie eben das Vertrauen haben und wo sie wissen: Das funktioniert und das geht.

I: Und Sie vertrauen sozusagen der Einschätzung der Eltern?

S: Das glaube ich schon, dass die Kindesmutter das einschätzen kann, ob sie das dem Kind zumuten kann oder nicht.“ (Pflege 25, ZN 179-196)

Wenn Kinder als DolmetscherInnen fungieren müssen und dadurch sehr stark in die Interaktion zwischen Arzt und Patient (Bruder, Schwester, Eltern) einbezogen werden, kann das bei ihnen mitunter zu hoher emotionaler Belastung und in weiterer Folge zu gesundheitlichen Problemen führen (Jacobs et al. 1995: 474). Abgesehen von der Konsequenz, dass Kinder im Zuge dessen häufig von der Schule fernbleiben (müssen), um Elternteilen in medizinischen Behandlungen als DolmetscherInnen zur Seite zu stehen (Rhodes/Nocon 2003: 49), erweist sich darüber hinaus die persönliche und emotionale Nähe zwischen Kind und Eltern, gerade in solch heiklen Situationen, als besonders schwierig, wie eine Angehörige der Pflege berichtete:

„Und ich denk mir, es ist halt wichtig, außer man nimmt irgendwen von der Familie, irgendein Angehöriger, und der ist selber traumatisiert und vielleicht geht's dem nachher [...] psychisch auch schlecht, wenn er jetzt im Prinzip die Empfindung kennt von vom Patienten.“ (Pflege 18, ZN 313-315)

Ein Arzt verdeutlichte nochmals den hohen Grad an Unzuverlässigkeit der korrekten Übersetzung, gerade wenn sie von Kindern durchgeführt wird, mit der Aussage:

„Alle Kinder, auch wenn sie bis 17, 18 noch mitkommen, sind meistens so lässig und cool, dass sie es eh nicht gescheit übersetzen wollen, weil es eh LÄCHERLICH ist, so ungefähr, ja, und die Übersetzung von Minderjährigen ist immer problematisch.“ (Mediziner 21, ZN 209-216)

Auch Meyer et al. (2010) betonten in ihrem Artikel zu FamiliendolmetscherInnen im Krankenhaussetting das Risiko hoher emotionaler Belastungen für als SprachmittlerInnen herangezogene Kinder: „Thus, in highly complex situations, a high price may be paid for the cognitive benefits young family members may receive by acting as interpreters or language brokers. Though facing the communicative challenges of adult discourse may train their linguistic and cognitive abilities, children run the risk of being overwhelmed by painful experiences and sensitive matters that are appropriate for them“ (ebd.: 305).

Ein zusätzlich in diesem Zusammenhang auftretender Aspekt ist jener der Kindeswohlgefährdung. Inwiefern darf grundsätzlich einem Kind eine solche oft schmerzhaft und belastende Verantwortung des Fungierens als SprachmittlerIn der Familie von den Eltern auferlegt werden? Ist die Wahrung des Kindeswohls bei Eltern mit vorherrschenden Sprachdefiziten zudem ausreichend gewährleistet und bleibt dabei eine adäquate medizinische Versorgung und Pflege des Kindes garantiert? Dazu hielten ein Mediziner der aktuellen Interviewerhebung und ein weiterer Mediziner der Vorabtestung des Videodolmetschtools vom Mai 2012 fest:

„Und die dritte Sache ist dann eben die Therapie und das Erklären und Verständlich machen der Therapie und wie es laufen wird und was sie machen müssen, wenn es nicht gut geht. – Und – das muss halt funktionieren, weil wenn das Kind mehr als zwei Tage weiter Fieber hat, oder schlechter wird, dann müssen sie nochmal kommen, also wenn sie das nicht verstehen, ist das Kind gefährdet natürlich. – In vielen Fällen, - oder manchmal, kann man es gar nicht verständlich machen, da kann man nur mit Händen und Füßen die Therapie erklären und hoffen, dass alles gut geht. – Ja?“ (Mediziner 21, ZN 77-82)

„Ein Aspekt ist [...] die Obsorgefähigkeit der Eltern. Die sollte man vielleicht auch so einmal ausdrücklich definieren, dass ein gewisses Sprachverständnis dazugehört, wenn man Verantwortung für Kinder haben will.“ (Mediziner A, ZN 410-412)

Letztendlich gelangte der befragte Mediziner jedoch zu der Schlussfolgerung, dass es seiner Ansicht nach zwar jedenfalls den legitimen Anspruch zur Integration an nicht-deutschsprachige Personen geben kann, durch Eigeninitiative beim Erlernen der deutschen Sprache Eigenverantwortung zu zeigen. Ein vorhandenes und zur Verfügung gestelltes Sicherheitsnetz in Form von qualitätsgesicherten Dolmetschlösungen sollte es aber, zum Schutz der MitarbeiterInnen und der in der Situation leidtragenden Kinder, dennoch geben:

„Ich glaub man muss die Leute zur Eigenverantwortung, Eigeninitiative auffordern und dann aber gleichzeitig um das Personal hier zu schützen und natürlich auch für die Kinder im Endeffekt, dafür sorgen, gewisse Dolmetschmöglichkeiten zu haben.“ (Mediziner A, ZN 410-412)

Zusammenfassend ist zum Thema ‚Kinder als SprachmittlerInnen‘ daher nochmals kritisch zu hinterfragen, wessen Verantwortung und Entscheidung es letztendlich sein sollte, hier die Grenzen zu ziehen. Soll oder darf es wirklich alleine die Entscheidung der Eltern sein oder ist es erforderlich, auch als Institution und somit als Angehörige der Gesundheitsberufe hier Position zu beziehen, um dem Kind oder Jugendlichen diese Verantwortung nicht zumuten zu müssen? Dürfen Eltern dies überhaupt tun im Sinne der Gefährdung des Kindeswohls? Was unterscheidet hier die Kinder nicht-deutschsprachiger PatientInnen von Kindern Deutschsprachiger, bei denen das direkte Einbeziehen in ein Arzt-Patienten-Gespräch über gesundheitliche Belange eines Elternteils ja auch als höchst unangemessen erscheint? Und zu guter Letzt muss die Frage gestellt werden, inwiefern – im Fall von übersetzenden Kindern – mit dem Verzicht auf gesicherte Kommunikation mit den PatientInnen konsequent ein Verzicht auf höchste Versorgungsqualität und Patientensicherheit einhergeht.

Wie problematisch sich Angehörigen-DolmetscherInnen gerade bezüglich der übermittelten Informationen erweisen und welche Probleme, auch rechtlicher Natur (siehe dazu Kapitel 4.2.), mit dem Beiziehen von ungeschultem fremdsprachigem Gesundheitspersonal auftreten können, haben bereits zahlreiche Studien (beispielsweise Pöchhacker 2008; Sator 2013) gezeigt.

Angehörigen der Gesundheitsberufe fehlt dabei fast jegliche Möglichkeit, die von SprachmittlerInnen gedolmetschten Informationen hinsichtlich ihrer Korrektheit und Vollständigkeit zu überprüfen. Dabei stellt häufig der gewonnene Eindruck, dass diese geführten laiengedolmetschten Gespräche problemlos und inhaltlich korrekt verlaufen sind, eine besondere Schwierigkeit dar. Dies konnte sehr gut in einer von Pöchhacker (2008) durchgeführten Analyse eines laiengedolmetschten Gespräches zwischen einer Logopädin, einer türkischsprachigen Mutter und deren sprachmittlernder Nichte veranschaulicht werden. Obwohl das Gespräch durch die Sprachmittlung der jugendlichen Nichte mit einer Reihe von übersetzungsbedingten Missverständnissen durchzogen war, gestaltete sich für die Logopädin das Gespräch als augenscheinlich gelungen. Dazu hält Meyer et al. treffend fest: „Nevertheless, the participating medical staff assessed the conversation to be fairly normal and successful, despite all sorts of translation errors and misunderstandings. Thus, although interactions with ad-hoc-interpreters often appear to be fluent and unproblematic at first glance, a closer look reveals significant miscommunication. However, such miscommunication passes by unnoticed by the primary interlocutors.“ (ebd.: 298)

Die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe gaben jedenfalls an, verschiedenste Strategien entwickelt zu haben, um den bewussten oder unbewussten Einfluss von SprachmittlerInnen auf das Gespräch und die darin vermittelten Inhalte überprüfen und kontrollieren zu können. So merkten diese beispielsweise an, auf die Verhältnismäßigkeit der Satzlängen und des Sprechvolumens zu achten, die Rückfragen und Antworten der PatientInnen auf ihre Sinnhaftigkeit hin zu überprüfen und im Gesprächsverlauf bestimmte wichtige Inhalte mehrmals zu erwähnen und zu betonen.

Ein Mediziner berichtete, dass er besonders die Reaktionen der PatientInnen auf Informationen als Mittel zur Überprüfung heranziehe und dabei zudem die Angemessenheit der (verbalen aber auch nonverbalen) Reaktion auf die Art der Information beachte:

„S: Na ich frage halt nochmal zurück. Ich frage halt nochmal zurück, ja? Wenn ich dem sage okay, es geht um eine Amputation dann zeig ich ihm „Anm. TR“: [imitiert ein Sägegeräusch und deutet eine Amputationsbewegung] hier. [...] ich rede von einem kurzen Bein, ja? Und wenn der ganz große, runde Augen kriegt, dann weiß ich er hat es noch nicht verstanden, nicht? [...] Abgesehen davon, bei bestimmten Informationen weiß man ja wie die Leute ungefähr reagieren, nicht? Wenn ich dem sage okay, wir müssen Ihr Bein amputieren und der übersetzt das und der sagt: ‚Ja, ist okay.‘, dann denke ich mir das ist nicht angekommen, ja? Aber das ist ... naja.

I: Also Sie messen es sozusagen an der Antwort, (der Intensität)?

S: Ja, an der nonverbalen Antwort, die zurückkommt. Ja, zum Beispiel, nicht? Bei vielen anderen Dingen weiß man es nicht, da muss, kann ich's nur zur Kenntnis nehmen, nicht?“ (Mediziner 30, ZN 992-999)

Eine andere Ärztin erzählte, aus eigenem Interesse zeitweise gerne ihre Fremdsprachenkenntnisse zur verdeckten Kontrolle der Korrektheit und Vollständigkeit des Gedolmetschten zu nutzen. Durch dieses „Stilles-Mäuschen-Spiel“ war es ihr möglich, tieferen Einblick in die Gesprächssituation zu gewinnen:

„Weil ich manchmal das SPIEL auch spiele, dass ich trotzdem, auch wenn ich die Sprache spreche, durch die Person, Begleitperson übersetzen lasse [...] Und das ist eigentlich ganz interessant, wie das übersetzt wird, es wird immer nur ein Bruchteil übersetzt, weil die Person, die die Information von mir annimmt, versteht ja schon, ähm, nur einen Bruch-, ähm, also nicht einen Bruchteil, aber nur einen Teil davon und dann versucht sie das zusammenzufassen und weiterzugeben, also das ist jetzt nicht Wort für Wort Übersetzung, sondern eine zusammengefasste Übersetzung. Aber das merkt man ja dann auch, wenn man redet, jetzt sagen wir halt dann zehn Sätze, aber die Übersetzung kriegt man ja dann auch mit, sind dann aber nur zwei Sätze. Also da wird halt da auch schon wenig weiter gegeben.“ (Medizinerin 20, ZN 373-384)

Als ebenso kompliziert erweist es sich, fremdsprachige MitarbeiterInnen für Dolmetschungen einzusetzen. Obwohl die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe bei dieser Gruppe deutlich mehr Vertrauen in die Korrektheit und Vollständigkeit der Sprachmittlung äußerten, gaben sie aber auch an, dass das Heranziehen von fremdsprachigen MitarbeiterInnen ihrer Meinung nach wiederum häufiger mit zusätzlicher emotionaler und organisatorischer Belastung für jene sich freiwillig zur Verfügung stellenden KollegInnen verbunden sei. Das Nutzen interner Ressourcen in Form von fremdsprachigen MitarbeiterInnen stellt darüber hinaus für die um Sprachmittlung Ersuchenden auch aus organisatorischer Sicht bei weitem keine optimale Lösung dar. Dies zeigt das untenstehende Zitat einer Ärztin sehr gut:

„Ein Notfallereignis, bei einem Notfallereignis ist Gefahr in Verzug, da muss man handeln, sagen wir so, es gibt ja nicht immer schwarz und weiß, sondern auch dazwischen Sachen, da muss man sich oft behelfen in der täglichen Routine. Wenn das unter Tags ist, kann man sich vielleicht mit anderem Personal, mit einem fachgleichen Personal behelfen, der vielleicht in der Ambulanz, im ersten Stock, oder zweiten Stock, oder wo auch immer arbeitet. Der vielleicht zu diesem Zeitpunkt gerade Zeit hat, seine Arbeit natürlich auch stehen lassen muss und mir dann aushilft beim Übersetzen. Aber das ist nicht immer leicht.“ (Medizinerin 7, ZN 47-53)

„Ja, hin und wieder haben wir eine persische Ärztin, aber natürlich, die ist natürlich auch nicht erfreut, wenn sie ständig her muss und deswegen reihe ich das eher nach hinten - - ja, und ebenso ist es“ (Hebamme 1, ZN 241-242)

Am zweiten Zitat wird sichtbar, dass sprachmittelnde MitarbeiterInnen gegebenenfalls ihre Arbeit unterbrechen müssen, wodurch sie an der zunehmend wertvoller werdenden Ressource Zeit verlieren und zugleich ihrer eigentlichen professionellen Tätigkeit nicht mehr in vollem Ausmaß nachkommen können. Dies bedeutet zudem eine potentielle zusätzliche Belastung für die restlichen MitarbeiterInnen, welche gegebenenfalls die fehlenden Ressourcen des anderwärtig tätigen Kollegen kompensieren müssen. Vielfach stellt der organisatorische und zeitliche Aufwand, zeitnah einen zur

Verfügung stehenden Kollegen zur Unterstützung zu finden, eine weitere Belastung und Hürde im Arbeitsalltag dar. Das lässt sich an untenstehendem Zitat eines Arztes gut darstellen:

„Es ist so, äh wir holen (sich) dann die Leute, die wir brauchen, also wenn ich weiß ich brauch jetzt jemanden in Bosnisch, dann geh ich halt so lange durchs Haus, bis ich jemanden finde der Bosnisch spricht.“ (Mediziner 30, ZN 325-327)

Das Reduzieren jener bilingualen MitarbeiterInnen auf ihre Herkunft und die damit verbundenen Sprachkenntnisse kann außerdem als Diskriminierung empfunden werden, wie beispielsweise ein Interviewausschnitt einer Untersuchung von Hametner (2014: 291) zeigt:

„[...] but I want to do that job; so far there were only some who said hey you are good for interpreting; (.) no one said you are good for caring °somehow°(.) every time I am there for translating: or for helping out or (1) somehow; that way;...“

Die um Unterstützung anfordernden MitarbeiterInnen erlebten das Auf-Dritte-Angewiesen-Sein zur Bewältigung ihrer Arbeit oft als sehr negativ und frustrierend. Wie bereits in Zusammenhang mit den quantitativen Daten zu den Problemen bei der Versorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen in Kapitel 3.4.1.b diskutiert, gaben immerhin 79 % der Befragten (n= 144) das Angewiesen-Sein auf Dritte als eines der häufigsten Probleme an. Die Tatsache, dass durch auftretende Sprachbarrieren eine Abhängigkeit von Dritten und gleichzeitig eine erzwungene Unselbständigkeit entstehen, trägt merkbar zur Senkung der MitarbeiterInnenzufriedenheit bei.

Hier mag neben der raschen und unmittelbaren Verfügbarkeit auch ein weiterer Erklärungsansatz für das beliebte Nutzen von Angehörigen als SprachmittlerInnen liegen. Die Verantwortung für gelingende Kommunikation wird hier klar vom Mitarbeiter zum Patienten verlagert, um den Versorgungsbetrieb ohne scheinbar enormen zusätzlichen Aufwand für den Mitarbeiter oder zeitraubende Unterbrechungen ungestört weiter fortsetzen zu können.

Auch wenn sprachmittelnde MitarbeiterInnen den Bedarf an Dolmetschungen abdecken könnten, so braucht es nichtdestotrotz unbedingt organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen, um Qualität und Sicherheit in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen zu garantieren.¹¹ Zudem darf dabei nicht vergessen werden, dass Dolmetschungen von wenig beziehungsweise nicht qualifizierten LaiendolmetscherInnen im Endeffekt unter Umständen sogar zu Mehrkosten führen können (Rásky 2010: 28), worauf in Kapitel 3.4.4.c noch näher eingegangen wird.

Zentrale Frage bleibt dabei aber letztendlich, inwiefern diese scheinbar fix im Handlungsschema der Gesundheitsberufe verfestigten Strategien aus einer Langzeitperspektive und aus Sicht der Qualitätssicherung erfolversprechend sind. Denn obwohl die Situation im ersten Moment für den

¹¹ Ein positives Beispiel stellt hier der von Elisabeth Wesselmann etablierte, interne DolmetscherInnen-Dienst im Klinikum München (und anderen deutschen Kliniken) dar. Aber auch der in der Schweiz aktive Verein INTERPRET (www.inter-pret.ch) bietet ein Ausbildungs- und Qualifizierungssystem im Bereich des interkulturellen Dolmetschens und Vermittlens an, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung mittels qualitativ hochwertiger Dolmetschungen zu verbessern.

Mitarbeiter „problemlos“ bewältigt scheint, birgt das Heranziehen nicht-qualitätsgesicherter Lösungsstrategien sehr wohl eine Reihe von Risiken und Problemen, welche erneut zu Lasten der MitarbeiterInnen, gesundheitsökonomischer Aspekte und zu guter Letzt auf Kosten der Gesundheit und der Rechte der PatientInnen gehen können.

d) *Zufriedenheit bisherige Lösungsstrategien*

Im Rahmen der Fragebogenerhebung des medizinischen Personals wurde auch nach der Zufriedenheit mit den bisherigen Lösungsstrategien (Kapitel 3.4.1.d) gefragt. Wie in Abbildung 15 sehr gut zu sehen ist, wurden diese (nach dem Schulnotensystem) tendenziell schlecht bewertet, was zeigt, dass die Mehrheit der MitarbeiterInnen wenig bis gar nicht zufrieden ist.

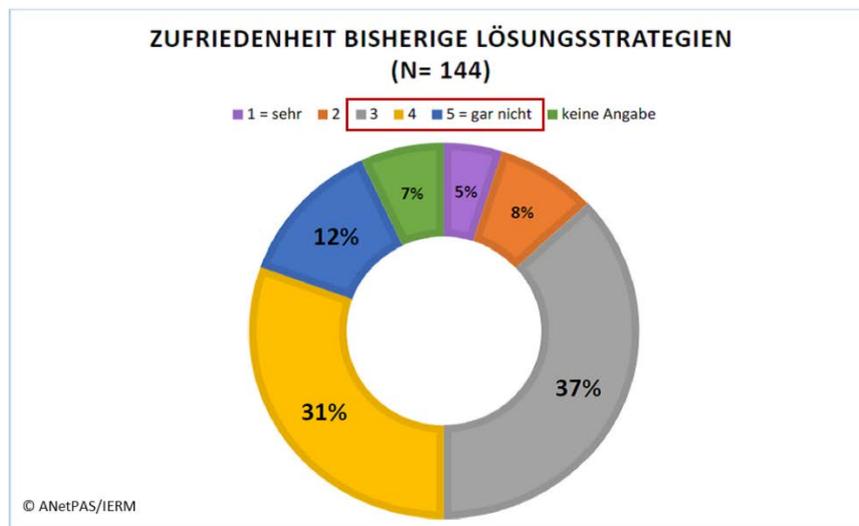


Abbildung 15: Zufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe mit den bisherigen Lösungsstrategien

Demnach bewerteten 80 % aller Befragten die bisherigen Lösungsstrategien mit der Note 3 oder schlechter. Dagegen vergaben nur 12 % die Bewertung ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ (Abbildung 15).

Eine Angehörige der Pflege und drei Mediziner beschrieben das mit den folgenden Worten sehr treffend und machten damit umso deutlicher, dass die aktuelle Situation mit Resignation einerseits und einem Hinnehmen der suboptimalen Verhältnisse bei den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe andererseits verbunden ist:

„Mmh - - es dauert länger, wahrscheinlich, oder viel kürzer, weil man irgendwann einfach aufgibt, und man denkt mmh – was soll ich eruieren, ich kann, naja.“ (Medizinerin 10, ZN 54-55)

„Und wenn sie dann einmal reinkommen, ist natürlich das Problem, dass man schwerer die Informationen bekommt und irgendwann einmal ein bisschen resigniert.“ (Mediziner 21, ZN 67-68)

„Es ist nicht gut und es ist nicht sehr gut, es ist befriedigend, es erfüllt im Wesentlichen den Zweck“ (Mediziner 30, ZN 785)

„Ja, wir sind es so gewohnt. Wir haben bis jetzt nichts anderes gehabt.“ (Pfleger 24, ZN 482)

Bei der Überbrückung von Sprachbarrieren in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen traf häufig die Devise ‚In der Not frisst der Teufel Fliegen‘ zu. De facto haben Angehörige der Gesundheitsberufe derzeit in Österreich, in Bezug auf die Versorgung dieser PatientInnengruppe, kaum die Möglichkeit, auf qualitätsgesicherte Dolmetschleistungen zurückzugreifen. Angehörige der Gesundheitsberufe finden sich daher häufig in der schwierigen Situation wieder, zur Bewältigung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren auf nahezu jede nur rasch genug verfügbare Lösungsstrategie zurückgreifen zu müssen, um die steigenden Herausforderungen unter Berücksichtigung des täglichen Leistungsdrucks bewältigen zu können. Die Aussage einer Hebamme verdeutlichte diese vermehrt beschränkten und den Angehörigen der Gesundheitsberufe häufig allein überlassenen Handlungsoptionen nochmals sehr gut:

„Ich meine, ich frage natürlich nicht: Wer sind Sie? Sind Sie ein professioneller Dolmetscher? Sondern ich bin froh, wenn ich überhaupt jemand hab (fängt an zu lachen), der dolmetschen kann, da frag ich dann gar nicht, ‚Wer sind Sie?‘“ (Hebamme 1, ZN 199-201)

Und auch die Aussage einer Medizinerin verdeutlicht, dass Laien als SprachmittlerInnen eine sehr unzuverlässige Lösungsstrategie darstellen, jedoch bisweilen die Qualität der Dolmetschleistung dem Erhalt des Arbeitsflusses jedenfalls untergeordnet wird:

„Ja, also die ersten drei Punkte [Anm. TR: Angehörige und fremdsprachige MitarbeiterInnen], die sind ja meist, oft, sagen wir so, gut Deutsch sprechend, aber leider oft auch weniger gut Deutsch sprechend. Da gibt es dann natürlich auch Verbesserungspotenzial. Im Notfall muss ich aber wirklich sagen, man nimmt das was man kriegt.“ (Medizinerin 7, ZN 125-127)

Demnach legen sowohl die Ergebnisse der quantitativen als auch der qualitativen Erhebung den Schluss nahe, dass im Feld der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen nach wie vor (vgl. Pöchhacker 1997) hoher Bedarf an neuen und vor allem innovativen und flexiblen professionellen Lösungsstrategien vorhanden ist (Abbildung 16).

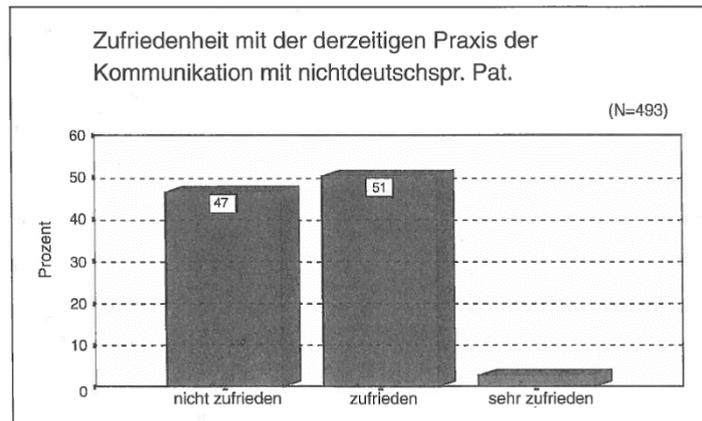


Abbildung 16: Zufriedenheit mit der derzeitigen Praxis der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen (Pöchlhammer 1997)

Eine mögliche und zudem qualitätsgesicherte Lösungsstrategie bietet jedenfalls das im Rahmen vorliegender Studie evaluierte Tool des Videodolmetschens, wie in Kapitel 3.4.4. noch näher aufgezeigt werden soll.

In den Kapiteln 3.4.2. bis 3.4.4. sollen nun die Ergebnisse der Evaluierung des E-Dolmetschers ausführlich dargestellt und das Tool Videodolmetschen hinsichtlich seines Mehrwertes beim Einsatz im Gesundheitswesen diskutiert werden.

3.4.2. Videodolmetschen im Gesundheitswesen – Zahlen und Fakten der Testphase

a) Teilnehmende Endpunkte/Einteilung in Settings

Die Zuschaltung der insgesamt 12 teilnehmenden Ambulanzen und Institutionen aus den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Salzburg erfolgte gestaffelt, beginnend mit 7. Oktober 2013 und in strategischer Abstimmung mit der Stations- und Ambulanzleitung, wobei die letzten Endpunkte Mitte November 2013 zur Dolmetscherzentrale zugeschaltet werden konnten.

Die Auswahl der jeweils zum Einsatz gekommenen Hardware und ihre Platzierung in den Ambulanzen beziehungsweise Behandlungsräumen der Institutionen erfolgten jeweils in Absprache des technischen Projektdienstleisters mit der Abteilungsleitung und IT der Institutionen.

Die insgesamt 12 Endpunkte setzten sich zu Beginn der Studie (Oktober 2013) wie folgt zusammen:

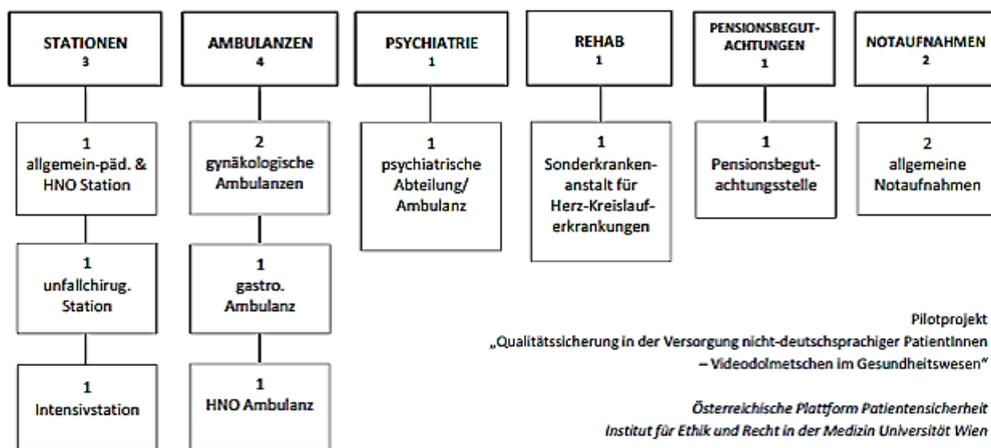
- 1 Rehaklinik (Pensionsversicherungsanstalt Felbring/NÖ)
- 1 Pensionsbegutachtungsstelle (Pensionsversicherungsanstalt St. Pölten/NÖ)
- 2 Gynäkologische Ambulanzen (LKH Leoben/Steiermark, Semmelweis Frauenklinik/Wien)
- 1 pädiatrische Notaufnahme (St. Anna Kinderspital/Wien)
- 2 allgemeine Notaufnahmen (AKH Linz/OÖ, LK St. Pölten/NÖ)
- 2 Unfallnotaufnahmen (UKH Lorenz Böhler/Wien, UKH Meidling/Wien)
- 1 psychiatrische Abteilung/Ambulanz (LK Neunkirchen/NÖ)

1 gastroenterologische Ambulanz (KA Rudolfstiftung/Wien)

1 HNO Ambulanz (LKH Salzburg/Salzburg)

Mit Jänner beziehungsweise Februar 2014 wurde eine Verlegung des E-Dolmetschers von drei der beteiligten Not- und Unfallnotaufnahmen (UKH Meidling, UKH Lorenz Böhler und St. Anna Kinderspital) auf ausgewählte Bettenstationen des jeweiligen Krankenhauses veranlasst, um eine Evaluierung des E-Dolmetschers auch im Stationsbetrieb zu ermöglichen.

Entsprechend konnten nach der Verlegung der E-Dolmetscher im Jänner beziehungsweise Februar 2014 die 12 Endpunkte letztendlich in folgende **sechs Kategorien** beziehungsweise **Settings** unterteilt werden: *Notaufnahmen, Ambulanzen, Psychiatrie, Rehabilitation, Pensionsbegutachtungen* und *Stationen*. Dadurch wurde eine Erhebung und Analyse des Setting-abhängigen Nutzungsverhaltens des E-Dolmetschers möglich.



Pilotprojekt
„Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen
– Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

Österreichische Plattform Patientensicherheit
Institut für Ethik und Recht in der Medizin Universität Wien

Stand ab Februar bzw. März 2014

Abbildung 17: Unterteilung der Endpunkte in Settings

Die Endpunkte setzten sich somit aus 3 Stationen, 4 Ambulanzen, 1 Psychiatrie, 1 Rehabilitationszentrum und 1 Pensionsbegutachtungsstelle sowie 2 Notaufnahmen zusammen (Abbildung 17).

Hier ist es allerdings noch wichtig zu erwähnen, dass die Zuordnung der Video-Calls letztendlich nicht exakt nach den ursprünglich angegebenen Platzierungen der Endpunkte möglich war, da der E-Dolmetscher erfreulicherweise teils sehr flexibel auch von anderen interessierten Stationen/Abteilungen genutzt wurde. Bei den quantitativen Daten der Call-Reports muss daher der Faktor der flexiblen Nutzung unbedingt mitbedacht werden.

b) Anzahl der getätigten Video-Calls

Insgesamt wurden im sechsmonatigen Testzeitraum insgesamt 213 Video-Calls von den 12 teilnehmenden Endpunkten getätigt. Dabei ist eine sukzessive Steigerung der Nutzung von Monat zu Monat zu bemerken, welche ihren Höhepunkt im Februar 2014 mit der höchsten Video-Call-Anzahl pro Monat (63 Video-Calls) erreichte (Abbildung 18).

In den ersten beiden Monaten von Oktober bis November 2013 spiegelte sich die gestaffelte Zuschaltung im deutlich bemerkbaren Anstieg der durchgeführten Video-Calls wieder. So konnten im November 2013 dreieinhalb Mal mehr Video-Calls (Zuwachs 183 %) verzeichnet werden als noch im Vormonat.

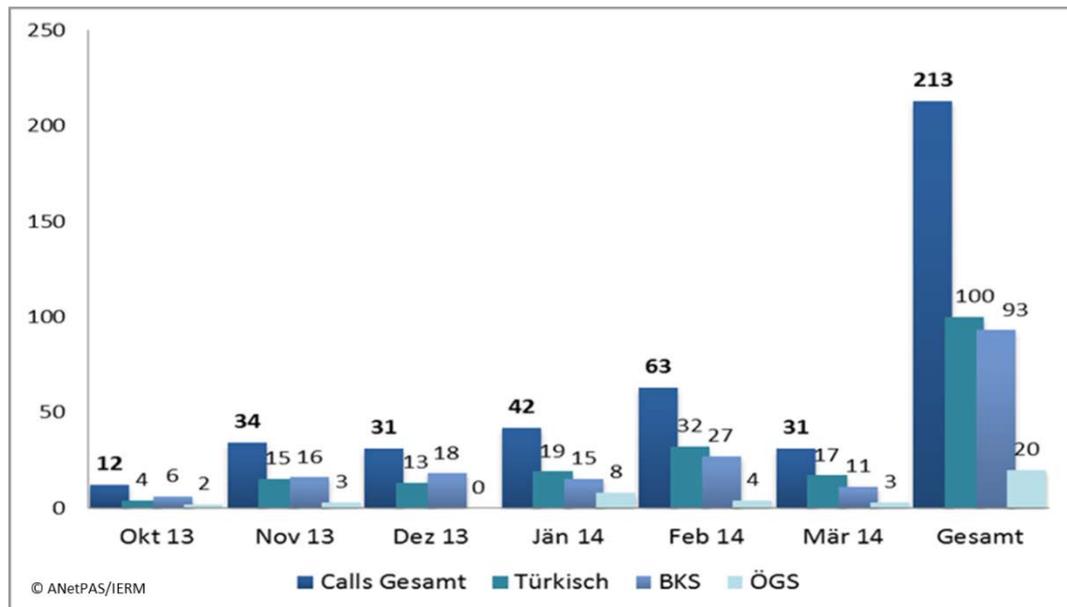


Abbildung 18: Anzahl der Video-Calls nach Monaten und Sprachen

Dies ist wohl auch darauf zurückzuführen, dass einerseits die Bekanntheit des E-Dolmetschers in der Institution zugenommen hatte und andererseits die ersten positiven Erfahrungen einzelner MitarbeiterInnen mit dem E-Dolmetscher zur erhöhten Verwendung des Tools im Kollegium motivierend beigetragen haben, wie informelle Rückmeldungen teilnehmender Institutionen vermuten lassen.

Einbußen in der Nutzung aufgrund der Weihnachtsfeiertage zeigten sich im Dezember 2013. Hier kam der E-Dolmetscher im Zeitraum zwischen 20. und 29. Dezember 2013, trotz Aussendung eines Reminders zur Bereitschaft der Dolmetscherzentrale auch über die Feiertage, kein einziges Mal zum Einsatz. Ebenso gab es keine Nutzung am Silvesterabend und am Neujahrstag.

Im letzten Testmonat ging die Anzahl erneut zurück, sodass um knapp 51 % weniger Video-Calls als noch im Vormonat Februar getätigt wurden. Eine mögliche Erklärung für den Rückgang der Video-Calls im letzten Testmonat könnten eventuell vorhandene Informationsdefizite seitens der MitarbeiterInnen bezüglich der Dauer der Testphase gewesen sein. So wurden dem Projektteam immer wieder Unklarheiten diesbezüglich kommuniziert, sodass MitarbeiterInnen bereits ab Ende Februar 2014 nicht mehr genau wussten, ob die Testphase nun noch andauerte oder nicht. Auch nach Ende der Testphase waren sich MitarbeiterInnen oft nicht darüber im Klaren, wann diese nun beendet hatte. Der verlängerte Verbleib der Endgeräte (des E-Dolmetschers) nach Ende der Testphase mit 31. März 2014 (aufgrund etappenweiser und verzögerter Abholung durch den technischen Dienstleister) sorgte noch für zusätzliche Verwirrung, was MitarbeiterInnen sogar noch nach Ende der Testphase dazu motivierte, den E-Dolmetscher wie gewohnt zu verwenden.

c) Video-Calls nach Sprachen

Die im Projektbetrieb angebotenen Sprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch (44 %) und Türkisch (47 %) wurden im Testzeitraum in nahezu gleichem Ausmaß genutzt. Die zusätzlich vom ServiceCenter ÖGS.barrierefrei – im Rahmen des unabhängig vom Pilotprojekt betriebenen RelayServices – angebotene Österreichische Gebärdensprache wurde demgegenüber im gleichen Zeitraum zu einem geringeren Anteil (9 %) verwendet (Abbildung 19). Trotzdem wurde die Gebärdensprache im Testzeitraum immerhin insgesamt 20 Mal im Rahmen der alltäglichen PatientInnenversorgung genutzt.



Abbildung 19: Video-Calls nach Sprachen

Aufgrund beschränkter Projektmittel konnte in diesem Projekt nur BKS, Türkisch und die Österreichische Gebärdensprache angeboten werden und nicht noch zusätzlich weitere Sprachen, die aber für den einen oder anderen Endpunkt notwendig gewesen wären. Um eine weitere Sprache im gleichen Ausmaß in der Dolmetscherzentrale für den sechsmonatigen Testzeitraum anbieten zu können, wären zusätzliche Mittel von rund 80.000€ notwendig gewesen. Besonders großer Bedarf wurde beispielsweise für die Sprachen Tschetschenisch, Bulgarisch, Russisch, Ungarisch, Albanisch oder Polnisch rückgemeldet.

d) Video-Calls nach Setting

Wie in Graphik 20 und 21 gut zu erkennen ist, wurden die meisten Video-Calls im Zuge der Pensionsbegutachtungen der Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle Niederösterreich getätigt (54 %). Hier wurde die Möglichkeit der Austestung des Terminvereinbarungsmodus genutzt. Um die Verfügbarkeit eines E-Dolmetschers im laufenden Betrieb parallel zu den gebuchten Terminen sicher zu stellen, wurde darauf geachtet, jene gebuchten Zeitfenster personell ausreichend zu besetzen.

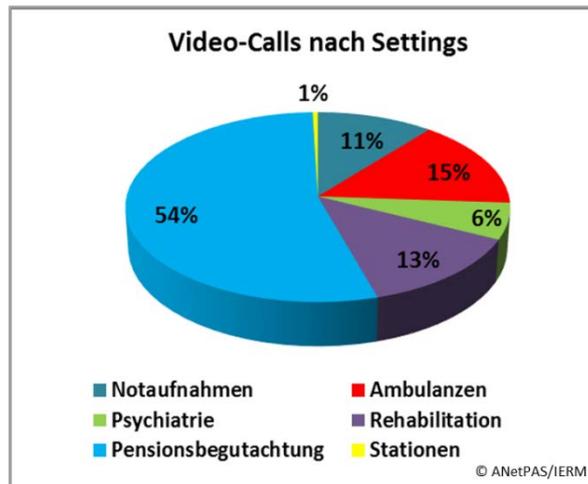


Abbildung 20: Video-Calls nach Settings

Hier zeigte sich deutlich, dass im Setting der Pensionsbegutachtungen trotz Terminplanung zusätzlich noch hoher Bedarf an nicht geplanten Dolmetschungen war, da immerhin 25 % der Video-Calls der Pensionsbegutachtung unabhängig von den gebuchten Blockterminen getätigt wurden.

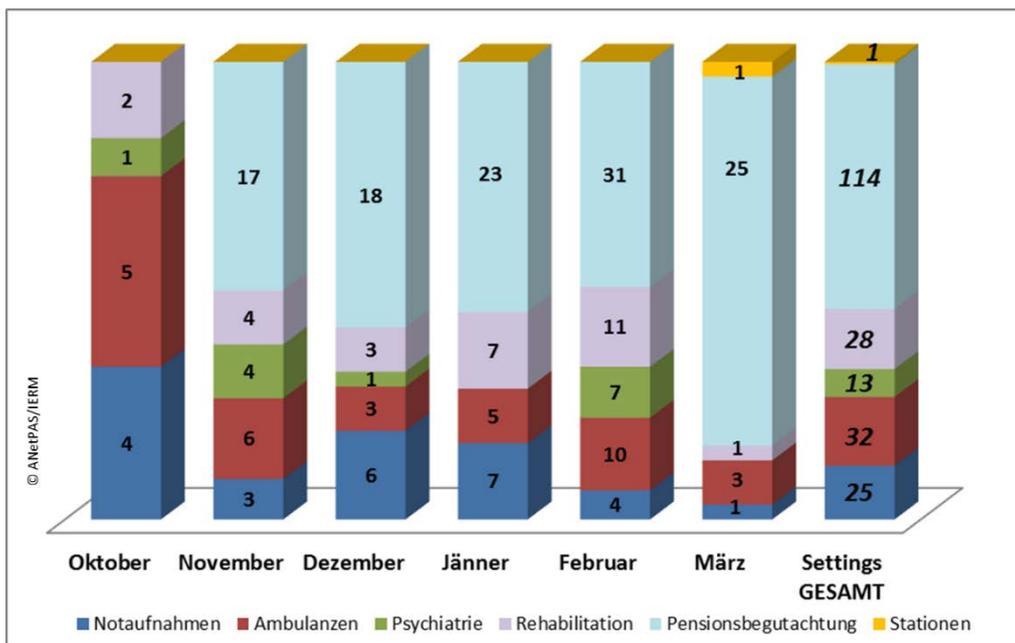


Abbildung 21: Video-Calls nach Monaten und Settings

Die wenigsten Video-Calls wurden im Setting „Stationen“ registriert (1 %), was einerseits unmittelbar mit dem späten Einstieg der Endpunkte (aufgrund der Verlegung der E-Dolmetscher) und andererseits mit der hier eingeschränkten Mobilität des E-Dolmetschers zusammenhing: So war es zum Beispiel in manchen der Stationen (sicherheits-)technisch nicht möglich, WLAN zu nutzen oder via LAN-Kabel an allen Netzwerksteckern der Station anzudocken, wodurch der Nutzungsbereich des Gerätes teilweise stark eingeschränkt war.

Hier ist es allerdings noch wichtig zu erwähnen, dass die exakte Zuordnung der Video-Calls, wie bereits berichtet, aufgrund der erfreulichen flexiblen Nutzung des E-Dolmetschers auf anderen interessierten

Stationen/Abteilungen letztendlich nicht möglich war, sondern lediglich eine vage Einschätzung aufgrund der qualitativen Daten gegeben werden kann. In den Call-Reports war daher schließlich immer nur der zu Beginn in der Videokonferenz-Software festgelegte und programmierte Endpunkt als Erkennungsmerkmal sichtbar. Somit war beispielsweise nicht sichtbar, wenn in einem „Endpunkt“ (also von dem zugewiesenen Account, wie zum Beispiel dem des LKH Leoben „KAGES LKH Leoben/Gyn. Ambulanz“) der E-Dolmetscher bedarfsorientiert in den verschiedensten Settings des Hauses¹² genutzt wurde, was wiederum aufgrund der hausinternen flexiblen WLAN-Nutzung möglich war. Rückschließend aus den geführten Interviews wären demnach mindestens zwei bis drei der insgesamt acht ÖGS-Video-Calls des LKH Leoben theoretisch zu den Video-Calls der Stationen zu zählen.

e) Video-Calls nach Zeitfenstern und Settings

Aus dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich ein deutlicher Schwerpunkt der Nutzung am Vormittag bis zu den Mittagsstunden erkennen. Dabei wurden die meisten Video-Calls (69 %) zwischen 08:00 und 12:00 Uhr geführt, wohingegen der E-Dolmetscher in den frühen Morgenstunden (06:00 bis 07:00 Uhr) kein einziges Mal und ab dem Nachmittag (ab 15:00 Uhr) nur mehr vereinzelt zum Einsatz kam. Vor allem die Settings Notaufnahme, Ambulanz, Psychiatrie und Rehabilitation machten in den Nachmittags- und Abendstunden Gebrauch vom E-Dolmetscher (Abbildung 22).

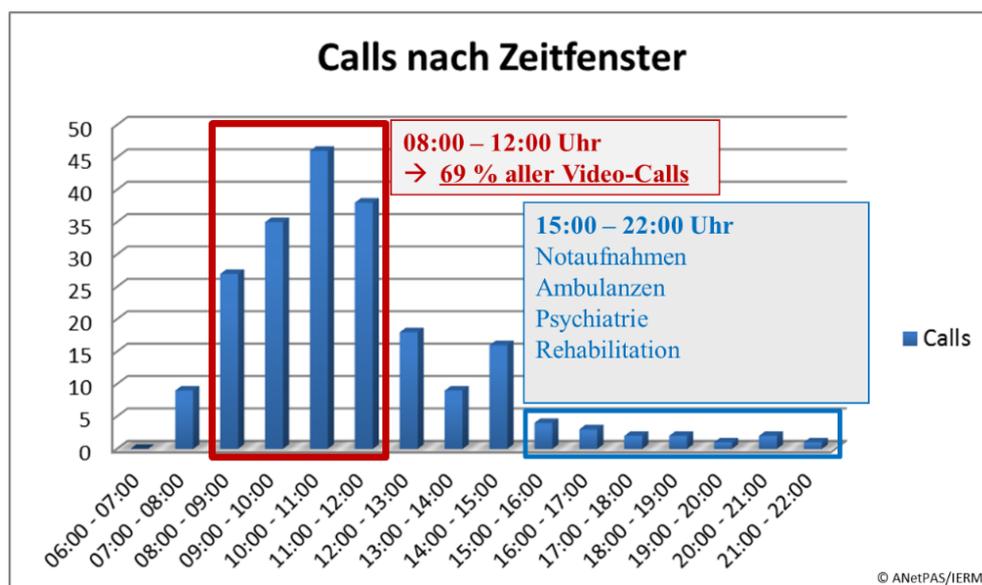


Abbildung 22: Video-Calls nach Zeitfenstern

Die Abbildungen 23 bis 28 zeigen deutlich die Setting-abhängige Nutzung und den jeweiligen Schwerpunkt der verschiedenen Settings im zeitlichen Bedarf des Videodolmetschservices:

Das Setting der Pensionsbegutachtungen (114 Video-Calls) und das der Ambulanzen (26 Video-Calls) verzeichneten die meisten Video-Calls schwerpunktmäßig in den Vormittags- und Mittagsstunden zwischen 07:00 Uhr und 13:00 Uhr. Da sich im Setting der Ambulanzen auch Endpunkte befanden, welche zum regulären Ambulanzbetrieb am Vormittag und teilweise am frühen

¹² Ambulanz & Station (Gynäkologie) / Ambulanz & Station (Pneumologie) / Kinderintensivstation

Nachmittag zusätzlich noch eine Notfallambulanz anbieten, kam es in diesem Setting außerdem zu Video-Calls in den frühen Abend- und, wie in einem Fall, sogar in den Nachtstunden.

Besonders die Notaufnahmen, mit fünf Video-Calls nach 15:00 Uhr, nutzten das Angebot in den Nachmittags- und Abendstunden. Aber auch die Psychiatrie und Rehabilitation nutzten die flexible und lange Erreichbarkeit der Dolmetscherzentrale für akut auftretende Vorfälle, welche andernfalls kaum oder nur mit nicht zufriedenstellenden Lösungsstrategien (wie beispielsweise durch das Involvieren und Hinzuziehen anderer PatientInnen als SprachmittlerInnen) gelöst hätten werden können.

Der Wunsch nach einer 24-stündigen Verfügbarkeit wurde dabei insbesondere in den Settings Rehabilitation und Notaufnahmen laut. So hielt ein Mediziner in einem Kommentarfeld des MitarbeiterInnen-Fragebogens folgende Aussage fest:

„Für eine adäquate Notfallversorgung muss auch in der Nacht ein Dolmetscher erreichbar sein!“

In diesem Zusammenhang betonte ein Mediziner eines Rehabilitationszentrums seine Unzufriedenheit darüber, dass die Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen besonders in den Nachtstunden nicht reibungslos gewährleistet sei, da gerade in diesem Zeitraum gar keine sprachmittelnde Unterstützung zur Verfügung ständen:

„Es muss ja eine Lösung geben, die immer anwendbar ist und auch jedem zumutbar ist. [...] Und das ist meiner Meinung nach des Nächstens derzeit weder der E-Dolmetscher, noch natürlich andere Patienten, oder anderes Personal.“ (Mediziner 22, ZN 428-434)



Abbildung 23: Aufteilung nach Zeitfenster Setting AMBULANZEN

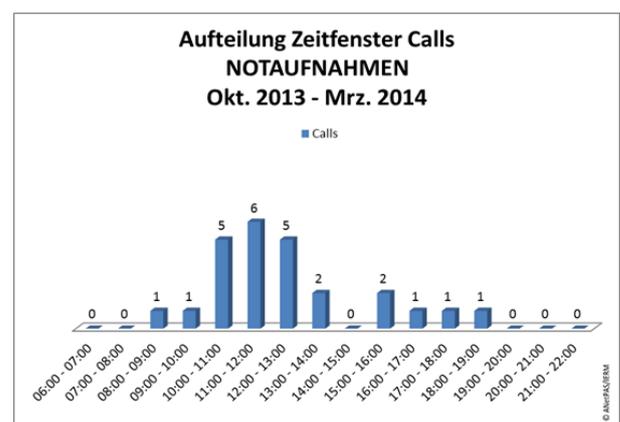


Abbildung 24: Aufteilung nach Zeitfenster Setting NOTAUFNAHMEN

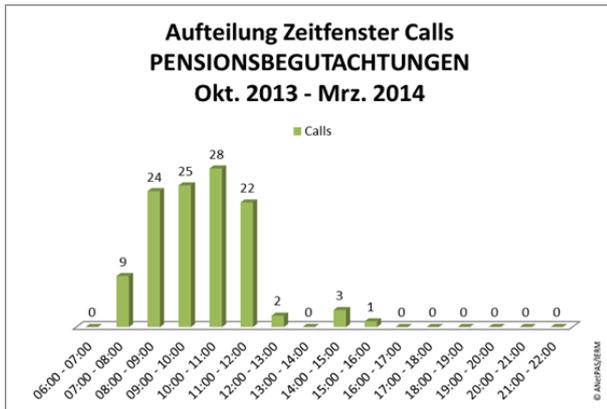


Abbildung 25: Aufteilung nach Zeitfenster Setting PENSIONSBEGUTACHTUNG



Abbildung 26: Aufteilung nach Zeitfenster Setting PSYCHIATRIE

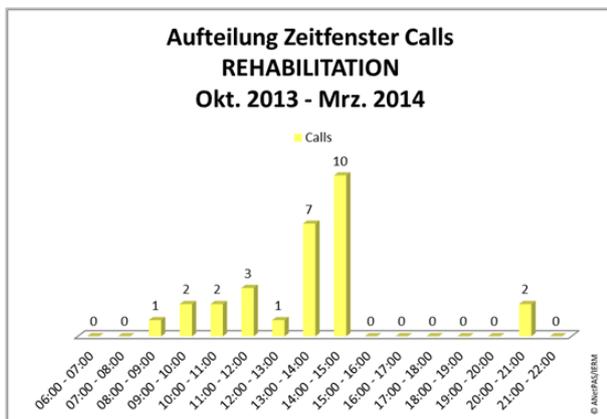


Abbildung 27: Aufteilung nach Zeitfenster Setting REHABILITATION



Abbildung 28: Aufteilung nach Zeitfenster Setting STATIONEN

f) Video-Calls nach Wochentagen und Settings

83 % aller Video-Calls fanden von Montag bis Donnerstag statt, wobei diese sich etwa zu gleichen Teilen (18-23 %) auf diese Wochentage aufteilen. Die Aufteilung der Video-Calls spiegelt somit auch die klassischen Öffnungs- und Bereitschaftszeiten der teilnehmenden Endpunkte beziehungsweise Settings wieder, wohingegen es zum Wochenende hin weitaus weniger Video-Calls gab (Abbildung 29 und 30). Entsprechend wurden nur mehr 14 % der Video-Calls an einem Freitag und sogar nur 3 % der Video-Calls an Samstagen oder Sonntagen geführt.



Abbildung 29: Aufteilung der Video-Calls nach Wochentagen

Wie bereits bei der Darstellung der Video-Calls nach Zeitfenster und Setting (Kapitel 3.4.2.e) sichtbar wurde, konnten auch in Bezug auf die registrierten Video-Calls nach Wochentagen die Settings der Notaufnahme, der Psychiatrie und der Rehabilitation das Videodolmetsch-Angebot gerade für „Randzeiten“ gut nutzen, wo andernfalls keine oder nur unzureichend zufriedenstellende Lösungsmöglichkeiten verfügbar gewesen wären. Insofern konnte der E-Dolmetscher bei gleichzeitig höchster Qualität der Dolmetschleistung insbesondere zur Abdeckung vorhandener Versorgungslücken optimal beitragen.

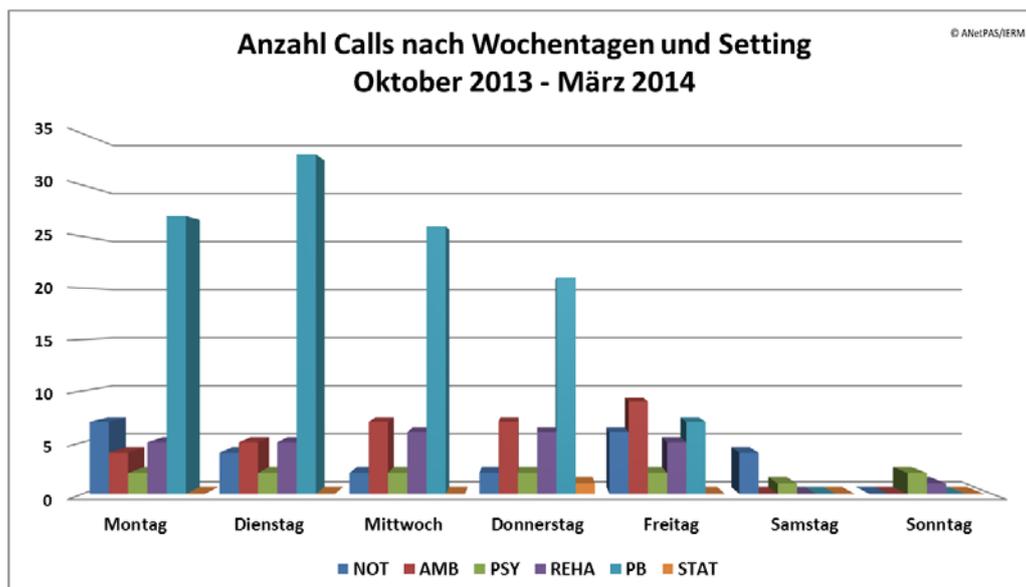


Abbildung 30: Video-Calls nach Wochentagen und Setting

g) Durchschnittliche Dauer der Video-Calls nach Setting

Insgesamt wurde im sechsmonatigen Testzeitraum von Oktober 2013 bis März 2014 3889 Minuten videogedolmetscht. Ein durchschnittlicher Video-Call dauerte 18 Minuten, wobei die Video-Call-Dauer

von Endpunkt zu Endpunkt und abhängig vom jeweiligen Setting stark variierte. So dauerten die Gespräche in den teilnehmenden Notaufnahmen und Ambulanzen im Durchschnitt 10 ½ Minuten, während im Vergleich dazu die Video-Calls im psychiatrischen Setting und der Pensionsbegutachtungsstelle durchschnittlich 21 Minuten in Anspruch nahmen (Abbildung 31).

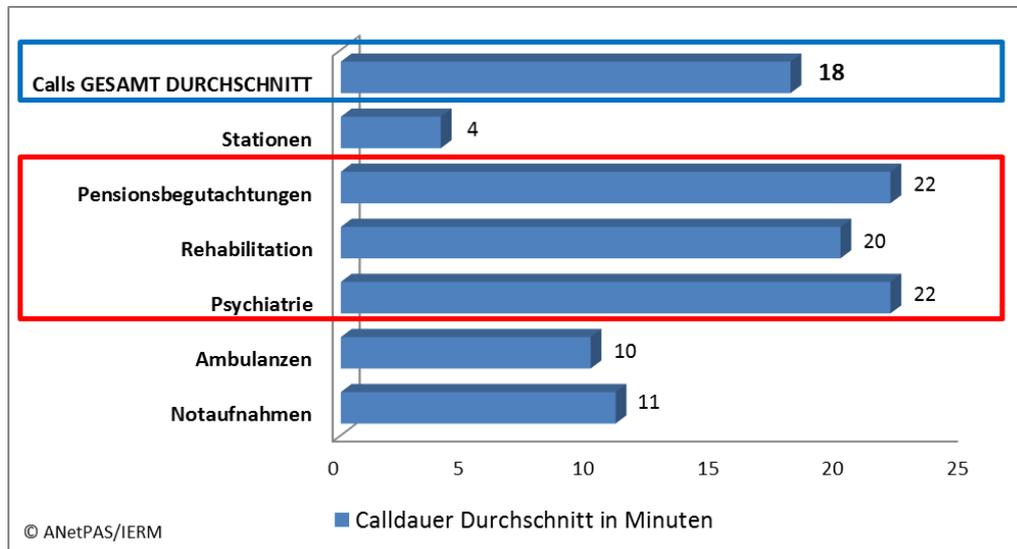


Abbildung 31: Durchschnittliche Dauer der Video-Calls nach Setting

3.4.3. Professionelles (Video-)Dolmetschen im Gesundheitswesen

Der Einsatz professioneller DolmetscherInnen zur qualitätsgesicherten Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen gehört nach wie vor nicht zum Standard im österreichischen Gesundheitswesen. Um im Gesundheitssektor das Bewusstsein für die Notwendigkeit und eine grundsätzliche Legitimation des Einsatzes hochqualifizierter professioneller Dolmetschleistungen voranzutreiben, ist es vorerst notwendig, auf die erforderlichen Qualifikationen zur Ausübung des Dolmetscherberufs genauer einzugehen und diese sichtbar zu machen:

Zunächst muss die grundlegende Unterscheidung zwischen Übersetzen und Dolmetschen festgehalten werden, da diese beiden Berufe beziehungsweise Begriffe fälschlicherweise oft synonym verwendet werden. So liegt der wesentliche Unterschied darin, dass „Übersetzen [...] die schriftliche Übertragung eines Textes [ist], Dolmetschen hingegen die mündliche Übertragung des gesprochenen Wortes“ (Europäische Kommission 2009: 6), weswegen in Folge auch immer von Dolmetschungen in Bezug auf die professionelle Tätigkeit und bei Laien vermehrt die Bezeichnung SprachmittlerInnen verwendet wird.

Die Qualifikation eines professionellen Dolmetschers setzt sich aus einer Reihe von (primär universitär) zu erlangenden Kompetenzen zusammen. Pöchhacker (2000a: 42ff) nennt drei zentrale zu erwerbenden Kompetenzen für professionelle DolmetscherInnen:

Sprachkompetenz, Kulturkompetenz und als wesentlichste der drei Kompetenzen die *translatorische Kompetenz*. So sollte ein professioneller Dolmetscher noch über das Beherrschen von zumindest zwei Sprachen hinaus (Sprachkompetenz) jedenfalls über gute Kenntnisse der betreffenden Kultur und die

damit verbundenen kulturspezifischen Verhaltensweisen sowie deren Bedeutung für die kommunikative Interaktion (Kulturkompetenz) verfügen (Abbildung 32).

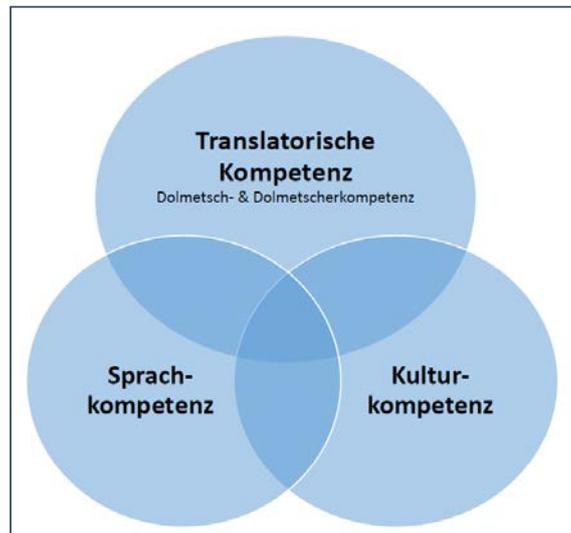


Abbildung 32: Kompetenzmodell professioneller DolmetscherInnen

Vielfach wird die Befähigung zur (professionellen) Ausübung des Dolmetscherberufs mit dem Vorhandensein dieser ersten beiden Kompetenzen als ausreichend bewiesen erachtet. Jedoch besteht die eigentliche Qualifikation zum professionellen Ausüben des Berufs in der letztgenannten zu erwerbenden Kompetenz, nämlich der translatorischen Kompetenz, welche „[...] auf Sprach- und Kulturkompetenz aufbaut und vor allem auch den kognitiven und sprachlichen Umgang mit dem jeweiligen Wissensgebiet, Sachgebiet oder Gegenstand der Kommunikation miteinschließt“ (Pöchhacker 2000a: 44). Die translatorische Kompetenz setzt sich also einerseits aus der Dolmetschkompetenz – der „Fähigkeit zur Übertragung von Kommunikationsinhalten“ (ebd.) – und andererseits aus der Dolmetscherkompetenz – der Fähigkeit, „sich in gegebener Dolmetschsituation sowie auch davor und danach (Prä-/Postinteraktion) fachgerecht („professionell“) zu verhalten“ – zusammen (ebd.).

Die translatorische Kompetenz ermöglicht DolmetscherInnen die genaue und vollständige Wiedergabe aller Äußerungen, eine zusammenfassende Wiedergabe erfolgt nur in Absprache mit den Gesprächsparteien. Gespräche können also nahezu wortwörtlich im Sinne einer „Stimme des jeweils anderen“ in der 1. Person wiedergegeben werden, „während die LaiendolmetscherInnen meistens die 3. Person, häufig in Verbindung mit Berichtsverben („sie sagt“) verwenden“ (Menz 2011: 231). Diese Kompetenz ermöglicht es, dass die Äußerungslänge beliebig sein kann, da der Dolmetscher bei konsekutiv gedolmetschten Gesprächen von einer im Studium antrainierten Notizentechnik nach Bedarf Gebrauch machen kann, um diese Aufgabe problemlos zu meistern. Jedoch gilt: Kürzere Äußerungen begünstigen jedenfalls die direkte Interaktion zwischen den Gesprächsparteien.

Ein weiteres wesentliches Erkennungsmerkmal eines professionellen Dolmetschers besteht darin, dass dieser keinerlei Äußerungen persönlicher Meinung, Kommentare oder Einschätzungen betreffend die Gesprächsinhalte oder Kommunikationspartner macht sowie den Grundsatz der Unparteilichkeit verfolgt. Zudem ist ein im Rahmen eines universitären Masterstudiums professionell ausgebildeter

Dolmetscher unter anderem problemlos in der Lage, für die Dolmetschtätigkeit sein Fachvokabular permanent zu erweitern (Pöchhacker 2000a: 58ff).

In den durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass das befragte Gesundheitspersonal zwar von Rolle, Funktion und damit verbundener Qualifikation eines professionellen Dolmetschers eine vage Vorstellung hatte, diese sich allerdings doch in den Kernbereichen vom klassischen Profil eines universitär ausgebildeten Dolmetschers unterschied.

„Was ein professioneller Dolmetscher ist? Also, ähm, - das ist eine gute Frage, ein professioneller Dolmetscher ist einer, der [lacht etwas] also unabhängig von seiner Qualifikation, was das Studium angeht, sage ich jetzt einmal so, ähm, muss er der Sprache sehr gut mächtig sein einfach, ähm, und zwar beider Sprachen, das ist noch was ganz Wichtiges, also, ja Deutsch und halt der Muttersprache des Patienten, ähm, optimaler Weise eine Bildung in Richtung medizinischer Fachbegriffe wäre für mich wichtig. Das sind für mich eigentlich die wichtigsten Sachen, ja.“ (Mediziner 8, ZN 112-117)

Die vorherrschende Schwerpunktsetzung auf die Sprachkompetenz eines Dolmetschers als zentrales und scheinbar ausreichendes Qualitätskriterium wurde dabei gut sichtbar. So gaben 70 % der Befragten der Fragebogenerhebung (n= 144) das perfekte Beherrschen beider Sprachen und 62 % das Vorhandensein eines umfangreichen Fachvokabulars als ihnen wichtig erscheinende Aspekte beim Einsatz eines professionellen Dolmetschers an. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass in der Wahrnehmung der befragten Personen das Absolvieren einer professionellen (universitären) Ausbildung als nur sehr geringfügig wichtig beurteilt wurde (28 %) (Abbildung 33).

Diese Haltung spiegelte sich auch in den Aussagen der InterviewpartnerInnen wieder; so antwortete zum Beispiel eine Mitarbeiterin der Pflege auf die Frage, ob eine fehlende universitäre Ausbildung bei DolmetscherInnen ihrer Meinung nach Einfluss auf die Qualität und Art der Übersetzung nimmt, wie folgt:

„Dass der Dolmetscher eine universitäre Ausbildung [braucht]? Das glaube ich nicht, dass man dazu eine universitäre Ausbildung braucht. [...] Ja, mit gewissen Schreibkräften, die medizinische Texte schreiben müssen, die haben ja auch keine universitäre Ausbildung.“ (Pflege 33, ZN 270-274)

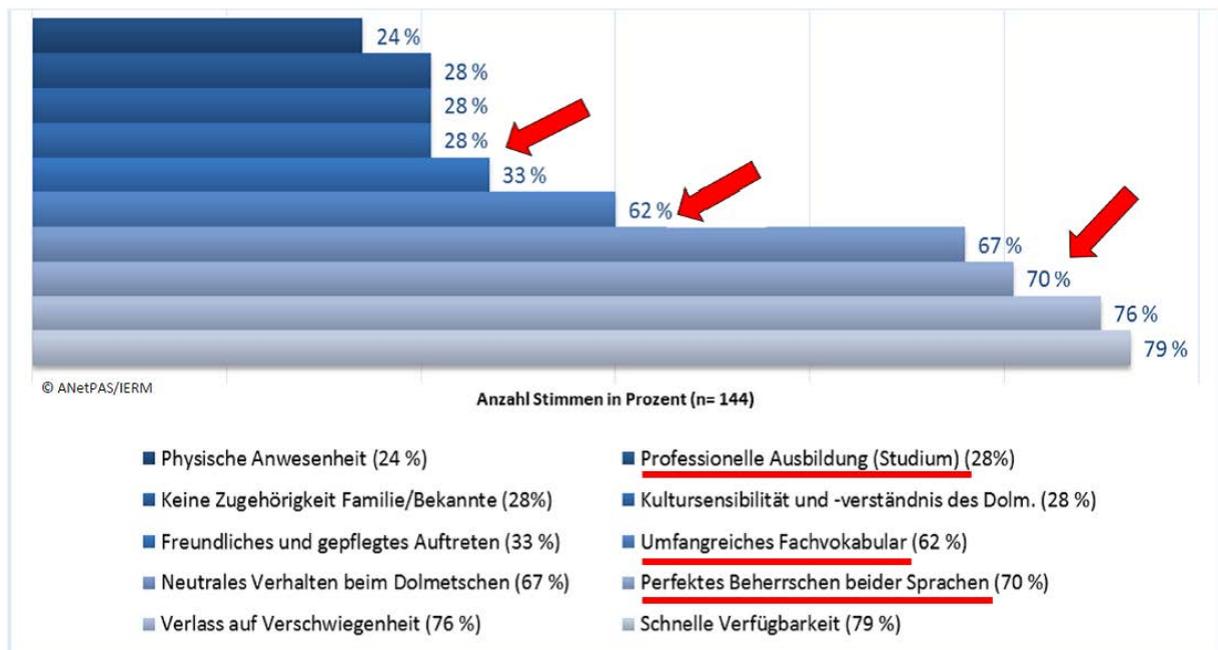


Abbildung 33: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – Kompetenzen & Qualifikation

In folgendem Zitat wird zusätzlich deutlich, dass aus der Perspektive des Mediziners das Dolmetschen von Gesprächen keine tiefere Komplexität innehat und für den Interviewpartner auch keine besondere Qualifikation oder sonstige Kompetenz dazu erforderlich ist außer jener der Sprachkompetenz, über welche Angehörige ebenfalls zu verfügen scheinen:

„Nicht so wichtig. [...] Weil der Patient selber ist ja kein Profi und ich will es ihm ja in seinen Worten sagen. Da brauche ich ja keinen Profi dazu. Das kann seine Frau, oder wer auch immer auch machen.“ (Mediziner 22, ZN 517-526)

Die Aussage des Mediziners ist auch insofern interessant, als hier eine Unterscheidung in der Art der Informationsübermittlung durch den Arzt sichtbar wird. Der Arzt scheint sich dessen bewusst zu sein, dass er im Patienten einen medizinischen Laien gegenüber hat und deshalb darauf zu achten ist, keine komplizierte Fachsprache zu verwenden. Dabei macht er deutlich, dass professionelle DolmetscherInnen nur zu bestimmten, als ‚komplexer‘ empfundenen Gesprächen herangezogen werden – sofern die Option, einen professionellen Dolmetscher zu bestellen, in den jeweiligen Häusern überhaupt gegeben ist. Demnach würde dies beispielsweise Situationen betreffen, in welchen die zu vermittelnden Gesprächsinhalte aus Sicht des Personals einen so hohen Grad an Brisanz und Wichtigkeit der Vollständigkeit und Korrektheit der Information erreicht hätten, sodass die erforderlichen Sprachkompetenzen der Angehörigen (also auch das spezifische Fachvokabular) als überschritten angenommen würden. Dies bestätigte auch ein weiterer Mediziner in seiner Aussage:

„Naja, wenn es wirklich, sage ich einmal, sehr, sehr komplexe, lange Themen sind, weiß ich nicht, dass, wenn jetzt wirklich Gespräche sind, die länger als Viertelstunde sind, oder so etwas, ja und wo jetzt wirklich sehr, sehr komplexe Sachen – das irgendwo vielleicht diskutiert werden, das ist glaube ich dann wichtig, mhm.“ (Mediziner 34, ZN 599-602)

Ein weiterer, im oberen Zitat beinhalteter interessanter Aspekt ist das gut sichtbar gewordene Rollenverständnis des Arztes von einem professionellen Dolmetscher. Häufig verstanden die Befragten den Dolmetscher als Übersetzer im doppelten Sinn: So wurde vom Dolmetscher erwartet, dass dieser das „Fachchinesisch“ des Mediziners selbständig auf das Wesentliche hinunterbricht, umwandelt und den Sachverhalt in für den Patienten verständlicher Form in dessen Muttersprache erklärt. Da die Reduktion komplexer medizinischer Informationen auf eine vermeintlich einfacher verständliche Sprache jedoch nicht im Tätigkeits- und Verantwortungsbereich eines professionellen Dolmetschers liegt, ist die Zuschreibung dieser Aufgabe als höchst problematisch anzusehen. Zudem verdeutlicht diese Forderung einmal mehr das fehlende Wissen um den Beruf des professionellen Dolmetschers und die mangelnde Erfahrung im Umgang mit professionell gedolmetschten Gesprächen.

Ein erhöhtes Problembewusstsein bezüglich laiengedolmetschter Gespräche und der Komplexität von Dolmetschungen wiesen hingegen jene interviewten MitarbeiterInnen auf, welche selbst über Migrationshintergrund verfügten und daher eine andere Muttersprache hatten. Die eigene Migrationserfahrung und das Erleben von Sprachbarrieren trugen zu diesem erhöhten Bewusstsein für die Notwendigkeit und Wertschätzung professioneller Ausbildung sowie der Problematik von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen maßgeblich bei. Die untenstehenden drei Zitate verdeutlichen dieses erhöhte Bewusstsein sehr gut:

„Also nur weil ich sehr gut, oder nur weil ich gut Englisch kann, heißt das nicht, dass ich das medizinische Englisch beherrsche. – Das ist eine Zusatzhürde. Ich bin in Schweden aufgewachsen, ähm, und habe dann dort jahrelang später auch gearbeitet und konnte also perfekt schwedisch und habe dann plötzlich im medizinischen Bereich arbeiten müssen und das war wie eine neue Sprache für mich. [...] Es ist so. Also es ist, nur wenn wer die Alltagssprache gut beherrscht, heißt das nicht, dass er ein medizinisches Gespräch gut übersetzen kann. Da merkt man auch immer, wie die Dolmetscher, das habe ich auch gemerkt, bei den E-Dolmetschern, dass sie immer wieder gefragt haben, ja und da, wie soll ich das übersetzen, ja.“ (Mediziner 21, ZN 456-460)

„Weil ich denke mir, ein professioneller Dolmetscher weiß ganz genau, wie er dolmetschen, also ich, ähm, - ich spreche auch eine andere Sprache, aber ich kann mich jetzt nicht als ein, ich denke mir, ich bin jetzt nicht auf dem gleichen Level wie ein professioneller Dolmetscher, vielleicht im medizinischen Bereich, ja dann schon, aber - sehe ich jetzt mich nicht so. – Zum Beispiel, wenn ich jetzt auf Englisch übersetze, habe ich sicher nicht in der gleichen Qualität wie ein, wie ein Dolmetscher der die englische Sprache wirklich gut kann. Das meine ich jetzt damit. [...] Weil Vokabular einfach auch fehlt, ja. Und von der Satzzusammensetzung und – oder manchmal auch dieses simultane, also ich merke das selber, dass ich manchmal hänge und nicht weiß, wo ist das jetzt entsprechende Wort, das fehlt mir dann.“ (Medizinerin 20, ZN 331-342)

„Naja, das weiß man nicht natürlich wie, ich weiß selber, ich spreche auch polnisch, dass man, - auf Polnisch übersetzt ist es auch, man kennt die Sätze nicht auf Polnisch, was man da und schnell übersetzten ist nicht einfach, also, – mmh, Hut ab von den professionellen Dolmetschern, weil ich kann fließend polnisch, also ich bin, meine Muttersprache ist polnisch, aber wenn ich da

manchmal geholt werde, das ist wirklich schwer. Natürlich ich habe Krankenpflegeschuldiplo in Deutsch gemacht, deswegen auf Polnisch kenne ich manche Wörter gar, manche Wörter gar nicht, oder das entsprechende. Deswegen verstehe ich, dass es nicht so einfach ist.“ (Pflege 15, ZN 370-376)

Wie bereits erwähnt, stellen hausinterne medizinische und allgemeine MitarbeiterInnen neben den Angehörigen der PatientInnen in Österreich die häufigste Lösungsstrategie dar. Da diese MitarbeiterInnen in der Regel nicht zur Erbringung von Übersetzungsleistungen angestellt wurden, übernehmen diese die Tätigkeit häufig aus reiner Gefälligkeit oder aus Pflichtbewusstsein. Dass sie eigentlich nicht dafür qualifiziert sind, ist einem Großteil, im Gegensatz zu den oben zitierten fremdsprachigen InterviewpartnerInnen, oftmals gar nicht bewusst.

Dies bringt Pöchlhammer (2009) auf den Punkt, wenn er beschreibt, dass im Rahmen einer Qualifizierungsmaßnahme für MitarbeiterInnen, die regelmäßig als ÜbersetzerInnen herangezogen werden, „sich einige nicht vorstellen [konnten], wozu sie 16 Tage lang etwas lernen sollten, was sie ohnehin schon praktizierten“ (ebd. 2009: 121). In einem der Qualifizierung vorgelagerten Auswahlverfahren, in welchem die InteressentInnen eine schriftliche und mündliche Sprachkompetenzprüfung in Deutsch und ihrer Muttersprache absolvieren mussten, wurde allerdings festgestellt, dass bei gut der Hälfte dieser Personen gravierende Ausdrucks- und Verständnisschwierigkeiten vorlagen. Ernüchternd dabei war, dass dies ebenso Personen betraf, welche in ihrer Bewerbung angegeben hatten, bereits seit Jahren und nahezu täglich Dolmetschtätigkeiten an ihrem Dienstort auszuüben. Dies zeigt, dass Personen, die sich bereits seit längerem im Migrationsland aufhalten, oft gar nicht über mehr oder noch nicht über entsprechende Sprachkompetenzen verfügen, um komplexe Dolmetschungen in entsprechender Qualität durchführen zu können.

Ein weiteres, durch Studien (beispielsweise Alpers/Hanssen 2010) bereits bekanntes und von den InterviewpartnerInnen immer wieder betontes Bedürfnis beim Einsatz eines Dolmetschers ist das nach medizinischem Fachvokabular, was sich auch in nachfolgender Aussage eines Mediziners widerspiegelte. Zudem ist der mit dem Beherrschen des Fachvokabulars verbundene Wunsch nach medizinischem Hintergrundwissen heraushörbar:

„Ahm – gar nicht SO wichtig. Also er muss halt die Sprache gut können und medizinisch ein bisschen etwas wissen oder halt einfach das Fachvokabular oder, mmh, ja. Also da ist mir das egal, ob der auf der Uni war und das dort gelernt hat oder sonst irgendwie, es geht einfach darum die Sprache gut zu beherrschen.“ (Mediziner 10, ZN 471-474)

Die InterviewpartnerInnen wünschten sich, dass der herangezogene Dolmetscher auch über medizinisches Hintergrundwissen und im besten Fall über eine rudimentäre medizinische Ausbildung verfüge. Das Wissen über interne Abläufe und Insiderwissen zu medizinischem Betrieb sowie den dahinterliegenden Intentionen einer Behandlung wurde von den Befragten als Arbeitserleichterung und Beitrag zum Erhalt des Arbeitsablaufes gesehen und daher als höchst wünschenswerte und erforderliche Qualifikation betont. Insofern war es auch nicht überraschend, dass gerade die

Angehörigen der Gesundheitsberufe in ihrer Funktion als SprachmittlerInnen diesbezüglich als sehr positiv bewertet wurden. Dieser gemeinsame Habitus¹³ der Angehörigen der Gesundheitsberufe sollte sich demnach auch in Kenntnissen des fachspezifischen Vokabulars widerspiegeln (Alpers/Hanssen 2010: 5). Besonders im Setting Psychiatrie wurde das Bedürfnis nach Insiderwissen über die Intentionen einer Maßnahme und eines solchen gemeinsamen Habitus geäußert, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Der einzige Unterschied, der möglicherweise beim Personal – der Vorteil ist, dass die halt ein, dass die medizin-, zum Teil zumindest, medizinisch auch gebildet sind und - und gewisse Hintergedanken, die hinter einer Frage stehen ahm - - bereits wissen und kennen und dann gezielt nachfragen, ahm, und das ist bei dem professionellen Dolmetscher jetzt wurscht [Anm. TR: egal], ob ich oder oder jemand der hereinkommt. Ahm - denen fehlt das [...] [dass sie] genau wissen, was ich mit der Frage bezwecke, und wenn sie nicht richtig beantwortet wurde oder wenn, wenn ein wichtiger Teilaspekt ausgelassen wurde, dass die dann von sich aus gezielt nachfragen. [...] Und so müsste, muss ich das dann nochmal machen.“ (Mediziner 16, ZN 509-527)

Insgesamt, so lässt sich aufgrund der Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebung feststellen, war das Wissen über den Beruf des professionellen Dolmetschers und seines Berufsprofils nur lückenhaft vorzufinden. Hinzu kam vielfach ein fehlendes Problembewusstsein für den Einsatz von LaiendolmetscherInnen (Angehörige der Gesundheitsberufe).

Die Erwartungshaltung der Angehörigen der Gesundheitsberufe an DolmetscherInnen tendierte auch oftmals zur Übernahme einer eigenständigen medizinischen Assistenzfunktion wie beispielsweise autonomen Erklären/Übersetzen von Fachbegriffen oder Übernahme der Assistentenrolle zum selbständigen Durchführen der Sozialanamnese und dergleichen. DolmetscherInnen berichteten uns, dass sie sich vereinzelt in schwierigen Situationen wiederfanden, in welchen sie mit falschen Rollenbildern konfrontiert waren und von ihnen die Übernahme von rollenfremden Funktionen erwartet wurde.

Entsprechend können diese unterschiedlichen Erwartungshaltungen immer wieder zu schwierigen Situationen in der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und professionellen DolmetscherInnen führen. Dies verdeutlichte sich besonders in den vorherrschenden Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdzuschreibung im Rollenbild der DolmetscherInnen.

¹³ Definition Online Duden: „Auf einer bestimmten Grundeinstellung aufgebautes, erworbenes Auftreten; Haltung, Benehmen, Gebaren“, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Habitus#Bedeutung1b> [abgerufen am 27.01.2015]; siehe dazu auch Pierre Bourdieu (1987).

3.4.4. Videodolmetschen im Gesundheitswesen – der E-Dolmetscher auf dem Prüfstand

a) Nähe-Distanz-Verhältnis

Eines der zentralen Grundprinzipien des Dolmetscherberufs ist das Prinzip der Unparteilichkeit und Neutralität. Da jede Gesprächspartei den Dolmetscher tendenziell seiner Seite mehr verbunden oder diese als Fürsprecher der eigenen Interessen sehen könnte, ergibt sich mitunter ein erhöhtes Risiko für Spannungen in der medizinischen Gesprächssituation. Umso wichtiger ist es daher, sich der potentiell auftretenden Herausforderungen triadischer und insbesondere gedolmetschter Gespräche bewusst zu sein¹⁴.

Aus Sicht der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe wurde, neben den in Kapitel 3.4.3. bereits diskutierten Aspekten, besonders die geringere Befangenheit und höhere emotionale Distanziertheit des professionellen Dolmetschers im Vergleich zu fremdsprachigen MitarbeiterInnen oder Angehörigen als SprachmittlerInnen betont.

„Mir kommt vor, die Professionellen können sich besser abklären, also vom Inhalt, vom, wenn es um schlechte Nachrichten geht. – Die lassen das nicht so sehr an sich herankommen, wie Leute, die das, ähm, semiprofessionell machen.“ (Mediziner 21, ZN 413-415)

„Was dann bei Hauspersonal teilweise schwierig ist, die sich dann doch emotional irgendwie involvieren, oder dann ja ganz einfach ihre Grenzen überschreiten und das ist denke ich auch aufgrund der Ausbildung, wo wir wissen, das sind einfach geschulte Dolmetscher in dem Sinn nicht anzunehmen ist und auch der Eindruck so war.“ (Mediziner 17, ZN 215-218)

Die Einschätzung der von den Befragten erwarteten höheren Distanziertheit und Neutralität von professionellen DolmetscherInnen im Vergleich zu Laien als SprachmittlerInnen ist auch in untenstehender Abbildung 34 gut sichtbar. 76 % der Befragten gaben demnach den Verlass auf die Verschwiegenheit und 67 % ein neutrales Verhalten bei einer Dolmetschung als ihnen wichtige Aspekte beim Heranziehen eines Dolmetschers an. Dem gegenüber gaben 28 % an, dass ihnen die Distanz des Dolmetschers zum Familien- oder Bekanntenkreis wichtig wäre (Abbildung 34).

Hadziabdic und Hjelm (2014: 52) führten dazu an, dass professionelle DolmetscherInnen häufig für PatientInnen als *spokes person* fungieren, welche ihnen das Vertrauen und die Möglichkeit geben, Gefühle und Schmerz in ihrer Muttersprache zu beschreiben. Deswegen scheint es auch naheliegend, dass für PatientInnen Gender, Alter, Herkunft und religiöse sowie politische Ansichten der DolmetscherInnen durchaus eine Rolle spielen.

„Die Leute haben sich auch entspannt, als quasi der Landsmann, oder Landsfrau am Schirm aufgetaucht ist und in der Landessprache begrüßt hat und man merkt richtig, wie die Leute sich entspannen und – Angst abgebaut wird.“ (Mediziner 21, ZN 671-619)

¹⁴ Zur Besonderheit des Trialogs und der sich verschiebenden Gesprächsbalance bei gedolmetschten Gesprächen siehe auch Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2011: 67ff).

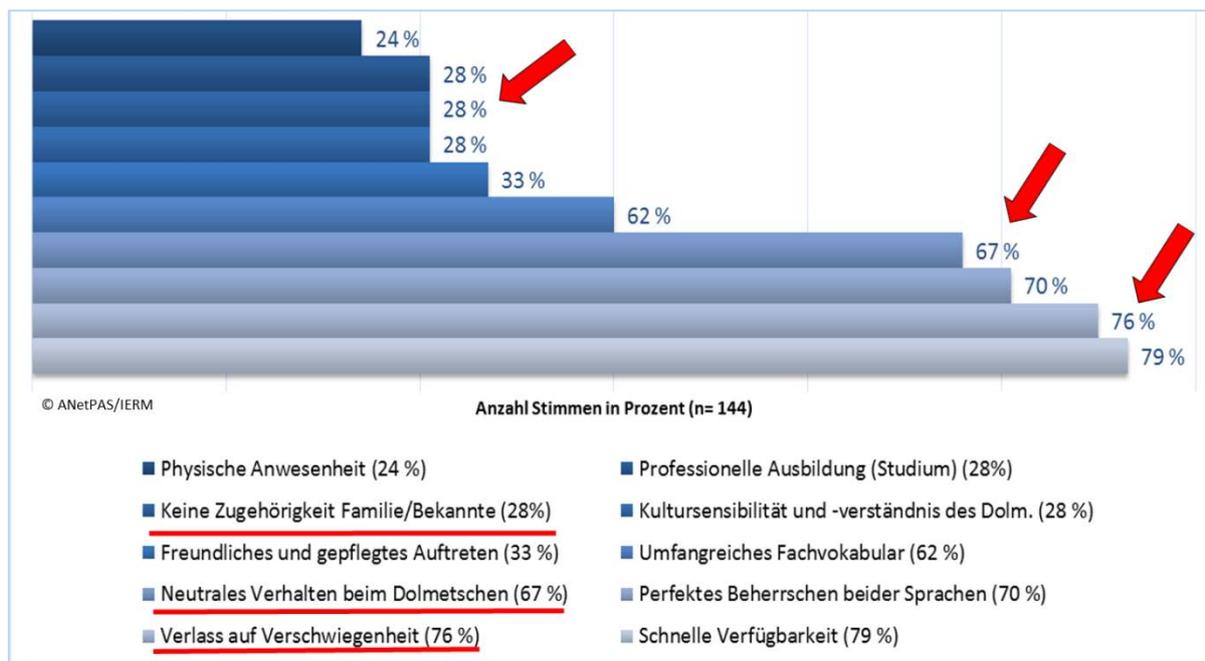


Abbildung 34: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – Nähe-Distanz-Verhältnis

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde versucht, dem Gender-Aspekt insofern Rechnung zu tragen, als in jeder Sprache sowohl männliche als auch weibliche DolmetscherInnen im Team zur Verfügung standen. Im Testzeitraum wurde von den DolmetscherInnen berichtet, sie hätten immer wieder das Gefühl gehabt, dass in bestimmten intimen Untersuchungssituationen bei den PatientInnen Scham aufgrund unterschiedlichen Geschlechts spürbar gewesen sei. In Situationen wie diesen wurde die im E-Dolmetscher integrierte Funktion des Privacymodus sowohl von Seiten der DolmetscherInnen als auch von Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe genutzt. Zudem bemühten sich die DolmetscherInnen, im Zusammenhang mit den geplanten Dolmetschungen der Pensionsbegutachtungen den Gender-Aspekt insofern zu berücksichtigen, als dass sie die vorangekündigten Dolmetschungen der PensionswerberInnen nach personeller Möglichkeit dem Geschlecht passend untereinander aufteilten.

Bei PatientInnen gibt es, bedingt durch das erhöhte Gefühl der ethnischen Verbundenheit, oft den Wunsch nach möglichen Hilfestellungen durch den Dolmetscher, etwa durch Erklären von Dingen im Zuge der medizinischen Behandlung, die vom Patienten nicht verstanden wurden (Hadziabdic/Hjelm 2014: 55). Dieses Bedürfnis der PatientInnen wurde auch von den im Pilotprojekt beschäftigten DolmetscherInnen wahrgenommen. Gerade diesbezüglich spielte das durch den E-Dolmetscher veränderte Nähe-Distanz-Verhältnis für die DolmetscherInnen eine wichtige Rolle, auf welches noch in Kapitel 3.4.5. kurz eingegangen werden soll.

Der Einsatz des E-Dolmetschers bedeutete gleichzeitig auch für das involvierte Gesundheitspersonal eine Veränderung gewohnter Gesprächssituationen. So wurde beispielsweise die physische Abwesenheit des Dolmetschers von den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe tendenziell als wenig störend bewertet. Das zeigte sich auch in der quantitativen Erhebung, in welcher die physische Anwesenheit eines Dolmetschers als nur geringfügig wichtig bewertet wurde (24 %) (Abbildung 35).

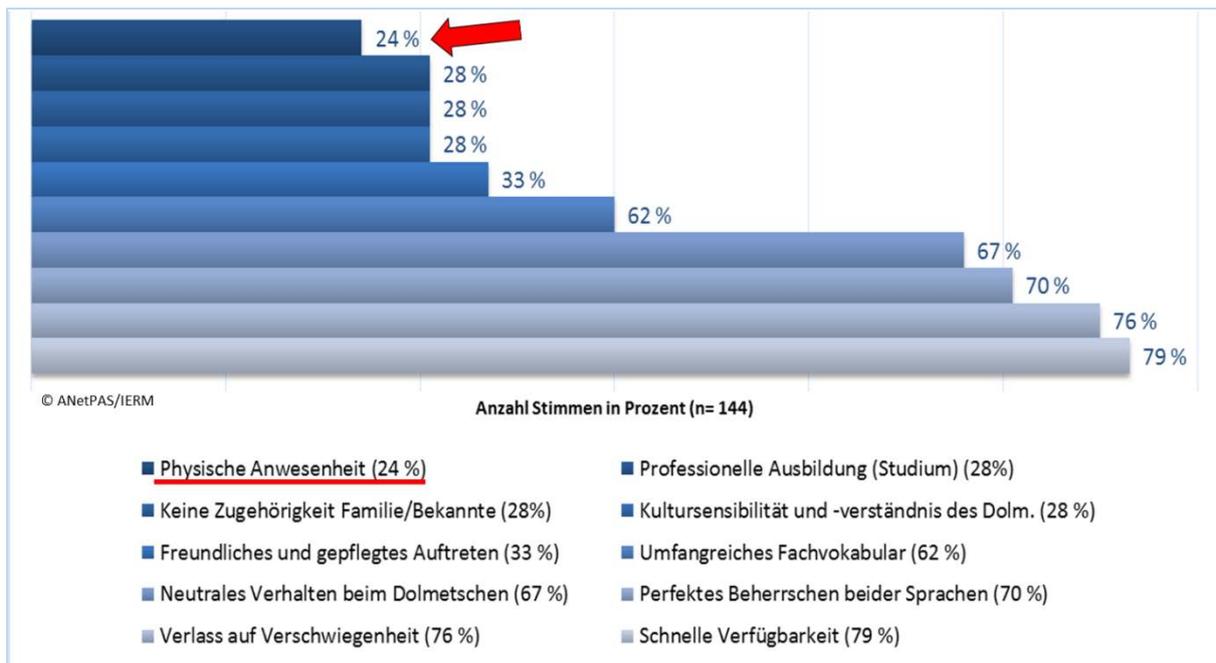


Abbildung 35: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – physische Anwesenheit

Besonders von Bedeutung waren für viele MitarbeiterInnen der Prozess des gegenseitigen Vertrautmachens mit dem neuen Tool und das Gewöhnen an die veränderte Gesprächssituation und Sitzkonstellation.

„Wie gesagt, ein bisschen gewöhnungsbedürftig, weil es einfach so ungewohnt ist, ich mein, es sitzt wohl eh jemand da, der in Wirklichkeit DA ist, wenn man so will, aber örtlich halt wo anders ist, und man sieht dann auch, wenn sie dann gestikulieren, von dem her ist es eh FAST so wie ein normales Gespräch, ja. Aber wie gesagt, es ist einfach, es ist eine Nuance anders halt, nein.“
(Medizinerin 4, ZN 267-270)

Eine Medizinerin berichtete, dass sich durch den Einsatz des E-Dolmetschers eine Veränderung der gewohnten Sitzkonstellation ergeben hatte. Dies betraf vor allem MitarbeiterInnen von jenen Endpunkten, wo aufgrund räumlicher Gegebenheiten eine für die Sitzkonstellation optimale Positionierung des E-Dolmetschers – nämlich in einer Art Dreieck – nicht möglich war. So war beispielsweise in einem der Endpunkte die Verwendung des E-Dolmetschers direkt im Behandlungsraum technisch nicht möglich gewesen, weshalb zur Nutzung in einen separaten Raum gewechselt werden musste. Die durch Platzmangel bedingte Positionierung des E-Dolmetschers erforderte allerdings, dass die beiden Gesprächsparteien (Mediziner und Patient) frontal zum Gerät Platz nehmen mussten und während der Dolmetschung keine optimale Dreiecksituation mit dem Dolmetscher möglich war. So berichtete eine Medizinerin über die wahrgenommene Veränderung und verglich diese mit der ihr bisher vertrauten Sitzkonstellation:

„[...] diese Position ist halt ein bisschen anders hier, das war so, wir sind beide vor dem Bildschirm gesessen, ja, also das war eigentlich ein neben, also ein, ähm, in der Gyn-Ambulanz, oder egal wo die Aufklärung ist, ist es so, dass man halt dann sich gegenüber sitzt, also dass man zur

Patientin schauen kann und DA war es so, dass wir nebeneinander gesessen sind und der Videodolmetscher ist so quasi unser Gegenüber gewesen.“ (Medizinerin 20, ZN 667-672)

Eine andere Medizinerin berichtete auch darüber, dass die Verwendung des E-Dolmetschers eine Anpassung der gewohnten Sitzkonstellation erforderte, um dem Dolmetscher eine optimale Sicht zu ermöglichen:

„Und es ist ja wirklich einfach zu bedienen, also das ist ja keine Hexerei, also eine Einschulung brauchst du eigentlich nicht wirklich, finde ich. Ahm, das einzige, was ein bisschen schwierig war, war die Positionierung. Also da hat man sich ein bisschen – ja, einüben müssen, ja, dass man, ahm, also dass der Dolmetsch uns im Bild gehabt hat, weil das war ihnen wichtig. Ich meine, das verstehe ich, dass sie beide gesehen haben, und da haben wir ein bisschen herusrücken müssen, und bis wir dann die Distanz irgendwie abgeschätzt-, also, ja, gefunden haben, das hat ein bisschen gedauert, aber so war das sonst okay, ja.“ (Medizinerin 4, ZN 291-298)

Die Aussage der Medizinerin „weil das war ihnen wichtig“ verweist auf eine Beobachtung, welche die im Projekt tätigen DolmetscherInnen ebenfalls gemacht hatten. Sie berichteten, dass es in manchen Settings immer wieder zu leichten Spannungen zwischen den zugeschalteten DolmetscherInnen und den Angehörigen der Gesundheitsberufe gekommen war. Die DolmetscherInnen hatten die an der Dolmetschung beteiligten Personen teilweise mehrmals bitten müssen, den E-Dolmetscher so zu verschieben, dass eine für die DolmetscherInnen in der Dolmetschung optimale Positionierung (Dreieckspositionierung) gefunden worden war. Das gestaltete sich zeitweise sehr schwierig, da dies vereinzelt auf Unmut stieß und von den Angehörigen der Gesundheitsberufe als zeitraubende und unnötige Unterbrechung und Verzögerung empfunden wurde. Die DolmetscherInnen mussten entsprechend abwägen, ob trotz suboptimaler Positionierung – also wenn beispielsweise nur der Arzt oder der Patient im Bild waren oder diese im Bild nur abgeschnitten zu sehen waren – die Durchführung der Dolmetschung in vertretbarer Qualität möglich war oder ob das erneute Hinweisen und Bitten der GesprächspartnerInnen zu unverhältnismäßig mehr Spannungen geführt hätte.

Klar wurde allerdings, dass den Angehörigen der Gesundheitsberufe die im Rahmen der Einschulungen kommunizierte, für eine optimale Kommunikationssituation geeignete Positionierung des E-Dolmetschers zwar bekannt war, sie jedoch der Umsetzung nicht die gleiche Wichtigkeit beimaßen wie die DolmetscherInnen. Dadurch entstand auf Seiten der DolmetscherInnen eine gewisse Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft der Angehörigen der Gesundheitsberufe, weil nur diese ihnen die Positionierung ermöglichen konnten, die sie für die optimale Ausübung ihrer *remote* durchgeführten Tätigkeit benötigten.

Zur näheren Auseinandersetzung hinsichtlich der Wichtigkeit von non-verbaler Kommunikation – gerade in gedolmetschten Gesprächen – soll an dieser Stelle weiterführend auf den Beitrag von Felgner (2009) verwiesen werden. In Kapitel 3.4.4.d wird zudem noch näher auf die von den Angehörigen der Gesundheitsberufe berichteten Erfahrungen mit dem E-Dolmetscher und der damit verbundenen Wichtigkeit von Audio und Video eingegangen werden.

Wie eine Mitarbeiterin der Pflege erzählte, war der Einsatz dieses neuen Tools für sie und ihre KollegInnen auch mit einer gewissen anfänglichen Unsicherheit in Bezug auf die dadurch entstandene neue und unbekanntere Situation verbunden:

„I: Wie war das für Sie eigentlich, dass der Dolmetscher nicht physisch im Raum war?“

S: - Also am Anfang ungewohnt wie wir die ersten Probesachen gemacht haben und selber mit ihm gesprochen haben. WIR haben dann – ich glaube da wart ihr nicht mehr da – wir haben ihn mal eingeschaltet [...] einmal (S und I lachen ein wenig) und haben der Dame, mit ihr gesprochen und haben ihr mal gezeigt wo sie da ist. (I lacht) Und sind mit dem Bildschirm durch die ganze (.) Wir haben ihr JEDEN Raum gezeigt! [...] Und damit haben aber glaub ich wir auch unsere Unsicherheit verloren.“ (Pflege 24, ZN 995-1009)

Das Bedürfnis der MitarbeiterInnen, sich mit der Video-Dolmetscherin vertraut zu machen, indem sie der ihnen fremden und physisch nicht (be-)greifbaren Person die gesamte Station gezeigt hatten, verdeutlicht sehr gut die Vielschichtigkeit zwischenmenschlicher Begegnungen und ihre für uns im Alltag oft unbemerkt stattfindenden Prozesse der Intimitätsherstellung. Die Erzeugung eines Gefühls von Intimität in Gesprächssituationen spielt zudem in manchen Settings eine bedeutendere Rolle als in anderen. Dazu zählt beispielsweise das Setting der Psychiatrie, wie folgendes Zitat einer Ärztin verdeutlicht:

„Ja, und natürlich möchte ich die Untersuchungssituation so gestalten, dass die halbwegs für alle Beteiligten erträglich ist, ja. Weil ich meine, es ist natürlich schon immer, oder oftmals eine schwierige Situation. Ich mein, die meisten kommen mit großen Ängsten daher, oft sehr angespannt und – aggressiv, aber meistens ist es Angst, ja, ja. Und die Gesprächsführung ist dadurch oft erschwert, weil einfach die Emotionen so – ja, hochkochen (lacht ein wenig), sagen wir einmal so. [...]“ (Medizinerin 4, ZN 913-917)

Das Herstellen einer intimen Gesprächsatmosphäre spielt auch bei der Rehabilitation eine wichtige Rolle. Für einen befragten Arzt stellte der E-Dolmetscher jedenfalls eine Barriere dar, welche die Herstellung von Intimität eher hemmte, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Ich kann mit dem kein psychologisches Gespräch führen, wo es auch um ganz viel nonverbales geht, in einem Zimmer zu sitzen, wo man sich auch einem Menschen auch mit seinen größten Ängsten anvertrauen kann und da ist ein technisches Gerät natürlich fehl am Platz.“ (Mediziner 22, ZN 860-863)

Im Zuge der PatientInnen-Fragebogenerhebung gaben zudem 30 % der Befragten (n= 44) an, dass ihnen ein bei der Behandlung physisch anwesender Dolmetscher lieber gewesen wäre. Weiters berichtete eine Medizinerin bei der Pensionsbegutachtung darüber, dass der E-Dolmetscher – und die damit einhergehende physische Abwesenheit des Dolmetschers – auf manche

PensionswerberInnen befremdlich gewirkt hatte, weshalb diese die Inanspruchnahme dieses neuen Tools abgelehnt hatten:

„Nein, das ist überhaupt kein Problem, also mich stört das nicht. Nur eben manche PWs, gerade welche, sag ich einmal, die Intelligenzgemindert sind oder so, die, die einfach nicht damit umgehen können [...] da hab ich eine mal gehabt, die das von Vornherein gleich einmal abgelehnt hat, weil die Situation total befremdend ist.“ (Medizinerin 3, ZN 303-310)

Eine Hebamme berichtete, dass für sie das Kommunizieren über einen Bildschirm anfangs gewöhnungsbedürftig war und sie diese Reaktion der leichten Gehemmtheit gegenüber dem E-Dolmetscher auch bei einer ihrer Patientinnen bemerkt hatte:

„Naja, es ist natürlich anders, wenn man über eine, ja, nicht persönlich mit einem Menschen kommuniziert, sondern eben über einen Bildschirm, aber das ist gewöhnungsbedürftig, aber es geht, glaub ich. [...] es ist schon irgendwie ein anderes Gefühl, ob man mit einem Monitor spricht oder ob ich da Sie jetzt direkt neben mir sitzen hab. [...] Ich hab das Gefühl gehabt, dass auch die Frau das momentan befremdend gefunden hat, ich meine, gut, ja. [...] Ist besser geworden mit dem Gespräch, ja. Am Anfang eben ein bisschen gehemmt vielleicht.“ (Hebamme 1, ZN 753-760; 771-775)

Im Vergleich dazu wurde die physische Abwesenheit des Dolmetschers aufgrund des E-Dolmetschers von manchen Befragten aber auch als positiv bewertet. Die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe gaben an, dass der *remote*¹⁵ zugeschaltete Dolmetscher dazu beigetragen hatte, dass insgesamt eine ruhigere und somit konzentriertere Arbeitsatmosphäre geschaffen wurde. Eine genannte Begründung dafür war, dass sich durch das Nutzen von Videodolmetschen somit eine Person weniger im Raum befand. So konnte der E-Dolmetscher von den MitarbeiterInnen rasch und ohne Rücksichtnahme auf Höflichkeitsformen oder Bitten je nach Bedarf ganz einfach auf eine andere Stelle verschoben werden. Auch das rasche Beenden des Gesprächs war einfach und unkompliziert per Knopfdruck möglich, wie ein Arzt aus dem Setting Notaufnahme begeistert berichtete:

„Das ist herrlich, ist mehr Platz. [...] Nein, es ist ja auch das Problem, es ist ja wenn, na dann steht irgendwer herum, der steht irgendwie im Weg, oder es ist, ähm, ich kann ja dann auch nicht so, und so sage ich einfach ‚Ja, Danke!‘ und drehe das Gerät ab, ja, dann ist der weg und ein Mensch, den muss man wieder, der eh nur die Funktion des Übersetzens hat, ja, der, - das ist, nein, ich finde das gut, dass er nicht, das hat mich gar nicht gestört, nein.“ (Mediziner 31, ZN 504-512)

In diesem und nachfolgendem Zitat wird zudem deutlich, dass gerade im Setting der Notaufnahmen rasches und flexibles Arbeiten besonders zentral ist. Oft gestaltet sich der Einsatz eines physisch vor

¹⁵ Der englische Begriff des *remote interpreting* beschreibt den Modus des physischen Getrenntseins des Dolmetschers von den anderen in der Dolmetschung involvierten Personen (Braun 2013: 200). Dies trifft auf Formen des Dolmetschens wie beispielsweise dem des Telefondolmetschens oder dem im Rahmen dieser Studie getesteten Videodolmetschens zu.

Ort anwesenden Dolmetschers als sehr schwierig und erscheint somit in diesem Setting als weniger optimal integrierbar als dies vielleicht in anderen der Fall ist.

„Naja, wenn, stellen Sie sich vor, da kommt ein Dolmetscher rein und bei uns ist irgendwie Hektik und ‚Da gehen Sie links hin‘, der weiß, der fragt dich hundertmal ‚Soll ich mich da hinstellen? Steh ich eh nicht im Weg? Und wie ist das?‘ ja, und die Frage braucht der nicht stellen, weil wir stellen ihn wo hin und damit ist das, ist das, ähm, - - ‚Brauchen Sie mich noch?‘ - und so ist einfach, da wird abgedreht und er ist weg, ja.“ (Mediziner 31, ZN 553-557)

Aber auch im Setting der Psychiatrie wurde die physische Distanz des Dolmetschers als durchaus positiv bewertet, wie ein Mediziner berichtete:

„Ja, ich habe es zum Teil, nicht jetzt als Nachteil in dem Sinne empfunden, sondern eben auch teilweise für die Patienten als, ja, vielleicht auch als Vorteil irgendwie, da die Nähe, wo eh sehr viele Leute meistens dann dabei gesessen sind, am Anfang sowieso, weil es jeder sehen wollte, aber auch in dem Sinne, dass meistens auch eine Pflegeperson dabei ist, der Raum sowieso schon voll ist und das für manche Patienten auch wertvoll sein kann, die mit Nähe und Distanz vielleicht auch ein Problem haben.“ (Mediziner 17, ZN 522-527)

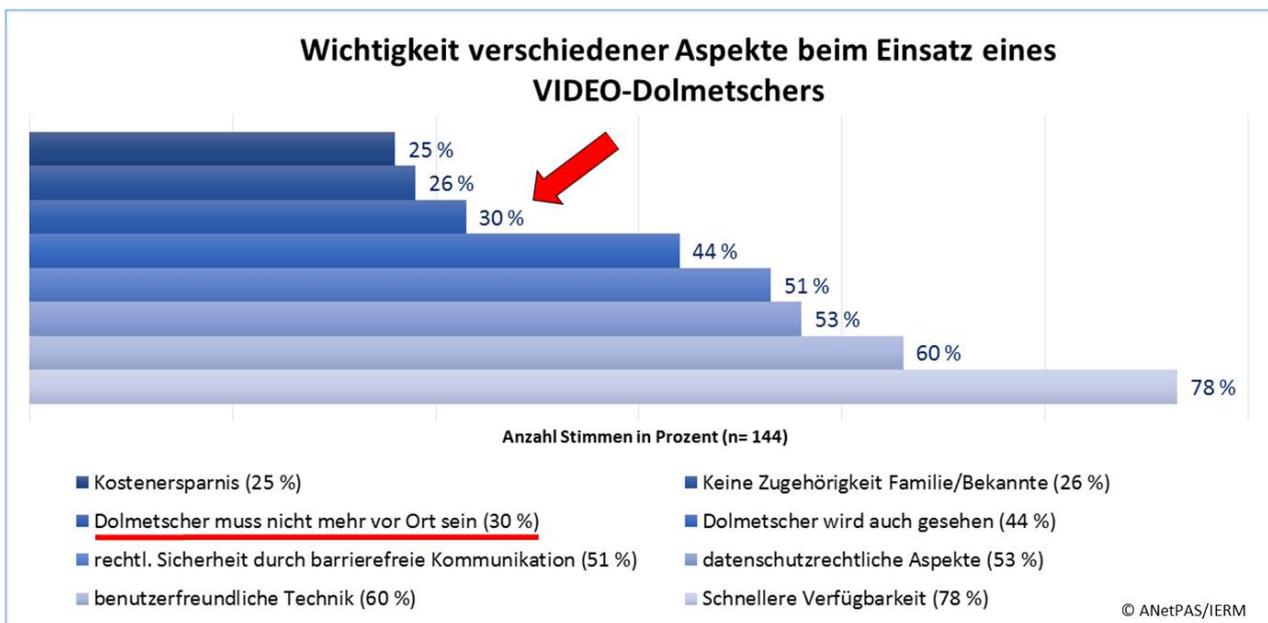


Abbildung 36 Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers
– physische Abwesenheit des Dolmetschers

Im Zuge der quantitativen Erhebung der Angehörigen der Gesundheitsberufe zeigte sich zudem, dass die durch den Video-Dolmetscher entstandene physische Abwesenheit des Dolmetschers durchaus auch positiv bewertet wurde. So gaben immerhin 30 % der Befragten den Umstand, dass der Dolmetscher nicht mehr vor Ort anwesend sein musste, als einen ihnen sehr wichtigen Aspekt beim Einsatz eines Video-Dolmetschers an (Abbildung 36).

Von Seiten der PatientInnen kann es generell beim Einsatz professioneller DolmetscherInnen zu einer gewissen Ungewissheit kommen. Die Sorge, ob der professionelle Dolmetscher tatsächlich „richtig“ übersetzt sowie eine gewisse Scham, vor fremden und extern hinzugezogenen Personen über intime körperliche Angelegenheiten beziehungsweise persönliche Beziehungen zu sprechen (Hadziabdic/Hjelm 2014: 52), kann relevant sein.

Dies erklärt mitunter auch das bevorzugte Heranziehen von Bekannten oder von Familienangehörigen gerade von Seiten der PatientInnen. Vor allem in „unkomplizierten“ Situationen, wie beispielsweise bei einer Erkältung, liegt es daher nahe, eigene SprachmittlerInnen hinzuzuziehen. So gaben auch 18 % der befragten PatientInnen an, dass sie jedenfalls Angehörige oder Bekannte als SprachmittlerInnen bei der Behandlung bevorzugen würden. Die persönliche Nähe zu Angehörigen kann also als Sicherheit und durchaus positiv empfunden werden, da Angehörige häufig mit der jeweiligen Krankengeschichte bereits gut vertraut sind und PatientInnen ihre Interessen durch diese verstärkt vertreten sehen können.

Auch das befragte Gesundheitspersonal betonte das Vertrauensverhältnis bei Angehörigen und Bekannten als SprachmittlerInnen, da in ihrer Wahrnehmung diese dem Patienten mehr Sicherheit und emotionale Stütze gaben als externe DolmetscherInnen. Dies bestätigte auch die Aussage eines Mediziners:

„Nein, also vom rein Rechtlichen wahrscheinlich nicht, aber die Familienangehörige finde ich ist, ist prinzipiell gut, es ist eine nahestehende Person, die gibt auch noch zusätzliche Auskunft, ähm, der Ehepartner, der ist noch besser, aber in den meisten Fällen, was ich halt gemerkt habe, ist der Ehepartner meistens halt auch nicht der Sprache mächtig, das ist das Problem. Aber Kinder und Familienangehörige sind sicher welche, die dann den Patienten gut kennen und das ist finde ich dann auch ganz angenehm, ist aber rechtlich natürlich ein bisschen ein Problem.“ (Mediziner 8, ZN 78-83)

Der befragte Mediziner betonte hier den Faktor Nähe als sehr positiv und unterstützend für seine Arbeit, maß aber gleichzeitig den von ihm erahnten rechtlichen Aspekten nicht allzu viel Bedeutung zu, da für ihn eindeutig der positive Nutzen für die Versorgung des Patienten zu überwiegen schien.

Persönliche Nähe kann aber genauso auch als negativ und hemmend empfunden werden und sich entsprechend beeinträchtigend auf die Versorgung der nicht-deutschsprachigen PatientInnen auswirken. Dabei entstehen häufig ethisch problematische Situationen. Dass Angehörige dem Patienten naturgemäß meist nicht neutral gegenüber stehen, wurde auch von den InterviewpartnerInnen der qualitativen Erhebung thematisiert. So kann beispielsweise das Besprechen schwerer Erkrankungen im Kontext psychiatrischer Versorgung oder verschiedener, mit der Versorgung des Patienten in Zusammenhang stehender Tabuthemen sehr kompliziert sein, wie untenstehende Zitate verdeutlichen:

„Der [Anm.: Dolmetscher] steht ja dem fremd gegenüber, sage ich jetzt einmal. Der dolmetscht das, was er hört, aber der interpretiert das nicht. Ein Angehöriger nimmt mir das ja auf. Das ist

ja nicht nur übersetzen, sondern der ist dem gefühlsmäßig, sage ich jetzt mal, verbunden.“
(Pfleger 28, ZN 486-489)

„Es gibt immer wieder Situationen, wo die Angehörigen übersetzen und dann selber nachher weinen und nicht mehr können.“ (Pfleger 18, ZN 620-621)

In letztem Zitat berichtete eine Angehörige der Pflege einer psychiatrischen Abteilung, dass das Heranziehen von Angehörigen insbesondere in diesem Setting zu Überforderung und hoher emotionaler Belastung – gerade auch der Angehörigen – führen kann. Das Beisein der nahen Verwandten als SprachmittlerInnen stellt sich dabei häufig als suboptimal heraus, wie zwei Interviewpartner berichteten:

„Dann kann der das gar nicht neutral rüber bringen, ja, der wird immer sagen, ähm, es wird die Meinung des Patienten, oder vermutlich, beeinflusst, ja. Es ist ja, oder man stellt sich eine Situation vor der Angehörige, äh, der Patient sagt, ‚Nein, ich weiß, ich bin am Ende meines Lebens, ich will das alles nicht mehr.‘ Ja?, ‚Und ich bin, mir ist klar, dass ich, wenn ich das ablehne, sterben kann.‘ Na, das müssen Sie einmal den eigenen Sohn übersetzen lassen. Das ist halt schwierig, ja. Das ist halt, ähm, das geht nicht. Oder es GEHT, vielleicht geht es, aber es geht, es wird, es ist – das ist glaube ich, für alle Beteiligten nicht optimal.“ (Mediziner 20, ZN 995-999)

„Also gerade bei einem türkischen Patienten habe ich daran denken können, weil da haben wir auch schon eben eine Bekannte sicherheitshalber mitbestellt gehabt, also der Kollege, der sie aufgenommen hat, zum Dolmetschen, der dann sehr froh war, dass sie nicht dolmetschen hat können, weil es eben um eine Beziehungsproblematik gegangen ist, wo eben die Bekannte beziehungsweise Freundin der Frau sicherlich beeinflusst war und der Mann diesbezüglich ganz froh war, ganz einfach jemand Objektiven als Dolmetscher zu haben, um das mit uns besprechen zu können.“ (Mediziner 17, ZN 422-427)

Ebenso problematisch kann es unter Umständen dann werden, wenn Angehörige aufgrund ihrer Nähe zum Patienten Informationen entsprechend ihrer Bewertung verändert weitergeben. Notwendige Informationen können dann im ungünstigsten Fall dem Gesundheitspersonal nur verfälscht oder auch gar nicht vorliegen (Hadziabdic/Hjelm 2014: 54; Rhodes/Nocon 2003: 49; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2013: 39). Dies verdeutlicht auch folgende Aussage einer Angehörigen der Pflege:

„[...] wo ich ab und zu ein eigenartiges Gefühl hab, [...] wenn es um Schwangerschaftskonflikte geht. Um Verhütungsmaßnahmen geht, wenn der Ehepartner mit ist, wo man eigentlich dann nie weiß, nicht nur in der Situation, generell, man weiß es ja nicht, man versteht es nicht, was übersetzt der jetzt wirklich. [...] Gell, also wenn das heikle Geschichten sind, z.B. die Frau will eigentlich keine Schwangerschaft mehr und in der Glaubensrichtung ist eine Verhütung verpönt, dann wär das halt praktisch, wenn man das mit jemanden besprechen könnte, der eigentlich

nicht in der Familie ist. Das sind vielleicht Sachen, die die Frau alleine betreffen. (Pfleger 25, ZN 485-501)

In untenstehenden Zitaten zweier Mediziner wird die hohe Wahrscheinlichkeit zu bedenken gegeben, mit welcher Informationen durch sprachmittelnde Angehörige wegen deren familiärer Involvierung verfälscht weitergegeben werden könnten. Zudem wird die bei sprachmittelnden Angehörigen häufig auftretende Schwierigkeit der ineinander verschwimmenden Rollengrenzen angesprochen:

„Natürlich, und man kennt sich auch untereinander und es wird nicht alles eins zu eins übersetzt, sondern der übersetzt das halt so wie er glaubt, die Mama versteht das oder ah, der Ehepartner versteht das und vielleicht umschreibt er es noch ein bisschen und dann, ja, wie wenn man Stille Post spielt.“ (Mediziner 12, ZN 650-653)

„Das habe ich schon das Gefühl, weil natürlich, dass Angehörige, das eine ist eine Vermischung aus Angehörigengespräch mit ‚Na, wie geht es meinem Papa?‘, ja, und Dolmetschen. Das lässt sich kaum trennen, in der Situation nicht, ja.“ (Mediziner 31, ZN 629-632)

Ein veranschaulichendes Fallbeispiel für die Problematik des Heranziehens von Angehörigen als SprachmittlerInnen wurde auch im Praxisratgeber der Bundesbeauftragten der deutschen Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013) angeführt. So konnte erst nach Beiziehen einer Übersetzerin während eines psychosomatischen Konzils eruiert werden, dass die junge, nicht-deutschsprachige, türkischstämmige, schwangere Patientin, die mit frühzeitigen Wehen auf der gynäkologischen Station aufgenommen worden war, von ihrem Ehemann misshandelt wurde. Dieser hatte bis dahin neben anderen Familienangehörigen zwischen dem Behandlungsteam und der Patientin übersetzt, weshalb die junge Frau lange keinen Mut fassen konnte, sich dem medizinischen Personal anzuvertrauen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2013: 39f).

Ein anderer Aspekt in Zusammenhang mit dem Nähe-Distanz-Verhältnis bei gedolmetschten Gesprächen liegt im Gebot des sogenannten „Verständlich-Machens“ im DolmetscherInnenberuf. So besagt dieses Gebot, dass DolmetscherInnen im Fall von wahrgenommenen inhaltlichen Verständnisproblemen bei der Dolmetschung – welche aufgrund kulturspezifischer Besonderheiten auftreten können – zur Aufklärung dieser kulturell begründeten Unklarheiten das Gebot der „gesprächsinhaltlichen Distanz“ (Pöchhacker 2000a: 60) dem Gebot des „Verständlich-Machens“ unterordnen kann. Da DolmetscherInnen in diesen Fällen aus der Rolle des unsichtbaren und gesprächsinhaltlich nicht involvierten Sprach-Dienstleisters heraustreten, kann dies infolgedessen dazu führen, dass Unklarheiten und Missverständnisse in der Verteilung der unterschiedlichen Rollen im gedolmetschten Arzt-Patienten-Gespräch aufkommen.

Ein Dolmetscher berichtete über ein solches im Testbetrieb erlebtes Interaktionsdilemma (Menz 2011: 228f): Der Dolmetscher hatte während der Dolmetschung einer psychiatrischen Pensionsbegutachtung bemerkt, dass der türkischsprachige Patient auf die vom Arzt gestellten Fragen, welche auf das Erkennen von im deutschen Sprachraum verwendeten Sprichwörtern abzielte, mit

Verwirrung reagierte. Der Dolmetscher, selbst Türke, bemerkte an der Reaktion des Patienten, dass das von ihm Übersetzte für den Patienten scheinbar keinen Sinn machte. Da der Patient bereits etwas älter war und aufgrund seines kulturellen Hintergrunds dieses Sprichwort vermutlich nicht verstand, entschied sich der Dolmetscher, dies erklärend anzumerken. Der Versuch des Dolmetschers, den Mediziner darauf aufmerksam zu machen, dass es sich hier um eine kulturell begründete Unklarheit handelte, wurde von Seiten des Mediziners mit scharfen, zurechtweisend bösen Worten unterbrochen. Dieser war darüber empört, dass der Dolmetscher sich in seine Untersuchung eingeschaltet hatte, aus seiner Rolle als ‚unsichtbaren Gehilfen‘ hinausgefallen war und ihn darüber belehren wollte, wie er seine Untersuchung zu führen hätte.

Das Bemühen, dem Gebot des „Verständlich-Machens“ gerecht zu werden, kann also gegebenenfalls vom Gesundheitspersonal als einmischendes und aus der Rolle als ‚unsichtbarer Gehilfe‘ fallendes Verhalten des Dolmetschers verstanden werden. Es sollte daher nicht vergessen werden, dass dem Dolmetscher bei Dolmetschungen immer eine besondere Rolle zukommt. Entsprechend ist es wichtig, dass hierbei der Dolmetscher über professionelles Wissen verfügt (siehe dazu Kapitel 3.4.3.), wie mit dieser besonderen Rolle professionell umzugehen ist (Alpers/Hanssen 2010: 15).

b) Das Schaffen von Sicherheit aufgrund von Unsicherheiten

Sprachbarrieren stellen in der Gesundheitsversorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen sicherlich eine der größten Hürden dar. Angehörige der Gesundheitsberufe stehen daher immer wieder vor der Herausforderung, diese Hürde im Arbeitsalltag zu meistern, um dem steigenden Druck und den Anforderungen zur reibungslosen Bewältigung des Arbeitspensums trotzdem gerecht zu werden.

Wie bereits in Kapitel 3.4.1. ausführlich dargelegt, konnte eine große Bandbreite an Lösungsstrategien im extra- und intramuralen Bereich vorgefunden werden. Allerdings wurde dadurch auch sichtbar, mit welchen weiterführenden Problemen und Nebenwirkungen diese in der täglichen Praxis vorzufindenden Lösungsstrategien vielfach für die PatientInnen, deren Angehörige und natürlich auch für die Angehörigen der Gesundheitsberufe verbunden sind.

Wenn Abhängigkeiten von äußeren Faktoren MitarbeiterInnen daran hindern, ihrer Arbeit in gewohntem Maße nachzugehen, kann dies unmittelbaren Einfluss auf die Zufriedenheit dieser Gesundheitsdienstleister nehmen, sowie Gefühle der Hilflosigkeit und Abhängigkeit auslösen. Dies verdeutlicht auch untenstehendes Zitat eines Mediziners nochmal eindrucksvoll:

„Auch, dass das Gefühl einer - - einer Hilflosigkeit bei mir entsteht, weil ich, mh - - - weil ich weniger anbieten kann, als ich es gewohnt bin anzubieten.“ (Mediziner 16, ZN 31-32)

Das Angewiesen-Sein auf Dritte und das damit verbundene Suchen nach raschen Lösungen zur Überwindung von Sprachbarrieren, um dem Patienten die benötigte Hilfe zukommen lassen zu können, wurde von den Angehörigen der Gesundheitsberufe als problematisch und zudem als teils nicht zufriedenstellend beschrieben. Die Antwort eines Mediziners auf die Frage, wie bisher

auftretende Sprachbarrieren mit PatientInnen gelöst worden waren, verdeutlicht dieses Problem und seine Unzufriedenheit mit diesem Umstand auch nochmals sehr schön:

„Ja mit einem enormen Aufwand. Dass zum Beispiel Leute herangezogen wurden für Dolmetschtätigkeiten, die nicht ausgebildet und auch eigentliche keine Zeit dafür hatten, beispielsweise andere Patienten, die natürlich selber auch eine Rehab haben und ein Recht darauf haben da nicht herangezogen zu werden und auch nicht ausgebildet sind. Das sind jetzt natürlich auch Datenschutzprobleme, ja. Weil das eigentlich die Leute auch nichts angeht. Oder normales medizinisches Personal, die sonst auch natürlich andere wichtige Tätigkeiten haben und eh überfordert sind in vielen Bereichen. Also das ist sicher ein großes Problem.“ (Mediziner 22, ZN 216-222)

Ein weiterer Mediziner brachte in seiner Aussage ebenfalls zum Ausdruck, dass Sprachbarrieren wesentlichen Einfluss auf die Art und die Qualität der Versorgung nehmen, da die eigene Handlungsfähigkeit stark beeinflusst wird und somit zur deutlichen Minderung der eigentlich maximal leistbaren Versorgungsqualität beiträgt:

„Ahm - - Ja, und letztendlich dass wir die Patienten dann meistens irgendwie mit einem schlechten Gefühl entlassen, weil, weil die Therapie nicht so ist, nicht auf dem, dem Level ist, wie wir's gewohnt sind sozusagen, unsere Patienten zu entlassen.“ (Mediziner 16, ZN 36-38)

Diese durch vorhandene Strukturen produzierte Abhängigkeit von der Verfügbarkeit sprachmittlernder Dritter sowie durch Sprachbarrieren entstandene Unsicherheiten im Arbeitsablauf führten in weiterer Folge bei einem Teil der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis.

Dies gilt beispielsweise auch für die vorhandene Unsicherheit in Bezug auf die Korrektheit und Vollständigkeit der von SprachmittlerInnen gedolmetschten Informationen – wie sie bereits in Kapitel 3.4.1.c diskutiert wurden. Dabei spielt das Herstellen von Sicherheit durch die Verwendung unterschiedlichster Kontrollmechanismen eine entscheidende Rolle, wobei deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings sichtbar wurden.

So kam der aus Kommunikation mit PatientInnen generierten Information nicht in allen Settings eine gleich große Bedeutung zu. Besonders im Setting der Unfallnotaufnahmen wurde die Kommunikation mit dem Patienten als eher zweitrangig empfunden und spielte daher zum Erlangen von Sicherheit in der Versorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen eine eher untergeordnete Rolle, wie untenstehendes Zitat eines Mediziners verdeutlicht:

„[...] bei uns gibt es harte Fakten. Das ist gebrochen, oder nicht, oder es ist etwas gerissen, oder nicht, ja. Und da gibt es nur ein Ja, oder Nein. Ja, das ist halt vielleicht in anderen Fächern anders, aber bei uns ist das eigentlich, entweder operiert man, oder es gibt eine konservative Therapie, ja, entweder es sind vier Wochen Krankenstand, oder mehr Wochen Krankenstand, ja, oder – es gibt entweder einen Gips, oder keinen Gips. Und das sind halt Dinge, die man halt gleich sagen kann, oder auch bei Operationen gibt es immer allgemeine Komplikationen, Infekt, Nachblutung,

ist ja auch immer dasselbe, was man denen sagt, oder Thrombose und dann gibt es halt neuerliche, dass das Metall nicht hält, oder er wieder sich etwas brechen kann, oder wieder etwas einreißen kann. Das sind eigentlich immer Standarddinge, die nicht kompliziert sind, ja.“
(Mediziner 34, ZN 406-141)

Der Mediziner verlässt sich vollkommen auf das für ihn physisch Offensichtliche und geht somit auch von der Einfachheit und Klarheit der Information für den Patienten aus. Diese vermeintliche Klarheit der Information für PatientInnen ist allerdings besonders im Fall von Operationsaufklärungen kritisch zu hinterfragen. Damit erklärt er seine zur täglichen Routine gewordene medizinische Tätigkeit auch zur Routine für die PatientInnen und lässt dabei außer Acht, den tatsächlichen Wissensstand und Erfahrungshorizont des Patienten zu berücksichtigen. Dies ist zudem aus rechtlicher Perspektive hinsichtlich der Rechte und Pflichten bei der Aufklärung von PatientInnen und der Gabe der Einwilligung nach der Aufklärung sehr problematisch, wie bereits in Kapitel 1.3.1. ausführlich dargelegt wurde.

Anders als beispielsweise im Setting der Psychiatrie kann sich die Organmedizin bei fehlender Kommunikationsmöglichkeit zur Erhebung der erforderlichen Informationen auch auf Laborbefunde und bildgebende Verfahren beschränken und notfalls darauf zurückgreifen. Das Bemühen des Wiederherstellens und des Erhaltens des Kontroll- und Sicherheitsgefühls wird dabei gut sichtbar durch das vermehrte Durchführen und Anordnen von Untersuchungen bei Wegfall der Sprache. Eine Medizinerin fasste das kurz zusammen mit den Worten:

„Wenn ich weniger fragen kann, muss ich mehr untersuchen.“ (Medizinerin 10, ZN 570-571)

So gaben die Befragten an, sich bei Wegfall der Sprache primär auf die für sie offensichtlich zu erhebenden und zu erkennenden physischen Parameter der PatientInnen zu verlassen und dabei vermehrt auf erweitertes Untersuchen zu setzen, wie ein Mediziner erzählte:

„[...] in vielen Fällen muss man sich dann darauf beschränken, dass man das Kind gut anschaut, das ist dann die zweite Säule der ärztlichen Tätigkeiten, nämlich die, das Statuieren, ja, da schaut man das Kind durch und findet dann was, oder auch nicht.“ (Mediziner 21, ZN 74-76)

Besonders schwierig wurde es zumeist dann, wenn es eben nicht möglich war, allein anhand von ersten Untersuchungen und reiner Begutachtung des Patienten zu ausreichender Sicherheit über eine Diagnose zu gelangen. Das Fehlen der Sprache als einem der wichtigsten Mittel zur Generierung von Information muss somit durch alternative Strategien kompensiert werden, um den notwendigen Informationsgewinn zu ermöglichen, wie auch zwei befragte Mediziner schilderten:

„Naja, da muss man halt, ich meine, muss man halt ein CT machen, oder sonstige Diagnostik, die man vielleicht sonst nicht gebraucht hätte. Weiß ich nicht, ob man es gebraucht hätte, kann man nicht sagen, ja, aber es ist halt eine Anamnese ein wesentliches diagnostisches Mittel, ja. Das hat halt nicht funktioniert, ja.“ (Mediziner 31, ZN 73-76)

„[...] also wenn niemand gefunden werden kann, der uns hilft mit der Übersetzung, dann muss man oft wirklich nur auf das hin arbeiten was man findet bei dem Kind. Ich finde einen roten Hals, oder ich vermute eine Lungenentzündung, oder schicke ihn dann halt in das Röntgen, oder zum Labor und wenn die Sprache ganz ausfällt, als InformationsBRINGER, dann muss ich den Status und eventuell die Untersuchungen forcieren, das heißt ich mache natürlich viel großzügiger bei so einem Kind, wo ich nicht entsprechend Information bekomme, die kriegen natürlich vermehrt Blutabnahmen und eventuell Röntgen, EKG, oder was auch immer sie dann brauchen, ja? - Oder Ultraschall. – Da müssen wir uns halt dann absichern, weil wenn ich im Status nicht schon eine klare Ursache finde, für das was man meint verstanden zu haben, das Problem, dann fängt man halt an dann, mit Labor und so weiter, zu suchen und das ist aufwendiger und natürlich auch nicht optimal.“ (Mediziner 21, ZN 107-116)

Anhand dieser Aussagen lässt sich sehr gut veranschaulichen, dass Sprachbarrieren jedenfalls in weiterer Folge zu einem Mehraufwand und sicherlich zu Mehrkosten in der Gesundheitsversorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen führen. Der Mehraufwand bezieht sich hier natürlich auch auf den organisatorischen Mehraufwand, wie er bereits in Bezug auf den erhöhten personellen und organisatorischen Aufwand diskutiert wurde. So gaben immerhin 7 % der Befragten der PatientInnen-Fragebogenerhebung (n= 44) an, aufgrund von Kommunikationsbarrieren schon einmal den Arzt gewechselt zu haben. Dass ein häufiger Arztwechsel bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen keine Seltenheit ist, belegen zudem auch jene Fallbeschreibungen, welche beispielsweise im Praxisratgeber „Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung.“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration nachzulesen sind (2013: 35ff). Entsprechend tragen auch auf diese Weise vorhandene Sprachbarrieren zu einem Mehraufwand und einer Steigerung der Kosten bei der Gesundheitsversorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen bei (Brucks/Wahl 2003: 18ff).

Dies beginnt bereits bei der Zeit, die in den Versuch zu investieren ist, herauszufinden, ob eine Unterhaltung mit dem nicht-deutschsprachigen Patienten beziehungsweise mit den Angehörigen als SprachmittlerInnen überhaupt möglich und sinnvoll ist. Weiter erstreckt es sich über den teils sehr hohen Aufwand zur Organisation eines verfügbaren mehrsprachigen Mitarbeiters bis hin zum Abbruch eines Rehabilitationsaufenthaltes oder der langwierigen Wiederbestellung eines Pensionswerbers. In all diesen Fällen war für die Angehörigen der Gesundheitsberufe einfach keine flexibel verfügbare und adäquate, qualitätsgesicherte Lösungsstrategie greifbar.

Ein von Befragten immer wieder genanntes Problem bei der Versorgung, welches dann in weiterer Folge zu Verzögerungen und Missverständnissen führen kann, stellen die von den PatientInnen dem Gesundheitspersonal gegenüber angegebenen Deutschkenntnisse dar. So vermittelten PatientInnen den Angehörigen der Gesundheitsberufe oft durch Bejahen von gestellten Fragen, über ausreichende Deutschkenntnisse zu verfügen, wobei sich im weiteren Behandlungsverlauf oft das Gegenteil herausstellt.

„Wir haben immer wieder den Fall, und das ist jetzt etwas, was immer wieder vorkommt, wo wir den Patienten halt unten erklären: Jaja, das ist gebrochen, das müssen wir operieren, dann

kommt er rauf, wird er aufgenommen und wird ausgefragt und hin und her und (...) ja und unterschreibt hier und unterschreibt dort und dann wird er an der Hand genommen und auf die Station gebracht und aufs Bett gesetzt und dann sagt er: Na dableiben tu ich nicht. [...] Ja? Und dann kommt er drauf dass er nicht begriffen hat, dass er aufgenommen wird, ja? Obwohl man's ihm sicherlich acht Mal gesagt hat, aber er hat nicht begriffen, dass er jetzt bleiben muss. [...] Das Problem ist halt wenn man zu ihm sagt: Sie müssen jetzt da bleiben: ‚Ja.‘, Sie werden jetzt operiert: ‚Ja. Ja.‘ sagt immer auf alles ‚Ja‘, und dann kommt er drauf eben, ‚Nein‘. [...] Ja? Und das wär halt gut, wenn man das schon sicher unten abgeklärt hat, nicht?“ (Mediziner 30, ZN 1210-1236)

Dabei gaben auch die befragten nicht-deutschsprachigen PatientInnen (n= 44) auf die Frage der Selbsteinschätzung ihrer Deutschkenntnisse in Hinblick auf das Verstehen und Sprechen von Deutsch am häufigsten die Kategorie ‚wenig‘ an (Abbildung 37).

Welcher Grad der Unterhaltung mit den PatientInnen nun tatsächlich möglich war, lässt sich schwer sagen. Allerdings kam es besonders im Setting der Pensionsbegutachtung immer wieder zu Situationen, in welchen der E-Dolmetscher zwar für den Begutachtungstermin des Pensionswerbers aufgrund der von ihm angegebenen Staatsbürgerschaft gebucht war, dann allerdings aufgrund vorhandener Deutschkenntnisse eine Dolmetschung nicht erforderlich war.

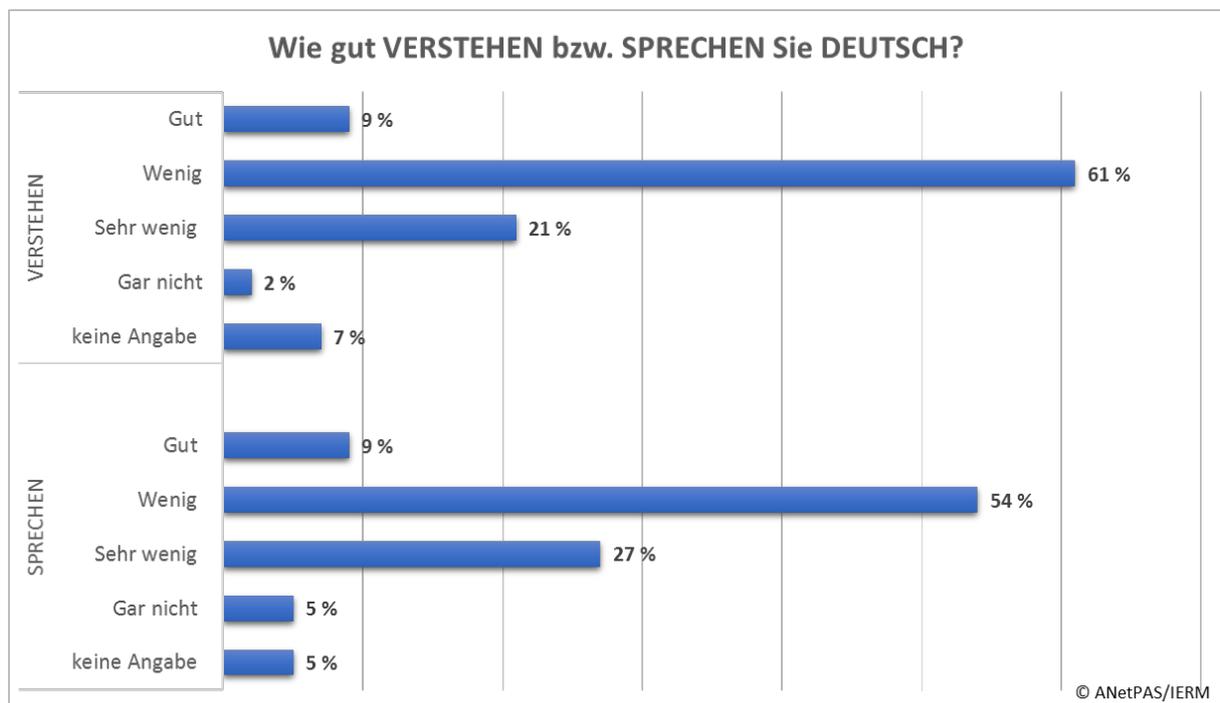


Abbildung 37: Selbsteinschätzung der PatientInnen bezüglich des Sprechens und Verstehens von Deutsch (PatientInnen-Fragebogenerhebung)

Umgekehrt musste vom Begutachtungsteam auch immer wieder der E-Dolmetscher hinzugezogen werden, wenn sich im Verlauf der Unterhaltung herausstellte, dass eine Begutachtung auf Deutsch unmöglich war. Dazu berichtete eine Medizinerin, dass sie den E-Dolmetscher gerade in jenen nicht planbaren Situationen besonders zu schätzen wusste:

„Ja, also ich denke mir, gerade für Situationen, wo eben NICHT klar war im Vorfeld, dass ein Dolmetsch erforderlich ist und ad hoc jemand gebraucht wird, ist es gut, wenn ich diese Möglichkeit habe“ (Medizinerin 4, ZN 777-779)

Einen weiteren Aspekt stellt in diesem Zusammenhang die für die Angehörigen der Gesundheitsberufe immer wieder auftretende Schwierigkeit des sicheren Erkennens von vorhandenen Deutschkenntnissen bei PatientInnen dar. Eine Medizinerin berichtete im Interview beispielsweise von einem Vorfall mit einem Patienten, bei dem sie erst im weiteren Verlauf des Gesprächs langsam feststellte, dass dieser scheinbar doch über geringere Deutschkenntnisse verfügte als ursprünglich aufgrund des ersten Eindrucks angenommen:

„Das war ein chinesischer Patient, also ein Patient aus China, der zwar auch schon länger da ist und SCHON Deutsch kann, aber kaum. Also, ich habe schon mit ihm gesprochen und am Anfang hat es so gewirkt, dass er es schon versteht, aber eigentlich bin ich draufgekommen [...] hat er nichts von dem verstanden (lacht) und er war schon ganz oft da, und ist eigentlich immer, er bräuchte einmal einen Hausarzt, wo er hingehet einfach, weil mit einem Infekt kann er zum Hausarzt GANZ NORMAL gehen und er kommt halt jedes Mal ins Krankenhaus und das wollte ich ihm AUCH einmal erklären halt, dass es GUT wäre und ja.“ (Medizinerin 10, ZN 263-273)

Durch die Aussage der Medizinerin wird auch deutlich, dass aufgrund von Sprachbarrieren etwaige vorhandene Informationsdefizite bei MigrantInnen über das Funktionieren des österreichischen Gesundheitssystems nicht beseitigt werden können. Dies führt zu weiteren Überbelastungen – beispielsweise in den Notaufnahmen - und in der Folge zu weiterführenden Kosten aufgrund von Mehruntersuchungen aus Sicherheitsgründen sowie zu einem erhöhten Risiko von Fehldiagnosen.

Eine ähnliche Erfahrung in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Deutschkenntnissen konnte auch im Zuge der ersten Testung im St. Anna Kinderspital gemacht werden. Dabei vermittelte ein junger Vater eines sich in Behandlung befindenden Kindes dem ForscherInnenteam sehr glaubhaft den Eindruck, der Unterhaltung auf Deutsch über den weiteren Ablauf der Testung gut folgen zu können. Sein freundlich zustimmender Gesichtsausdruck mit gelegentlich bejahenden Einwüfen erhielt diesen Anschein solange aufrecht, bis die Unterhaltung das reine Bejahen von Fragen als ausreichende Reaktion überstieg. Die Unterhaltung hatte bereits mehrere Minuten gedauert, bevor sich durch eine Äußerung seinerseits in gebrochenem Deutsch herausstellte, dass eine Unterhaltung ohne Dolmetschung keinesfalls möglich gewesen wäre. Wie eine Abklärung der Untersuchungsergebnisse und des weiteren Behandlungsverlaufes seines Kindes ohne sprachmittelnde Unterstützung hätte möglich sein sollen, bleibt fraglich.

Das berichtete Fallbeispiel des Mediziners¹⁶ verdeutlicht zudem nochmals einige wichtige Aspekte in diesem Zusammenhang. Das Problem, dass PatientInnen oftmals bewusst oder auch unbewusst ihre tatsächlichen Deutschkenntnisse nicht erkennen lassen und stattdessen den Anschein aufrecht erhalten, alles verstanden zu haben, kann verschiedensten Ursprungs sein. So können zum Beispiel

¹⁶ Dies bezieht sich auf das Zitat von Mediziner 30 auf Seite 81.

Scham, Angst oder Überforderung des Patienten sowie das Bemühen und die Höflichkeit, den Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht zu unterbrechen, in einer solchen Stresssituation entscheidenden Einfluss darauf nehmen. Darüber hinaus darf gerade die von der jeweiligen Kultur geprägte Vorstellung eines Arzt-Patienten-Verhältnisses (die beispielsweise den Arzt als nicht zu hinterfragende Autoritätsperson definiert) nicht außer Acht gelassen werden. In diesem Zusammenhang spielten beispielsweise *patient empowerment* oder *shared decision making* häufig eine nicht so wesentliche Rolle wie dies in unserem modernen Verständnis eines Arzt-Patienten-Verhältnisses der Fall ist. Die Verunsicherung von PatientInnen kann somit auch erst recht spät für Angehörige der Gesundheitsberufe offensichtlich werden.

Situationen wie diese stellen allerdings kein rein auf MigrantInnen beschränktes Phänomen dar, sondern treten ebenso bei deutschsprachigen PatientInnen auf. Dies ist beispielsweise häufig der Fall, wenn PatientInnen sich erst im Anschluss an die Visite an das Pflegepersonal wenden, um ihre offenen Fragen beantwortet zu bekommen, da ihnen in der Situation der Visite der Mut dazu fehlte.

Das oben berichtete Erlebnis des Mediziners mit einem nicht-deutschsprachigen Patienten veranschaulicht auch sehr gut einen weiteren wesentlichen Aspekt in diesem Zusammenhang. So kann die Art der Fragen und Kommunikation der Angehörigen der Gesundheitsberufe mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen einen wesentlichen Einfluss darauf haben, in welchem Ausmaß fehlende Deutschkenntnisse beim Patienten sichtbar werden oder eben auch nicht. Bal (1981) verwies dabei mit untenstehender Aussage auf den großen Einfluss der Art der Kommunikation und des Fragetypus der Angehörigen der Gesundheitsberufe: „Avoiding asking questions such as ‚Do you understand?‘ or ‚Is that alright?‘ These are bound to be answered by a ‚Yes.‘ This is often the first word that is learned in a foreign language and will enable the patient to escape without necessarily having understood what you have said.“ (Bal 1981: 368)

Es bleibt ferner noch die Frage offen, inwiefern auftretende Verunsicherung von PatientInnen nicht bereits früher erkannt oder besser zum Anlass hätte genommen werden können, um sicherzustellen, dass diese PatientInnen dem Geschehen tatsächlich folgen konnten. Es ist doch stark zu bezweifeln, dass es im Interesse eines versorgungsbedürftigen Patienten ist, mit dem lauten Kundtun der Irritation bis zum letzten Moment zu warten. Wahrscheinlicher ist es hingegen, dass stattdessen eine Reihe der angeführten Erklärungsmöglichkeiten für das Stillschweigen und das häufige scheinbar einsilbige Bejahen aller Fragen und nächster Schritte verantwortlich ist.

Daher scheint es auch besonders wichtig, Angehörige der Gesundheitsberufe dahingehend zu sensibilisieren und den Prozess der Bewusstmachung für potentielle Kommunikationsmissverständnisse weiter zu forcieren. Dadurch kann eventuellem Mehraufwand, erhöhter Verunsicherung der PatientInnen, aber vor allem auch Verärgerung der Angehörigen der Gesundheitsberufe durch Sprachbarrieren vorgebeugt werden.

Es ist daher sehr wichtig, dass gelingende Kommunikation nicht allein als Bringschuld und Verantwortung der PatientInnen gesehen wird, wie dies bereits in Kapitel 3.4.1.c bei der Nutzung von Angehörigen als SprachmittlerInnen diskutiert wurde. Die meist unhinterfragte Inanspruchnahme jeglicher vom Patienten mitgebrachter Personen zur Sprachmittlung ist leider vielfach verbreitete und risikobehaftete Praxis. Dabei gilt das Motto:

„Was er [Anm.: der Patient] mitbringt, bringt er mit.“ (Mediziner 30, ZN 642)

Dabei wird häufig angenommen, dass der Patient damit auch die Verantwortung für etwaige Einbußen an der Qualität der Informationsvermittlung selbstverschuldet zu tragen hat. Die Verantwortung und die Bringschuld zur gelingenden Kommunikation, wie es beispielsweise ein Mediziner im folgenden Zitat formulierte, haben hier vielfach die PatientInnen und deren mitgebrachte SprachmittlerInnen selbst zu übernehmen:

„Also da stehen wir schon auf dem Standpunkt, wenn jemand (.) nicht akutissimo zu uns herein kommt, sondern geplant zu einer Besprechung, dann kann er sich bitte drum kümmern, dass jemand mitkommt seines Vertrauens, mit dem er, mit dem er dann Deutsch, (wir) Deutsch reden kann und er in seiner Muttersprache.“ (Mediziner 30, ZN 470-473)

Der Einsatz des E-Dolmetschers warf im Zuge dessen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe auch Zweifel auf, ob sich das Anbieten einer solchen Kommunikationsunterstützung eventuell hindernd auf die Integrationsbereitschaft der nicht-deutschsprachigen PatientInnen auswirken könnte. Dies wurde beispielsweise bereits zum Zeitpunkt der ersten Testung des Tools Videodolmetschen im Mai 2012 von einem in der Testung involvierten befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe kritisch betont. In untenstehender Aussage wird zudem erneut deutlich, dass die Verantwortung für das Ermöglichen und Gelingen von Kommunikation und die aus den vorhandenen Sprachdefiziten resultierenden (negativen) Konsequenzen jedenfalls alleine vom Patienten und seinen Angehörigen zu tragen sind:

„Ich bin nicht dafür zuständig, ich bin nicht dafür zuständig, dass der mich nicht versteht! Ja? Das ist meine Meinung. [...] Wenn sie hier leben, das merkt man sofort, die sind bemüht, der ist erst vier Monate da und kann schon ein paar Worte. Das ist ok! Aber die Leute die ewig lange da sind, ich sehe nicht ein, warum ich denen, das jetzt auch noch zur Verfügung stellen soll! Ja? Für ein chronisch Krankes, ist ok, aber man ist,...Wenn man in einem anderen Land ist, dann muss man versuchen, sich zumindest adäquat zu artikulieren, oder jemanden selbst mitzunehmen, der das kann. Funktioniert perfekt! Dann muss halt der Fünfzehnjährige in die Bresche springen und mitgehen!“ (Mediziner B, ZN 488-495)

Zwei Angehörige der Gesundheitsberufe gaben bei der quantitativen Erhebung folgende Bedenken hinsichtlich der von ihnen empfundenen Nachteile in Form von hinzugefügten Kommentaren am Fragebogen an:

„Nachteil: Nicht-deutschsprachige Patienten sehen keinen Grund mehr Deutsch zu lernen – es wird ihnen jegliche Barriere abgenommen; Integration?!“

„Videodolmetsch ist sicherlich eine sinnvolle Sache, [...] Wenn Patienten sich jedoch integrieren wollen, müssen diese auch die deutsche Sprache reden können = ist auch ein wesentlicher Teil der Integration“

Anders als bei einer Reihe von in Österreich vorhandenen Integrationsmaßnahmen war das primäre Ziel des Tools und der Intervention Videodolmetschen nicht die Verbesserung der Deutschkompetenzen von nicht-deutschsprachigen PatientInnen. Nichtsdestotrotz leistet es, anders als von den in der Befragung laut gewordenen Stimmen befürchtet, generell einen wesentlichen Beitrag zur Integration, da Integration selbstverständlich nicht allein aus dem Erwerb der deutschen Sprache besteht. Durch das Verringern von Sprachbarrieren wird dem Patienten ein entscheidender Schritt zur Integration in die österreichische Gesellschaft ermöglicht, nämlich derjenige der Partizipation. Die Förderung der Teilnahme und aktiven Beteiligung an der eigenen Gesundheitsversorgung stellt einen wesentlichen Teil der Gesundheitsförderung dar, wie dies auch in den zehn Rahmen-Gesundheitszielen festgehalten wurde.

Ein Bedürfnis nach Partizipation bei der eigenen Gesundheitsversorgung wurde auch bei der durchgeführten PatientInnen-Fragebogenerhebung sichtbar. Dabei gaben 34 % der befragten PatientInnen (n= 44) an, das persönliche Kommunizieren mit dem Arzt als sehr wichtig zu empfinden. So berichtete eine Diätologin von einer wahrgenommenen gesteigerten Zusammenarbeit der PatientInnen durch den Einsatz des E-Dolmetschers:

„[...] also der Patient hat sich dadurch, glaube ich, auch wohler gefühlt. Weil ER natürlich auch mehr Fragen stellen konnte, also es war nicht nur... [...] Also man bekommt sehr viel mehr Rückmeldung auch vom Patienten und Input, weil sonst fühlt er sich natürlich auch irgendwie wahrscheinlich, also ist er zurückhaltender und traut sich nicht fragen, oder weiß nicht wie er fragen kann und er ist sehr viel aktiver, also...“ (Diätologin 1, ZN 600-607)

Durch das Ermöglichen von Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen können auf lange Sicht vielfältige Probleme und damit verbundener Mehraufwand verringert oder gar vermieden werden, jedenfalls hinsichtlich anfallender Mehrkosten, welche wiederum auf Kosten der Gesamtbevölkerung gehen. Dies wurde durch die Darstellung der qualitativen und quantitativen Daten bereits mehrfach deutlich dargelegt.

In obenstehenden Aussagen der Fragebogenerhebung wird in diesem Zusammenhang noch ein weiterer Gesichtspunkt deutlich, nämlich welche zentrale Rolle den Angehörigen der Gesundheitsberufe als eine Art *Gatekeeper*¹⁷ beim Zugang nicht-deutschsprachiger PatientInnen zur qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung zukommt. In ersterem Kommentar verdeutlicht der Befragte seinen Standpunkt, dass Gesundheitsversorgung nicht einfach barrierefrei für jedermann zugänglich sein sollte. Im Gegenzug für die konsumierte Gesundheitsdienstleistung steht das Erlernen der deutschen Sprache, das scheinbar als Mindestleistung erbracht werden muss und als Beweis für ernst gemeinte Integration dient. Gesundheitsversorgung und Chancengerechtigkeit will, so scheint es aus Sicht einzelner Angehöriger der Gesundheitsberufe, von MigrantInnen erst einmal verdient sein.

¹⁷ Corra und Willer (2002: 180) definierten *Gatekeeper* zum Beispiel wie folgt: „Gatekeepers control access to benefits that they do not own. [...] The gatekeeper acts as a switchman, determining whether clients can actively pursue benefits.“

Dies würde bedeuten, dass Mitgliedern einer Gesellschaft die bestmögliche Gesundheitsversorgung nur dann zustünde, wenn durch das Beherrschen der Landessprache das Recht darauf erworben wurde. Qualitative Unterschiede in der (medizinischen) Behandlung würden folglich in die Verantwortung der (nicht-deutschsprachigen) PatientInnen fallen, welche mit den Folgen einer schlechteren Versorgung durch die selbstverschuldete Sprachbarriere zu rechnen hätten. Damit in Verbindung stünde insofern auch ein gemindertes Recht auf Aufklärung und Einwilligung in eine Heilbehandlung, als diese ohne gelingende Kommunikation nicht in dem vom Gesetz vorgegebenen Ausmaß tatsächlich erfolgen kann.

Das bereits erwähnte zweite der insgesamt zehn Rahmen-Gesundheitsziele (Bundesministerium für Gesundheit 2012) versucht genau an dieser Stelle, nämlich beim Thema der Chancen(un)gerechtigkeit im Zugang zur Gesundheitsversorgung anzusetzen. Dahinter steht die Bemühung, für alle Bevölkerungsgruppen Chancengerechtigkeit bei der Förderung, dem Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit zu ermöglichen. Dies ist allerdings gerade dann nicht der Fall, wenn individuelle Entscheidungen über den qualitätsgesicherten Zugang zur Gesundheitsversorgung für bestimmte PatientInnengruppen durch Angehörige der Gesundheitsberufe zu treffen sind.

Hier liegt es klar in der Verantwortung der Träger, mittels klarer Leitlinien zum kultursensiblen Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen beizutragen und mit einem Angebot an leistbarem und flexiblem qualitätsgesicherten Dolmetschen Chancengerechtigkeit im Zugang zur Gesundheitsversorgung tatsächlich barrierefrei für alle Bevölkerungsgruppen zu schaffen.

c) Effektivität, Effizienz und der Faktor Zeit im medizinischen Betrieb

Eines der am häufigsten genannten Argumente für die Nutzung des E-Dolmetschers war die dadurch bewirkte Möglichkeit der Erhöhung von Effizienz und Effektivität¹⁸ im Arbeitsablauf. Der Faktor „Zeit“ wurde von den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe als einer der in ihrem Arbeitsalltag zentralsten Aspekte betont. Dies verdeutlicht auch untenstehende Aussage einer Hebamme:

„Und bei uns ist leider der Zeitfaktor ein großer Faktor, ja, weil wir in den Vormittag so und so viele Damen rein (atmet sehr tief ein und aus) - - bringen müssen, ja“ (Hebamme 1, ZN 453-454)

Auch eine Medizinerin berichtete über den hohen Stellenwert rasch verfügbarer Lösungsstrategien, gerade im ambulanten Bereich, um der Herausforderung enorm hohen Zeitdrucks in diesem Setting gerecht werden zu können:

„Aufnahmegespräch, Anamnese, ahm, Erstuntersuchung und diese Dinge, und da, da muss es schnell gehen, also da hab ich keine Zeit, dass ich noch ein paar Stunden warte.“ (Medizinerin 10, ZN 347-348)

¹⁸ Mit dem Begriff der Effektivität ist das Ausmaß der Erreichung der angestrebten Ergebnisse/Ziele/Zwecke gemeint, dahingegen meint der Begriff der Effizienz die Mittel und Wege zur Erreichung der Zwecke/Wirkungen/Ergebnisse im Sinne einer Kosten-Nutzen-Relation (Duden Online „Effektivität“/Effizienz“; Online-Verwaltungslexikon [abgerufen am 24.02.2015]).

Die schnelle Verfügbarkeit einer sprachmittelnden Lösungsstrategie stand dabei besonders im Vordergrund. Dies wurde zugleich durch die Ergebnisse der MitarbeiterInnen-Fragebogenerhebung deutlich. So gaben 79 % der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe die schnelle Verfügbarkeit als den von ihnen am wichtigsten empfundenen Aspekt beim Einsatz eines Dolmetschers an (Abbildung 38).

Für die Angehörigen der Gesundheitsberufe war zudem die Aufrechterhaltung eines ungestörten Arbeitsablaufs trotz vorhandener Sprachbarriere von zentraler Bedeutung, womit auch eine der wichtigsten Erwartungen an einen Dolmetscher verbunden war. Dies wird in untenstehender Aussage eines Mediziners gut sichtbar:

„[...] wenn man schon so etwas machen will und durchsetzen will, ja, dass das auch kommt, dann muss man das [...] sage ich einmal, ähm, so machen, dass die Leute eben das auch so nutzen, dass es wirklich super integrierbar ist, dass es sofort verfügbar, also dass es nicht irgendwie – aufhält bei der Arbeit, ja“ (Mediziner 34, ZN 1049-1055)

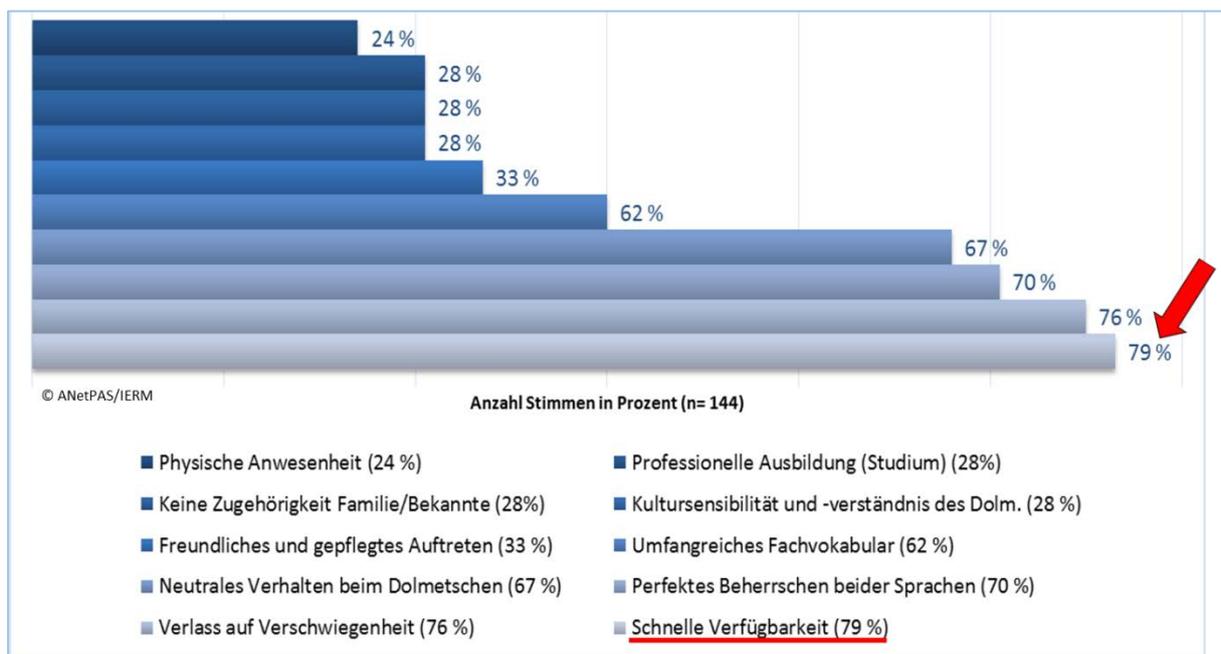


Abbildung 38: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – schnelle Verfügbarkeit

Die Aussage des Mediziners bezog sich gleichermaßen auf den Einsatz von Videodolmetschen wie auf den Einsatz jeglicher sprachmittelnder Lösungsstrategien. So war es den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe sehr wichtig, dass die zum Einsatz kommende sprachmittelnde Lösungsstrategie keinesfalls zu größeren Unterbrechungen und Veränderungen der gewohnten Arbeitsabläufe und Routinen führte. Die Aufrechterhaltung des Arbeitsflusses bei der Überwindung von Sprachbarrieren stand daher im Zentrum des Interesses der Angehörigen der Gesundheitsberufe.

So wurde auch vom Tool Videodolmetschen die höchst mögliche Flexibilität gefordert, was die Mobilität beim Zugang und der Verfügbarkeit des E-Dolmetschers anbelangte. Eine Medizinerin, in deren Haus der E-Dolmetscher nur an einem festgelegten fixen Ort genutzt werden konnte, betonte

die Wichtigkeit, den E-Dolmetscher jedenfalls immer dort verwenden zu können, wo gerade die Versorgung des nicht-deutschsprachigen Patienten stattfand, mit einer Erzählung über eine im Testzeitraum gemachte Erfahrung:

„Zudem hat mein Patient auch nicht aufstehen können. Das heißt ich hab das Bett mit dem Patienten zum Dolmetscher, trotz ausgefahrener Leine hinschieben müssen. [...] Wie gesagt, ich habe in diesem Fall das Bett durch die ganze Ambulanz schieben müssen. [...] Und das war etwas umständlich. Das glaube ich wär nicht gegangen, wenn es unten in der normalen Ambulanz [Anm.: bei vollem Betrieb] wär. [...] Das ist halt der ideale Patient, der da selbstständig hinein kommt, aber das ist ja leider nicht immer die Routine.“ (Medizinerin 7, ZN 247-254; 297; 304-305)

Obenstehendes Zitat unterstreicht dabei erneut die Notwendigkeit räumlich flexibler Nutzungsmöglichkeiten beim Einsatz neuer Kommunikationstechnologien wie dem E-Dolmetscher. Das Anbieten verschiedenster Anwendungsoptionen bei den Endgeräten, also auch der mögliche Einsatz von kleineren, mobileren Geräten wie beispielsweise einem Tablet oder dem Handy, aber auch das Nutzen eigener Hardware stellte daher eine der zentralen technischen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsnotwendigkeiten des Tools Videodolmetschen dar.

Nichtsdestotrotz konnte der E-Dolmetscher bei der Mehrheit der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe durch seine flexible Verfügbarkeit enorm punkten, vor allem in Hinblick auf den garantierten Verlass auf die höchste Qualität der Dolmetschung durch den Einsatz professioneller DolmetscherInnen:

„Hauptvorteil wie gesagt ist für mich die Schnelligkeit und die Professionalität, was ich eben bei - ich will der Firma XY [Anm.: Reinigungsfirma des Hauses] überhaupt nicht(s) unterstellen oder was – die waren, die können das super auch schon, ja. Aber die Fakt-Sachen krieg ich halt beim E-Dolmetscher schneller.“ (Pfleger 23, ZN 1595-1598)

Und auch ein anderer Mediziner betonte im Interview besonders die rasche und komplikationslose Verfügbarkeit und Unmittelbarkeit des E-Dolmetschers im Gegensatz zu anderen Lösungsstrategien:

„Der große Vorteil war, dass er einfach schnell verfügbar ist, das heißt, ich muss keine Termine ausmachen, wann kann er reinkommen, also wann kann der Dolmetscher reinkommen, wann hat der Patient Zeit, wann hat wer vom medizinischen Personal Zeit, ahm – wie gesagt, es ist wirklich komplikationslos gegangen, also schneller Aufbau der Verbindung und dann hat man gleich loslegen können. Also das war halt der große Vorteil.“ (Mediziner 9, ZN 335-339)

Zudem bot der Einsatz von Videodolmetschen im Gesundheitswesen die Möglichkeit, vorhandene Versorgungslücken zu etwaigen Randzeiten – und im Fall der Österreichischen Gebärdensprache auch hinsichtlich des benötigten Sprachenbedarfs – optimal abzudecken, wie das bereits in Kapitel 3.4.2.d und 3.4.2.f aufgezeigt werden konnte. Das Beispiel einer Medizinerin verdeutlicht dies ebenfalls:

„I: Wenn der E-Dolmetscher nicht da gewesen wäre, was hätten Sie da gemacht?

S: Na, dann hätte ich den nachhause schicken müssen, ja, hätte ich ihn heim geschickt, ja. [...] Ja, wäre nicht gegangen. [...] Die Dame, es war eine Frau damals, ja, die hat - also ganz, ganz wenig gesprochen, ja. Das wäre nicht möglich gewesen.“ (Medizinerin 4, ZN 361-372)

Das Verhindern von kosten- und zeitintensiven Verzögerungen aufgrund von unnötigen Mehruntersuchungen und erforderlichen Behandlungsabbrüchen konnte durch den Einsatz von Videodolmetschen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe einen spürbaren Beitrag zur Steigerung der Effizienz in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen leisten.

In einem anderen Zusammenhang wurde das Hinzuziehen des E-Dolmetschers ebenfalls in Bezug auf effizienteres Arbeiten thematisiert. So gestaltete der E-Dolmetscher – durch die physische Abwesenheit des Dolmetschers sowie des Vorteils, nicht mehr die Angehörigen zur Sprachmittlung mit in den Behandlungsraum nehmen zu müssen – die Arbeitsatmosphäre beispielsweise für eine Angehörige der Gesundheitsberufe wesentlich ruhiger. Dadurch war effektiveres Arbeiten und eine Verbesserung der Arbeitsumstände durch die Nutzung von Videodolmetschen möglich geworden, wie in untenstehendem Zitat einer Angehörigen der Pflege sichtbar wird:

„Und – vor allem ist es so, weil - wie soll ich sagen, wenn bei uns ein Patient jetzt, äh in die Behandlung kommt, ah, sind oft gleich vier, fünf Leute um ihn. Also ein extrem lauter Lärmpegel. [...] Und ich hab das als angenehm empfunden [Anm.: dass der Dolmetscher nicht physisch im Raum war], weil es waren zwar, wir waren zwar im Raum a [Anm. TR: auch], zu dritt oder zu viert [...] und dann auch der Videodolmetsch und jeder ist gestanden und hat ein wenig zugehört. [...] Es war RUHE. [...] Also es war auch nicht im Hintergrund, irgendwer richtet was her oder ah fragt was oder ah [...] scheppert mit irgendwas – es war echt RUHIG. [...] Das ist ziemlich entspannt gewesen, die Situation. [...] Muss ich sagen.“ (Pflege 23, ZN 1774-1820)

Eine Hebamme gab an, den E-Dolmetscher beispielsweise als Erleichterung für die Bewältigung ihrer Arbeit empfunden zu haben, da so die Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen möglich war, ohne auf andere externe Hilfestellungen zur Sprachmittlung angewiesen zu sein. Der Einsatz von Videodolmetschen ermöglichte ihr somit das effiziente und effektive Ausführen ihrer Tätigkeit, ohne dabei erneuten beziehungsweise aufgeschobenen Arbeitsaufwand zu erzeugen:

„Naja, es ist insofern eine Erleichterung, dass ich meine Arbeit machen kann, obwohl eben keiner Deutsch spricht, weder von den Angehörigen noch die Patienten selber. Insofern ist es schon eine Erleichterung, wenn ich jemanden habe, dass ich das auch abschließen kann und wirklich meine Arbeit machen kann. Ansonsten ist es ja nur aufgeschoben, ja, weil man muss sie ja noch einmal her bitten, es ist noch einmal das Ganze, ja.“ (Hebamme 1, ZN 504-508)

Eine Medizinerin berichtete darüber, bemerkt zu haben, wie die Verwendung des E-Dolmetschers während einer Behandlung auf die für sie gewohnte Kommunikation mit dem Patienten Einfluss genommen hatte:

„[...] man fragt ja nicht nur drei Sachen und ist dann fertig, sondern man überlegt sich dann was und dann muss man vielleicht noch einmal was fragen, und das heißt, am besten wäre es, die Person wäre dann die ganze Zeit, diese, was weiß ich, halbe Stunde anwesend, aber irgendwann dreht man halt dann ab. Und irgendwann fallen einem danach halt dann noch Fragen ein, die vielleicht auch noch wichtig wären oder so, und die kann man halt dann, oder haben wir dann nicht mehr gestellt, oder ich weiß nicht mehr ob's wirklich so war, aber es ist halt oft so, dann schreibt man wieder etwas, dann fällt einem wieder etwas ein, dann muss man wieder hingehen, aber gut, das ist das einzige, was ein bisschen – komischer ist einfach, weil sonst hab ich den Patienten und dann kann ich einfach, dreh ich den Kopf um und sage, und frage die Frage, die ich halt noch stellen wollte, und ja.“ (Medizinerin 10, ZN 527-536)

So war durch das Hinzuziehen des E-Dolmetschers ein gewisser Druck bemerkbar, das gedolmetschte Gespräch deutlich mehr durchzuplanen und besser zu strukturieren, wie eine der befragten MedizinerInnen weiter ausführte:

„Also, dass man sich vielleicht schneller überlegen muss, was man alles fragen muss, gleich in so eine fix fertige Struktur und am besten mit allen Eventualitäten noch, das eher. Also ich weiß noch, ich hab mir vorher überlegt, was ich jetzt alles wissen will, weil oft passiert es einfach [...] im Gespräch die Fragen und so habe ich gewusst, das ist jetzt meine Chance, die muss ich jetzt nutzen, alles zu fragen.“ (Medizinerin 10, ZN 619-627)

Der Einsatz von Videodolmetschen erforderte also letztendlich von einigen der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe eine Anpassung der gewohnten Kommunikationsstruktur, um die Dolmetschung durch den E-Dolmetscher in das Arzt-Patienten-Gespräch so zu integrieren, dass diese nicht als störend oder unterbrechend empfunden wurde. Diese Adaption der bisherigen Kommunikation wurde besonders an zwei Strukturveränderungen sichtbar:

Einerseits betraf dies die Veränderung des Kommunikationsverhaltens und der Gesprächsstrukturierung während der Behandlung, andererseits die terminliche Planung von Gesprächen mit dem E-Dolmetscher, wobei das zu dolmetschende Gespräch extra auf einen späteren Zeitpunkt außerhalb der eigentlichen Behandlung verschoben wurde.

In ersterem Fall berichteten die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe, dass sie seit der Verwendung des E-Dolmetschers vielfach dazu übergegangen waren, die mit dem Patienten zu erörternden Gesprächsinhalte bereits vorher zu strukturieren. Wenn die Verwendung des E-Dolmetschers beschlossen wurde, versuchten die Angehörigen der Gesundheitsberufe also, durch die Vorausplanung und Strukturierung der Gesprächsinhalte die Dienste des E-Dolmetschers möglichst effektiv zu nutzen, um bestenfalls alles Wichtige kompakt in diesem einen Gespräch abklären zu können. Entsprechend versuchten die MitarbeiterInnen für das geplante Behandlungsgespräch mit dem E-Dolmetscher anhand von Themen- und Fragensammlungen die erforderlichen Informationen möglichst kompakt abzuarbeiten. Dazu berichteten zwei Mediziner sehr anschaulich:

„[...] also wegen zwei, drei Fragen haben wir es nicht gemacht. Da haben wir ein bisschen zusammengespart, außer es ist etwas ganz Wichtiges, ja. Da haben wir es dann ein bisschen geblockt und haben unsere Fragen halt dann ein bisschen gesammelt.“ (Mediziner 17, ZN 580-582)

„[...] wenn man sich entschlossen hat, es zu nutzen, dann hat man's versucht möglichst ausführlich zu nutzen, um halt in kurzer Zeit möglichst viele Informationen einzuholen.“ (Mediziner 16, ZN 760-762)

Eine zweite erkennbare Veränderung des gewohnten Kommunikationsverhaltens beim Einsatz von Videodolmetschen zeigte sich für jene Angehörige der Gesundheitsberufe, die dazu übergegangen waren, die Arzt-Patienten-Gespräche gezielt auf spätere Zeitpunkte zu verlegen und den E-Dolmetscher nicht unmittelbar während der Behandlung hinzuzuziehen. Die nicht-deutschsprachigen PatientInnen wurden etwa gebeten, zu einem vereinbarten Zeitpunkt nach der regulären Ordinationszeit wiederzukommen, um ausführlichere und kompliziertere Inhalte dann mit Hilfe des E-Dolmetschers abzuhandeln. In diesen Fällen wurde beim ersten Zusammentreffen nur das Notwendigste untersucht und die Diskussion der Ergebnisse und anderer wichtiger Informationen zu einem späteren Zeitpunkt mithilfe des Videodolmetschers gebündelt angegangen. Als Gründe für diese Veränderung nannten die Befragten in diesem Zusammenhang auch den Faktor „Zeit“. Dabei wurde angegeben, dass den Befragten das Führen dieser videogedolmetschten Gespräche während der regulären Ordinationszeiten als zeitlich nicht realistisch durchführbar erschien. Dies hing wiederum unmittelbar mit der in den Häusern jeweils möglichen Mobilität und Flexibilität des E-Dolmetscher-Geräts zusammen, also ob eine direkte nahtlose Einbindung des E-Dolmetschers in die Behandlung – ohne unterbrechenden erforderlichen Raumwechsel etc. – überhaupt möglich war. Dazu berichtete ein Mediziner:

„[...] an den Tagen, wo wir Ordination haben, ah, teilen wir die halt zu gewissen Zeiten ein und dann schließ ich das gerne dann, dass ich sag, wir sehen uns dann danach noch einmal, weil sonst muss ich die Ordination unterbrechen, muss da runter gehen, die anderen Leute warten derweil, da geht nichts weiter, und folglich schließ ich das nach der Ordination dann an, da hab ich meistens dann am Nach-, also am Vormittag noch einen Termin, und da wäre sonst kein Platz mehr, weil da bin ich dann wieder anders funktionell eingesetzt, ja, mit Ultraschall und so weiter, und da hab ich dann einen Nachmittagstermin. Und nach dem ersten Nachmittagstermin, der meistens so eins bis zwei (Uhr, Anm. TK) etwa ist, dann kann ich in aller Ruhe das dann noch machen.“ (Mediziner 5, ZN 1112-1120)

Nachfolgendes Zitat eines Mediziners thematisierte zudem noch einen weiteren interessanten Aspekt: Nämlich die Befürchtung, das Ermöglichen von barrierefreier Kommunikation durch den E-Dolmetscher könne einen Zuwachs an zusätzlich zu versorgenden, nicht-deutschsprachigen PatientInnen bedeuten. Damit einher ging die Sorge, die derzeit vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen deutlich überzustrapazieren und den großen befürchteten Ansturm letztendlich nicht mehr bewältigen zu können, da sich damit das Arbeitspensum um ein Vielfaches erhöhen würde.

So empfand die Hälfte der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe die Versorgung von nicht-deutschsprachigen PatientInnen schon grundsätzlich als zeitaufwendiger, wie bereits in Kapitel 3.4.1. anhand der Abbildung 8 dargestellt wurde. Daran änderte auch der Einsatz von Videodolmetschen zur Überwindung von Sprachbarrieren für die Befragten nichts Grundlegendes, da der gefühlte Mehraufwand für die nicht-deutschsprachige PatientInnengruppe in der einen oder anderen Form scheinbar trotzdem aufrecht blieb. Dazu berichtete ein Mediziner:

„[...] wenn das kommt und wir dann quasi tatsächlich nicht-deutschsprechende Menschen führen, ah, dass sicher dann, vor allem hat man dann nicht einen, sondern mehrere solcher Patienten dann, dass man mit den Zeitressourcen dann bald am Ende steht, weil wir jetzt auch schon zeitlich sehr eingeschränkt sind und dann, tja. Das sehe ich als Problem, dass dann einfach argumentiert wird: ‚Okay, diese Geräte sind jetzt bei euch, ab sofort kommen lauter nicht-deutschsprachige Patienten.‘ Ah, es dauert dann doch einfach länger, ja. [...] Ja, es ist ein zweischneidiges Schwert, weil einerseits wird dann sicher argumentiert werden: ‚Okay, der E-Dolmetscher ist anwesend. Es werden nicht-deutschsprechende Patienten geführt‘, aber was mache ich mit Bereichen, wo der dann doch nicht greifbar ist? Unterwegs, im Wald, in der Schwimmhalle?“ (Mediziner 22, ZN 794-799; 814-817)

Der kritische Verweis einiger befragter MitarbeiterInnen auf generell bereits sehr knapp bemessene zeitliche und personelle Ressourcen wurde beispielsweise in Verbindung mit dem Einsatz von sprachmittelnden Angehörigen der Gesundheitsberufe oder dem steigenden Zeitdruck zur Bewältigung des täglichen Arbeitspensums erwähnt und ausführlich diskutiert. Bezugnehmend auf das neue Tool Videodolmetschen zeigte sich daher erneut deutlich, dass bei der zum Einsatz kommenden Videokonferenzlösung die Erhöhung der Setting-Orientierung im Versorgungsbetrieb einen wesentlichen Beitrag zur routinemäßigen und effizienten Nutzung eines solchen neuen Tools darstellt.

d) Zur Wichtigkeit von Audio UND Video bei gedolmetschten Gesprächen

Eine mit der Evaluierung des Videodolmetsch-Tools unmittelbar in Zusammenhang stehende Frage war natürlich, inwiefern das Anbieten von Videodolmetschen einen Mehrwert gegenüber dem beispielsweise in der Schweiz standardmäßig angebotenen Telefondolmetschen¹⁹ bot. Die Frage war daher, inwieweit sich der im Vergleich zum Telefondolmetschen entstandene, etwas höhere technische Aufwand tatsächlich rechnen würde. Welchen Stellenwert hatte die zusätzliche visuelle Ebene im Vergleich zur reinen Audioübertragung bei Telefondolmetschungen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die PatientInnen und natürlich auch für die DolmetscherInnen? Diese Frage war daher für die Testung des Tools Videodolmetschen, gerade unter Berücksichtigung der Wichtigkeit und des hohen Anteils von ca. 70 % nonverbaler Kommunikation in der Kommunikation generell (Bronszinsky-Schwabe 2011: 117), von besonderem Interesse.

Nur 24 % (n= 144) der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe – wie bereits in Kapitel 3.4.4.a diskutiert – hatten beim Einsatz eines Dolmetschers dessen physische Anwesenheit als den wichtigsten

¹⁹ Nähere Informationen zum angebotenen Nationalen Telefondolmetschdienst in der Schweiz finden Sie unter folgendem Link: www.0842-442-442.ch.

Aspekt angegeben. Trotzdem schien es für die Befragten dabei gleichzeitig nicht ganz irrelevant zu sein, dass der Dolmetscher – obwohl er sich zwar nicht unbedingt im gleichen Raum befinden musste – dann zumindest gesehen und nicht nur gehört wurde. Entsprechend bewerteten immerhin 70 % der Befragten diesen Aspekt mit einer 1 oder 2 auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 1 für ‚sehr wichtig‘ und 5 für ‚gar nicht wichtig‘ stand (Abbildung 39).

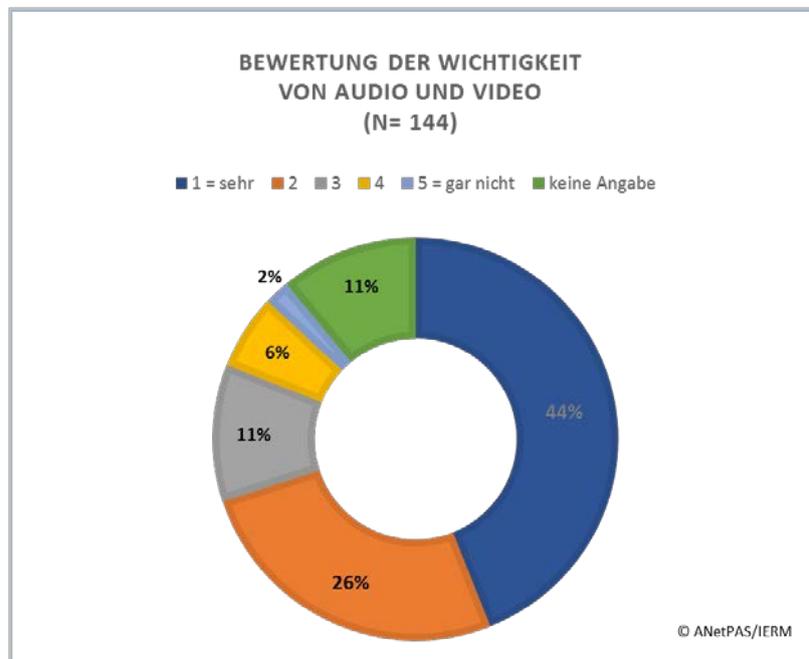


Abbildung 39: Bewertung der Wichtigkeit von AUDIO und VIDEO beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers

Eine befragte Medizinerin gab in der qualitativen Erhebung an, den Dolmetscher während der Dolmetschung bevorzugt auch sehen und nicht nur hören zu wollen, da ihrer Überzeugung nach andernfalls ein wesentlicher Teil fehlen würde:

„S: Naja - also mir ist es schon wichtig, dass ich diesen Menschen sehe, und ich glaube, es ist auch für die Untersuchungssituation für den Patienten selber auch wichtig, dass der den sieht. Wobei ich das jetzt nicht wirklich argumentieren kann, das ist so ein Gefühl jetzt, gell. – Ja, also nur zu hören, da würde mir etwas fehlen, ja.

I: Mhm. Vielleicht auch gerade von der Mimik und von der Gestik, glauben Sie, dass das –

S: Wobei, ich meine, die Mimik, Gestik ist immer für mich vom Patienten natürlich interessant-, äh wichtiger, ja, als das vom Dolmetsch, wobei schon auch, ja - - ja, es fehlt einfach was im Gespräch – wenn das Bild nicht da ist.“ (Medizinerin 4, ZN 589-592)

Abbildung 40 zeigt nochmals zusammenfassend die von den Angehörigen der Gesundheitsberufe als am wichtigsten eingestuften Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers in einem Ranking. Dabei gaben 44 % der Befragten an, besonders darauf Wert zu legen, dass der Video-Dolmetscher auch gesehen und nicht nur gehört wurde.

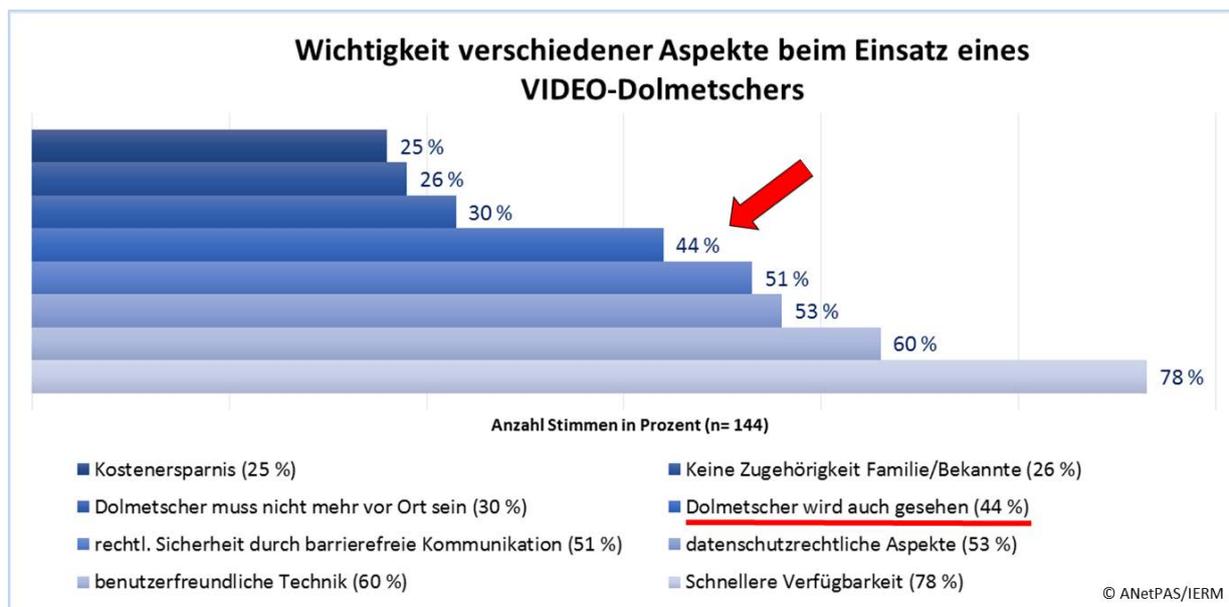


Abbildung 40: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – Audio und Video

Die Möglichkeit, den Dolmetscher nicht physisch im Raum präsent zu haben, war für eine andere befragte Medizinerin sogar komplett vernachlässigbar, da sie diesen durch den E-Dolmetscher ja sehen konnte und somit als im Raum anwesend empfand. In untenstehendem Interviewausschnitt kommt nochmals die hohe Bedeutung des Sehen- und Erkennen-Könnens nonverbaler Kommunikation, also der Mimik und der Gestik, für eine als gelungen und vollständig empfundene Unterhaltung zum Ausdruck:

I: Wie war es eigentlich für Sie, dass der Dolmetscher nicht im Raum war?

S: -- Dass der Dolmetscher nicht im Raum war?

I: Genau, also dass er quasi nicht physisch anwesend war unter Anführungsstrichen?

S: Das war gar kein Problem.

I: War das für Sie ganz...

S: Weil ich hab ihn eh gesehen.

I: (lacht) Okay.

S: Er war für mich eh im Raum. (lacht etwas)

I: Okay, also es war wichtig für Sie, dass Sie ihn sehen, dass wenn Sie...

S: Ja schon, doch, weil ich dann auch halt irgendwie die Mimik dann auch sehe, oder das Gesprochene, ich finde das ist schon. Ist mir lieber, als nur ein Telefongespräch.“ (Medizinerin 20, ZN 626-645)

Angehörige der Gesundheitsberufe berichteten außerdem, dass ihnen *remote* hinzugezogene SprachmittlerInnen bereits aus dem früheren Arbeitsalltag noch vor der Testung des E-Dolmetschers bekannt waren, beispielsweise wenn Angehörige oder Bekannte der PatientInnen via Telefon zur Behandlung hinzugerufen wurden (siehe dazu auch Kapitel 3.4.1.c). Eine Medizinerin bekundete in untenstehender Aussage beispielsweise ihre negativen Erfahrungen damit, wenn Dritte von Seiten der PatientInnen sprachmittelnd per Telefon zur Behandlung hinzugezogen wurden:

„Telefon ist auch öfter, was NOCH schlimmer ist, NOCH schwieriger eigentlich, weil man dem Patienten, also die sich nicht einmal sehen, also die Interaktion auch nicht mitbekommt. Also das finde ich NOCH blöder... [...] und umständlicher, weil dann stell ich einmal eine Frage, dann muss ich sie [Anm.: die sprachmittelnde Person am Telefon] ihm weitergeben, dann –naja.“
(Medizinerin 10, ZN 252-259)

Eine andere Medizinerin berichtete, dass sie diese Lösungsstrategie in einem Fall sogar selbst, mit einer ihr bekannten – jedoch dem Patienten unbekanntem – fremdsprachigen Person initiiert hatte:

„Das Einzige, was ich einmal gemacht habe, ist halt dann – einmal, mmh, eine Bekannte angerufen habe, wo ich gewusst habe, dass sie die Sprache spricht, die das halt gedolmetscht hat. Irgendwie, hab ich es dann auch gelassen, weil ich denke mir, das ist jetzt nicht irgendwie professionell, so weit entfernt und - habe ich eigentlich nicht mehr gemacht.“ (Medizinerin 20, ZN 294-297)

Dabei störte sie scheinbar besonders die Tatsache, dass die sprachmittelnde Person ihr persönlich näher stand als dem Patienten, wodurch für sie das Gefühl einer unprofessionellen Grenzüberschreitung aufkam. Dies verdeutlicht allerdings auch besonders gut den schmalen Grat bei der Beurteilung durch Angehörige der Gesundheitsberufe, ob das Heranziehen von sprachmittelnden Personen als zulässig erachtet wurde oder nicht. Aus obenstehender Aussage lässt sich somit schließen, dass die Beurteilung der Zulässigkeit sprachmittelnder Dritter maßgeblich davon beeinflusst war, wer diese vorschlug und in welcher Beziehung diese zum Patienten standen.

Ein anderer Mediziner hatte bereits im Rahmen einer vorangegangenen Anstellung im Ausland Erfahrungen mit dem Einsatz von Telefondolmetschen sammeln können und stellte diese nun in Vergleich zu den Erfahrungen mit dem Tool Videodolmetschen während der Testphase:

„S: Ahm, eigentlich überhaupt kein Problem. [Anm.: die physische Abwesenheit des Dolmetschers] Also, das war mir egal. Ich hab's sogar schön gefunden, dass ich ihn sogar sehe, also dass man zumindest des Video hat, weil zum Beispiel in New York wie ich war, haben wir nur Telefone gehabt mit zwei Hörern, das hab ich dann, das war schon schwieriger irgendwie, als wenn man den sieht und der auch noch so interagieren kann.

I: Warum war das schwieriger?

S: Rein vom Ablauf her, weil ich quasi reinspreche in den Hörer, der hört das, weiß nicht, bin ich jetzt schon fertig oder möchte ich noch was und die Interaktion ist schwieriger ohne dass man den sieht.“ (Mediziner 9, ZN 359-362)

Sowohl durch die quantitativen als auch qualitativ erhobenen Daten der Angehörigen der Gesundheitsberufe konnte also gut aufgezeigt werden, dass für die Durchführung möglichst authentischer Gesprächssituationen bei Dolmetschungen das Nutzen sowohl von Audio wie auch Video als sehr wichtig empfunden wurde. Wie bereits in Kapitel 3.4.4.a in Zusammenhang mit der Herstellung intimer Gesprächssituationen diskutiert wurde, hätte der Wegfall der visuellen Ebene

wahrscheinlich einen weiteren negativen Einfluss darauf genommen. Auf den Einfluss des Tools Videodolmetschen auf die Dolmetschsituation aus Sicht der in das Projekt involvierten Video-DolmetscherInnen soll noch in Kapitel 3.4.5. genauer eingegangen werden.

Durch den heutigen modernen Stand der Kommunikationstechnologie und ihre bereits weit fortgeschrittene Integration in das tägliche Leben ist Videokommunikation – beispielsweise mit Skype oder FaceTime – für einen großen Teil der Bevölkerung schon fast alltäglich geworden. Ein Mediziner bestätigte dies noch mit seiner Aussage:

„Wir sind es alle mittlerweile eh gewohnt, dass man über, in einen Bildschirm hinein redet, oder sonst wo, ja das ist jetzt nicht so die, das, ähm – also ich kann nur bei den Patienten, hat es irgendwie keinen, hat jetzt keiner irgendwie groß -, wie soll ich sagen, ein Aha-Erlebnis, dass er, was das jetzt ist, oder so, also es ist sehr schnell angenommen worden.“ (Mediziner 31, ZN 526-530)

Entsprechend führte das Nutzen von Videodolmetschen auch zu keinerlei größeren Verunsicherungen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe oder den nicht-deutschsprachigen PatientInnen und konnte somit gut in das vorherrschende Verständnis von Nutzung und Integration moderner Technik im medizinisch-pflegerischen Alltag eingefügt werden.

e) Die Macht der Gewohnheit

Einen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit der Nutzung des E-Dolmetschers nahm die Gewohnheit hinsichtlich bisheriger Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen. Dabei trug die verhältnismäßig kurze Dauer der Testphase von sechs Monaten dazu bei, dass das neue Tool Videodolmetschen nur von einem Teil der involvierten Angehörigen der Gesundheitsberufe genutzt werden konnte, wie dies auch eine Medizinerin bestätigte:

„Und ja, zumindest eben, ein halbes Jahr klingt sehr lang, aber ich, wie gesagt, ich hab nur wenig, also selten die Möglichkeit gehabt, es dann zu verwenden, ja, eben weil ich auch nicht so viel untersuche, ja. [...] Und von dem her war auch einfach dieser Gewöhnungseffekt nicht so gegeben, ja. Also ich denke mir, wenn ich das jeden Tag gemacht hätte, wäre mir das wahrscheinlich mittlerweile völlig normal, ja.“ (Medizinerin 4, ZN 808-816)

Oft stellte sich aber auch die Tatsache, dass PatientInnen „DolmetscherInnen“ (also Angehörige oder Bekannte etc.) eigenständig zur Untersuchung mitbrachten, als problematisch und für die MitarbeiterInnen als hemmend heraus, da befürchtet wurde, das Ablehnen der eigens mitgekommenen Personen könnte auf Unverständnis und Ärger stoßen. Ein Mediziner begründete die Inanspruchnahme der eigens von PatientInnen zur Sprachmittlung mitgebrachten Begleitpersonen als ein Zeichen seiner Wertschätzung und Anerkennung der Integrationsleistung diesen Begleitpersonen gegenüber, da diese sich ja die Mühe gemacht hatten, Deutsch zu lernen und nun hilfreich zur Seite

standen. In untenstehendem Interviewausschnitt wurde seine Sorge gut sichtbar, dass eine Zurückweisung der sprachmittelnden Angehörigen ihre Gefühle verletzen würde:

„S: [...] weil manchmal fühlen sich die halt vielleicht dann auch wieder ausgeschlossen und dann haben die wieder vielleicht das Gefühl, jetzt kann ich doch nicht gut Deutsch, da muss man halt auch aufpassen, gell? Also die fühlen sich dann doch ein bisschen ‚warum nimmt der mich nicht ernst?‘, ja? Und dann ist das Vertrauen auch nicht mehr so da, muss man auch sagen, ja. [...] Weil der fühlt sich dann vielleicht doch auch, der ist eigentlich, was weiß ich, zehn Jahre in Österreich, oder was auch immer, glaubt eben der Sprache auch gut mächtig zu sein und dann übergeht man den, ja, und das finde ich eigentlich dann auch nicht gut, weil dann denkt sich der ‚ja, habt mich gern, jetzt habe ich extra Deutsch gelernt und jetzt nehmt ihr mich nicht, ich mühe mich ab und jetzt nimmt man mich erst nicht ernst‘, ja, das finde ich eigentlich für den auch schade, ja.

I: Also für Sie wäre das wichtig, dass Sie damit sozusagen auch den Respekt der Deutschlernleistung gegenüber...

S: Genau, ja, natürlich, die Deutschlernleistung auch schätzt, ja. Wenn einer schon Deutsch lernt und bemüht ist und dann soll er es auch anwenden können, finde ich. Ja, klar.“ (Mediziner 34, ZN 465-469; 477-487)

Neben eventuell vorhandenen Bedenken der Angehörigen der Gesundheitsberufe in Bezug auf negative Reaktionen bei Zurückweisung mitgebrachter Angehöriger als SprachmittlerInnen wie auch deren Einbindung als Geste von Respekt und Anerkennung von bisheriger Spracherwerbsleistung spielte der Faktor „Zeit“ auch in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Dazu berichtete eine Medizinerin:

„[...] weil das Wichtigste ist, sozusagen, in der Ambulanztätigkeit oder im alltäglichen Leben - im Krankenhaus ist, dass es schnell einsetzbar ist, dass man halt dann keine Zeitverzögerungen, Zeitverlust hat, weil – es muss eh alles schnell gehen, Patientenzahlen sind groß, oder – es geht einfach immer alles um Zeit, ja und dann darf es zu keinen Verzögerungen kommen und wenn etwas zur Verzögerung führt, dann wird es nicht benutzt - oder weniger genutzt.“ (Medizinerin 20, ZN 995-999)

Aus obenstehender Aussage der Medizinerin lässt sich das hartnäckige Festhalten an bisherigen Lösungsstrategien – ungeachtet ihrer wohl bekannten niedrigeren Qualität, wie dies beispielsweise bei sprachmittelnden Angehörigen oder fremdsprachigen MitarbeiterInnen der Fall ist – gut erklären.

Wie untenstehende Zitate zweier Mediziner gut veranschaulichen, konnte das neue Videodolmetsch-Tool – wie bereits in Kapitel 3.4.4.c diskutiert – trotzdem bei den befragten MitarbeiterInnen gerade durch seine rasche Verfügbarkeit vielfach punkten. Dabei wurde allerdings auch deutlich, dass die bisherigen Lösungsstrategien nichtsdestotrotz von den meisten Befragten als noch unmittelbarer verfügbar empfunden wurden:

„[...] die Angehörigen, haben sich eigentlich im Alltag, es geht schnell, es ist eigentlich, ja, ich mein, das geht auch schnell [Anm.: Videodolmetschen], keine Frage, aber es ist irgendwie, wenn die schon dabei stehen und das eben so sagen“ (Mediziner 34, ZN 463-465)

[...] wenn vorhanden -- Mitarbeiter. Weil die am, dann meistens am schnellsten verfügbar waren. Bis, bis wir halt das Videodolmetsch-Ding hatten, das, das war dann zumindest für die Sprachen, die angeboten waren dann noch schneller verfügbar. Ahm, aber davor waren's sicherlich die Mitarbeiter in erster Linie und - ja. Und für den Alltagsgebrauch Händ und Füß.“ (Mediziner 16, ZN 179-182)

Ein vielfach genannter entscheidender Punkt der (Nicht-)Nutzung des E-Dolmetschers war die sprichwörtliche „Macht der Gewohnheit“. So führten die Angehörigen der Gesundheitsberufe oft gerne aus Gewohnheit jene bisherigen Lösungsstrategien fort, welche sich nach wie vor unmittelbar und ohne notwendige Abänderung der gewohnten Abläufe anboten. Eine Angehörige der Pflege antwortete beispielsweise auf die Frage nach einer möglichen Erklärung für die niedrige Anzahl der Video-Calls in ihrem Bereich mit den Worten:

*„S: Das kann ich leider nicht sagen, also nicht von der Pflege her, von der ärztlichen Seite her.
[Anm.: Bezug Ablehnung des neuen Tools]*

I: Was haben Sie das Gefühl gehabt, warum ist das abgelehnt worden? Was war Ihr Eindruck?

S: Das Gefühl war, weiß ich nicht. Das Gefühl habe ich gehabt ‚Das ist etwas Neues und dem stellen wir uns nicht.‘ “ (Pflege 28, ZN 561-570)

Ein Mediziner erklärte die zögerliche Verwendung des Videodolmetsch-Tools in seiner Abteilung zum Beispiel wie folgt:

„Aber es ist natürlich so, da ist das Hemd näher als der Rock, nicht? Wenn dann, wenn dann sozusagen, weil mit der, zum Telefon-Dolmetsch muss ich mich auch bemühen dass (er) hinkommt sozusagen, er muss einmal an den Fleck kommen und muss dran denken, und da ist es einfach so, dass ich, dass das sozusagen unsere gängige Version ist. [...] aber wie gesagt da ist es einfach so, dass das Gängige und das Schnellere und das Gewohntere einfach die Angehörigen sind.“ (Mediziner 30, ZN 728-734)

Ein anderer Mediziner berichtete sogar, dass ihm diese „Macht der Gewohnheit“ gerade in der Testphase des E-Dolmetschers besonders bewusst und vor Augen geführt wurde, weil seine KollegInnen weiterhin die bisherigen Lösungsstrategien im Arbeitsalltag dem neuen Tool Videodolmetschen vorzogen:

„Na, mir wurde das so richtig klar jetzt währenddessen unser Dolmetscher [Anm.: der E-Dolmetscher] da stand, dass es die Leute eh gewohnt sind, das irgendwie zu lösen. Ja, also die

holen sich dann wirklich die Kinder, die übersetzen, irgendwelche Onkels, irgendwelche Leute, die aus dem gleichen Sprachraum kommen.“ (Mediziner 21, ZN 130-132)

Dass der Einsatz des Tools Videodolmetschen aufgrund verschiedenster Faktoren nicht in allen Settings unmittelbar möglich weil zum Teil mit Raumwechsel oder unterschiedlichen organisatorischen Vorbereitungen verbunden war, nahm zusätzlich Einfluss auf das Nutzungsverhalten der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Hinzu kam das nach Datenschutzgesetz (DSG 2000) erforderliche Einholen des Einverständnisses der PatientInnen. Dieses hatte in manchen Häusern in schriftlicher Form zu erfolgen und sorgte somit für zusätzliche Verzögerung im Arbeitsablauf und zur Bildung einer Nutzungshürde bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Eine befragte Medizinerin diskutierte in ihrer Aussage den Einsatz des E-Dolmetschers auch nochmals hinsichtlich des dadurch empfundenen organisatorischen beziehungsweise administrativen Aufwands im Arbeitsalltag und der Bedenken in Bezug auf eine Zurückweisung der mitgebrachten Angehörigen:

„Ja, aber eben, weil es halt trotzdem – ein bisschen aufwendiger ist. Eh nicht wesentlich, aber trotzdem – mh, man muss das Gerät holen, man muss den Bogen [Anm.: die Einverständniserklärung zur Videodolmetschung] ausfüllen und wenn da Angehörige da sind, dann werden sich die auch fragen, warum man das jetzt hinstellt, wenn sie eh Deutsch sprechen, ja.“ (Medizinerin 10, ZN 677-680)

Im Zuge der Interviewerhebung erstellten die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe auch ein Ranking (Abbildung 41) bezüglich der Anwendung von Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren im Arbeitsalltag (siehe dazu Kapitel 3.4.1.c). Dabei zeigte sich, dass der E-Dolmetscher mehrheitlich erst nach den Angehörigen der PatientInnen²⁰ genutzt wurde. Zudem war aus dem Ranking gut herauszulesen, dass die bevorzugte Lösung der MitarbeiterInnen jedenfalls das eigenständige Kommunizieren mit den nicht-deutschsprachigen PatientInnen gewesen wäre (unter der Voraussetzung des Vorhandenseins erforderlicher Fremdsprachenkompetenzen). Dies unterstrich nochmals deutlich das bereits in Kapitel 3.4.4.b diskutierte große Bedürfnis der MitarbeiterInnen, trotz vorhandener Sprachbarrieren eigenständig und unabhängig ihren Tätigkeiten nachgehen zu können.

Erfreulicherweise wurde zudem angegeben, dass der E-Dolmetscher vielfach trotz oben genannter Gegenargumente noch vor den sprachmittelnden Angehörigen der Gesundheitsberufe als Lösungsstrategie verwendet wurde. Demnach konnte eine potentielle zeitliche und personelle Entlastung der Angehörigen der Gesundheitsberufe (siehe dazu unter anderem Kapitel 3.4.1.b, 3.4.1.c sowie Kapitel 3.4.4.c) durch den Einsatz von Videodolmetschen gut sichtbar gemacht werden. Aber auch der Einsatz von FreundInnen und Bekannten der PatientInnen sowie von anderen PatientInnen beziehungsweise PensionswerberInnen reihten sich im Ranking der Nutzung deutlich hinter dem E-Dolmetscher ein (Abbildung 41).

Durch das Erheben dieses Rankings (Abbildung 41) war es außerdem möglich, die den MitarbeiterInnen bekannten und zur Verfügung stehenden aktuellen Lösungsstrategien in den

²⁰ Dazu zählten EhepartnerInnen, Kinder oder andere Familienangehörige der PatientInnen.

jeweiligen Häusern überblicksmäßig zu erfassen. Dadurch wurde klar erkennbar, dass aus Sicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe kaum ein teilnehmendes Haus über professionalisierte Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren verfügte. Dies begünstigte wiederum unmittelbar die Verwendung bisheriger Lösungsstrategien wie dies auch Meyer et al. festhielt: „[...] the lack of interpreting services forces non-proficient patients and medical professionals to (ab)use bilingual family members as interpreters.“ (Meyer et al. 2010: 297) In den meisten Fällen konnte daher von den Angehörigen der Gesundheitsberufe auf sogenannte „Dolmetscherlisten“ – auf welchen MitarbeiterInnen des Hauses mit ihren Fremdsprachenkenntnissen zur Sprachmittlung aufgelistet waren – zurückgegriffen werden.

Darüber hinaus war den befragten MitarbeiterInnen, mit Ausnahme des Settings der Pensionsbegutachtung und vereinzelter positiver Ausnahmen, keine von der Institution oder der Leitung der Häuser vorgegebene einheitliche Leitlinie zum Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen oder der Verwendung professioneller DolmetscherInnen bekannt. Der Zugang zu qualitätsgesicherten Lösungsstrategien in Form von professionellen DolmetscherInnen – falls diese Option überhaupt zur Verfügung stand – war dann meist mit einem stark erhöhten administrativen Aufwand (beispielsweise mit dem Ausfüllen von Formularen zu deren Beantragung etc.) verbunden.

Interessant war auch zu sehen, dass die von den Institutionen angebotenen professionalisierten Lösungsstrategien – wie beispielsweise das Hinzuziehen eines (externen) professionellen Dolmetschers, eines hausinternen Dolmetschdienstes²¹ oder auch eines externen Telefondolmetschservices – in der Testphase ebenfalls erst nach dem E-Dolmetscher zum Einsatz kamen, aber auch grundsätzlich weiter hinten im Ranking, beginnend an 5. Stelle, eingereiht wurden (Abbildung 41).

Im Zuge der Interviewerhebung wurde die Verwendung bisheriger Lösungsstrategien von den Angehörigen der Gesundheitsberufe auch immer wieder vor allem mit dem einen Argument begründet, dass keine konkreten Fälle oder Situationen bekannt wären, bei denen zweifelsfrei bewiesen gewesen oder unmittelbar bemerkt worden sei, dass eben genau durch die Verwendung dieser alt bewährten Strategien tatsächlich ein Schaden für den Patienten entstanden wäre.

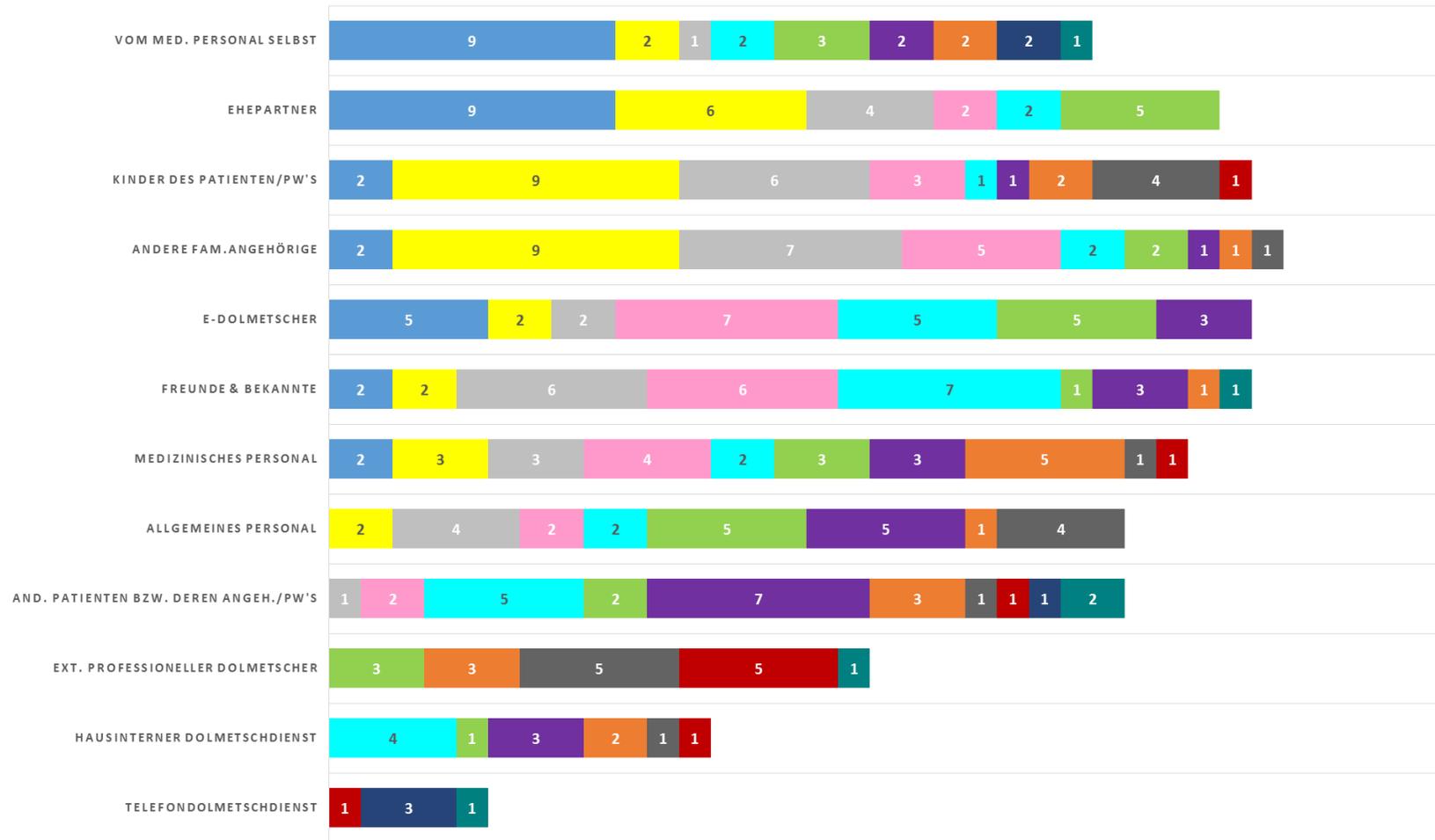
²¹ Im Zuge der Interviews wurde diesbezüglich deutlich, dass die Bezeichnung „hausinterner Dolmetschdienst“ – also professionelle oder semi-professionelle, aber jedenfalls im Dolmetschen geschulte Personen (wie dies beispielsweise im St. Anna Kinderspital oder bei den muttersprachlichen BeraterInnen des Wr. KAV der Fall ist) – oft als jene „Dolmetscherliste“ missverstanden wurde, auf welcher fremdsprachiges Personal eingetragen war.

RANKING ANWENDUNG LÖSUNGSSTRATEGIEN

VON DEN BEFRAGTEN ANGEHÖRIGEN DER GESUNDHEITSBERUFE GENANNT AN:

■ 1. Stelle ■ 2. Stelle ■ 3. Stelle ■ 4. Stelle ■ 5. Stelle ■ 6. Stelle ■ 7. Stelle ■ 8. Stelle ■ 9. Stelle ■ 10. Stelle ■ 11. Stelle ■ 12. Stelle

LÖSUNGSSTRATEGIEN



© ANetPAS/IERM

Abbildung 41: Anwendung von Lösungsstrategien in einem von den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe angegebenen Ranking

In untenstehendem Interviewausschnitt erzählte ein Mediziner, dass es bisher noch keine Fälle gegeben habe, bei welchen es durch die Anwendung der bisherigen Lösungsstrategien zu Problemen gekommen wäre. Er erwähnte lediglich Beschwerden von PatientInnen, welche sich aufgrund ihrer Herkunft schlechter behandelt gefühlt hätten, brachte dies allerdings nicht unmittelbar mit einer von den PatientInnen empfundenen Benachteiligung durch Sprachbarrieren während der Behandlung in Verbindung:

„[...] wir haben damit eigentlich noch nie Probleme gehabt, sagen wir's einmal so. Also auf der anderen Seite, wir haben noch nie irgendwelche Schwierigkeiten gehabt, weil jemand gesagt hat er hat's nicht verstanden und wir haben ihn da über den Tisch gezogen, ich weiß nicht ob das irgendwann einmal kommen wird, ja? Aber es laufen ununterbrochen irgendwelche Beschwerdefälle, aber DAS war nie ein Problem. [...] das Einzige was die Leute, was die Leute hin und wieder auch reklamieren ist, dass wir, sie werden schlecht behandelt, weil sie Ausländer sind. [...] Aber wegen der Sprachbarriere selber war nie ein Problem.

I: Das heißt wenn sie sagen sie werden schlecht behandelt oder schlechter behandelt, dann führt das nie auf irgendwelche Sprachhürden zurück, haben Sie das Gefühl?

S: Ja, das - da kommt halt, das ist halt - NEIN. Sondern, sondern einfach wenn er sagt okay, der spricht jetzt schlecht Deutsch und deswegen kommt er nicht gleich dran oder

I: Okay.

S: wird blöd angeredet oder oder wird schlechter behandelt, man (kriegt) halt manchmal das Gefühl, ja? (Mediziner 30, ZN 786-829)

Eine Angehörige der Pflege berichtete beispielsweise sehr überzeugt vom Funktionieren der bisherigen Lösungsstrategien, was für sie durch deren Beibehaltung als bestätigt galt:

„I: Haben Sie Erfahrungen gemacht, wo es kritisch war? Oder wo Sie das Gefühl hatten es sind Inhalte nicht korrekt, oder unvollständig vermittelt worden?

S: Das kann ich jetzt im Detail nicht sagen. Beim Aufklärungsgespräch bin ich ja meistens nicht dabei, aber nein. Glaube ich nicht, weil sonst hätten sie schon was geändert daran.

I: Okay, gut.

S: Wenn ein Arzt es bezweifeln würde, dass ein Patient das nicht verstanden hat, oder umgekehrt. Die Patienten könnten ja auch sagen: ‚Ich versteh das nicht!‘ “ (Pflege 29, ZN 269-278)

Die befragte Angehörige der Pflege unterstrich damit ihr großes Vertrauen in die Einschätzungsfähigkeit ihrer KollegInnen, betonte aber gleichzeitig auch die von ihr vorausgesetzte und erwartete Eigenverantwortlichkeit der nicht-deutschsprachigen PatientInnen. Die Verantwortung für gelingende Kommunikation und das Verstehen der Aufklärung war aus ihrer Sicht jedenfalls auch auf Seiten der PatientInnen und nicht allein bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe anzusiedeln und einzufordern.

In diesem Zusammenhang stellt sich also generell die Frage, inwiefern PatientInnen eine gewisse Mitverantwortlichkeit trifft und dieser sich daher (in gleichem Ausmaß wie die Angehörigen der

Gesundheitsberufe) verantwortungsbewusst darum zu bemühen hat, die Aufklärung zu verstehen und weitestgehend zu ermöglichen:

Kommen der Patient und der Behandler überein, dass sie einen Behandlungsvertrag abschließen, treffen sowohl den Behandler als auch den Patienten Pflichten. So hat der Patient seinerseits eine Informations- und Mitwirkungspflichten. Sollte sich im Laufe des Behandlungsgeschehens allerdings herausstellen, dass seine Deutschkenntnisse nicht ausreichen, wodurch der Arzt seiner Verpflichtung, eine Behandlung *lege artis* durchzuführen, nicht nachkommen kann, muss eine Lösung für die Sprachbarriere gefunden werden. Neben der ärztlichen Verpflichtung, jeden Patienten nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zu behandeln, ist jeder Arzt darüber hinaus aber verpflichtet, alle von ihm in ärztlicher Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden oder Kranken unterschiedslos zu betreuen (§ 49 ÄrzteG). Auch Krankenanstalten haben für alle Patienten ohne Unterscheidung von Alter, Geschlecht, Herkunft, Vermögen und Religionsbekenntnis die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sicherzustellen. Jeder Patient hat das Recht, über die Vornahme medizinischer Maßnahmen selbst zu entscheiden, woraus sich das Recht auf Aufklärung ergibt. Ein explizites Recht auf muttersprachliche Aufklärung findet sich in den gesetzlichen Bestimmungen nicht. Ob und wenn ja, in welchen Fällen vielleicht eine muttersprachliche Aufklärung stattzufinden hat, wurde bereits in Kapitel 1.3. ausführlich diskutiert. Es gibt aber bestimmte Fälle, in denen der Gesetzgeber eine Behandlungspflicht vorsieht. So darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe verweigert werden. Weiters besteht Behandlungspflicht bei unabweisbaren Patienten gem. § 22 Abs. 4 KAKuG. Ist der Patient behandlungsbedürftig und daher unabweisbar, muss der Arzt ihn also behandeln. Da für die Aufklärung von PatientInnen mit Sprachbarrieren keine sondergesetzlichen Bestimmungen bestehen, muss auf die allgemeinen gesetzlichen Regelungen zurückgegriffen werden, wobei diese hinsichtlich der Aufklärung nicht sehr bestimmt sind.

Die Tatsache, dass Angehörige der Gesundheitsberufe nahezu keine verlässliche Möglichkeit zur Kontrolle von Korrektheit und Vollständigkeit des Gedolmetschten (siehe dazu auch Kapitel 3.4.1.c und 3.4.4.b), insbesondere beim Einsatz von sprachmittelnden Laien haben, fällt hier besonders ins Gewicht. Wie eine Reihe von Studien aufzeigen konnte (siehe beispielsweise Pöchhacker 2008 oder Sator 2013), entzog es sich nämlich häufig komplett der Wahrnehmung der Angehörigen der Gesundheitsberufe, dass diese laiengedolmetschten Gespräche eben nicht problemlos und inhaltlich korrekt verlaufen waren.

Dieser regelrechte blinde Fleck in der Wahrnehmung bietet in weiterer Folge einen optimalen Nährboden für das Entstehen des Eindrucks, dass vorhandene Sprachbarrieren in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen jedenfalls bisher immer irgendwie mit den vorhandenen Lösungsstrategien ausreichend gut zu bewältigen waren (siehe dazu Kapitel 3.4.1.c und 3.4.1.d). Verstärkt wird dieser Eindruck noch dadurch, dass in den seltensten Fällen unmittelbare Folgeschäden für die Versorgenden zu erkennen sind. Hinzu kommt noch, dass im Falle von sprachmittelnden Angehörigen das Aufrechterhalten des Workflows als problemlos möglich und somit für die MitarbeiterInnen eine wesentliche Veränderung in den Arbeitsabläufen als nicht erforderlich

erscheint. Durch das Nutzen der unmittelbar einsatzbereiten Angehörigen oder der fremdsprachigen MitarbeiterInnen scheint dies dem ersten Anschein nach gut möglich, gerade weil eben jener in den Kapiteln 3.4.1.b, 3.4.1.c sowie 3.4.4.c bereits diskutierte (personelle und zeitliche) Mehraufwand oder die durch mangelhaft gemanagte Sprachbarrieren entstehenden Mehrkosten für die MitarbeiterInnen in gewisser Weise lange Zeit unsichtbar bleiben. Die Existenz dieser Folgen einer in der Gesundheitsversorgung häufig sich-selbst-überlassenen Sprachbarrierenproblematik konnte jedenfalls im Zuge dieser Studie eindeutig belegt werden.

Von diesem häufig fehlenden Problembewusstsein beim Einsatz von LaiendolmetscherInnen in deren Arbeitsumfeld berichtete in einem Interview auch eine Medizinerin:

„[...] ich hab oft das Gefühl, es ist oft nicht so – mh, wie soll ich sagen, ähm – gerade in dem Bereich, wo ich halt gearbeitet habe, legt man, also, nicht Wert darauf legen ist vielleicht das falsche Wort, aber es ist, es ist nicht so üblich, dass man das macht. Nicht, weil es nicht gewollt ist vielleicht, sondern weil man es eh immer so auch schafft, irgendwie, so muss ich das vielleicht sagen. IRGENDWIE mit Händen und Füßen, ob die Qualität jetzt gut ist oder nicht sei dahingestellt, aber man schafft es ja trotzdem, das herauszufinden, was man wissen möchte. Und deshalb macht man es dann meistens nicht, ja - genau.“ (Medizinerin 10, ZN 410-416)

In diesen Fällen wurde eine durch qualitätsgesicherte Dolmetschungen erhöht gewährleistete Chancengerechtigkeit in der Versorgung von PatientInnen, bedauerlicherweise dem Aufrechterhalt des Workflows und der fälschlichen Überzeugung, die Versorgung von Nicht-deutschsprachigen auch mit den üblichen zur Verfügung stehenden Lösungsstrategien immer noch qualitativ ausreichend geschafft zu haben, untergeordnet. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass das Anbieten dieser neuen Lösungsstrategie von den Angehörigen der Gesundheitsberufe teilweise als Kritik an den von ihnen entwickelten und praktizierten Bewältigungsstrategien empfunden wurde.

Das mangelnde Bewusstsein zur Notwendigkeit eines Einsatzes professioneller DolmetscherInnen im Gesundheitswesen wirkte sich wiederum auf die Nutzungswahrscheinlichkeit des E-Dolmetschers aus. Entsprechend wurde der Einsatz dieser professionellen Lösungsstrategie von den Angehörigen der Gesundheitsberufe vereinzelt eher als Tadel verstanden. Andere Befragte empfanden den E-Dolmetscher beispielsweise auch als unnötige Investition, etwa im Vergleich zu vermeintlich dringender benötigten Geräten zur medizinischen Versorgung. So hielt ein Angehöriger der Gesundheitsberufe auf einem der Fragebögen kritisch fest:

„Sinnlose Investition in ein Gerät, das nicht notwendig ist! Andere Geräte werden dringender gebraucht die aber aus Kostengründen nicht angeschafft werden können.“

Letztendlich wäre eine Sensibilisierung von Angehörigen der Gesundheitsberufe für die in Wissenschaft und Forschung längst bekannten Gefahren von laiengedolmetschten medizinischen Gesprächen und den daraus resultierenden Risiken und Folgen für die PatientInnen und MitarbeiterInnen ein wesentlicher Schritt in Richtung Chancengerechtigkeit und Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Es ist dringend notwendig, das längst

vorhandene Wissen und die bereits existierenden Belege für dieses erhöhte Risiko in das Bewusstsein der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu bringen. Jemanden erst (ernsthaft) zu Schaden kommen zu lassen, um das de facto bestehende Risiko von Laiendolmetschungen im medizinischen Bereich persönlich bestätigt zu sehen und eine Veränderung des Risikoverhaltens zu bewirken, sollte nicht so einfach hingenommen werden. Ein befragter Mediziner brachte es mit seiner Aussage abschließend noch sehr gut auf den Punkt:

„Ähm, so dass, - auch wenn die Sprache nicht so optimal läuft, oder wenn da irgendein Missverständnis ist, es meistens gut geht, ja, aber das sind die Dinge die wir eben nicht unbedingt, ähm, alleine anstehen lassen wollen. Meistens gut gehen heißt, dass es irgendwann auch schief geht und genau das muss man verhindern, ja.“ (Mediziner 21, ZN 160-164)

Das Tool Videodolmetschen bietet eine verlässliche Möglichkeit, potentielle Schäden bei PatientInnen und unnötigen Mehraufwand und Belastung durch Sprachbarrieren für Angehörige der Gesundheitsberufe wesentlich zu minimieren. Ein entscheidender Schritt dazu wäre mit Sicherheit eine von den Trägern beziehungsweise den Institutionen vorgegebene Leitlinie zum kultursensiblen Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen, aber auch zum qualitätsgesicherten Umgang mit Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung, unabhängig von persönlichen Vorstellungen einer guten Integration der MigrantInnen in Österreich. Denn die Qualität der Gesundheitsversorgung muss jedenfalls unberührt von jeglichen persönlichen Motiven der Angehörigen der Gesundheitsberufe bleiben und, im Sinne der Rahmen-Gesundheitsziele und der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Ressourcen im Gesundheitswesen, für alle Bevölkerungsgruppen gleich sein.

f) Videodolmetschen – ein geeignetes neues Tool für das Gesundheitswesen?

Im Zuge der Evaluierung des Tools Videodolmetschen war ein wesentliches Ziel die intensive Auseinandersetzung mit der Frage, inwiefern Videodolmetschen ein geeignetes Tool für den professionellen und vereinfachten Umgang mit Kommunikationsbarrieren beim Behandlungsablauf im Gesundheitswesen darstellt. Dies soll in diesem Abschnitt nun anhand der erhobenen Daten diskutiert und die Frage nach der Eignung des Tools Videodolmetschen ausführlich diskutiert werden.

Ein vielfach von den Angehörigen der Gesundheitsberufe diskutierter Aspekt war jener der potentiellen Arbeitserleichterung durch den Einsatz des E-Dolmetschers. Besonders betont wurde dabei die empfundene Notwendigkeit einer schnellen Verfügbarkeit von Lösungsstrategien und inwiefern der E-Dolmetscher dieser Anforderung gerecht wurde. Im Zuge der Fragebogenerhebung des Gesundheitspersonals wurde bei der Frage nach den wichtigsten Aspekten beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers erneut die schnelle Verfügbarkeit – diesmal mit 78 % – angegeben (Abbildung 42).

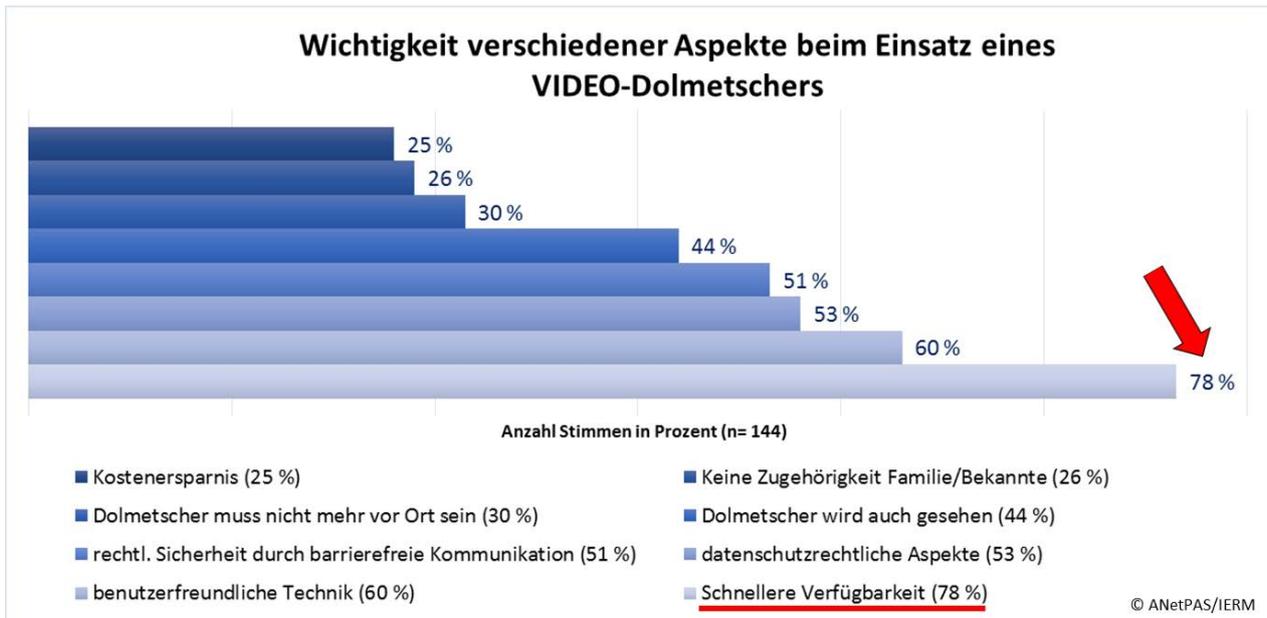


Abbildung 42: Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – schnellere Verfügbarkeit

Eine Angehörige der Pflege erzählte, dass sie versucht hat, den E-Dolmetscher zum Einsatz zu bringen und ihn den behandelnden MedizinerInnen zur Verwendung vorschlug, wann immer sich eine Gelegenheit bot. Die rasche und komplikationslose Verfügbarkeit des E-Dolmetschers als neue optimale Lösungsstrategie stand für sie dabei absolut im Vordergrund:

„S: Also wie es funktioniert hat, also wie ich ihn holen hab dürfen war es eine Erleichterung. Das andere war, ja sie wollten das halt einfach nicht. Weiß ich nicht.

I: Aber haben Sie es selbst empfunden als mehr Aufwand? Für Sie ist ja ein Aufwand entstanden durch das Holen des Gerätes, oder?

S: Ja, aber das hat das andere wieder wettgemacht. Das stimmt schon. Ich habe das Gerät holen müssen, aber dafür war er [Anm.: der Patient], erstens einmal ist er schneller zur Untersuchung gekommen, es ist schneller gegangen, also die Zeit, die zum Gerät holen war, ist nicht in der Relation zu dem wie es schneller gegangen ist.

I: Ah, okay. Das ist spannend. Was waren Ihrer Meinung die Vorteile oder die Nachteile des E-Dolmetschers gegenüber der bisher praktizierten Strategie? Wir haben schon ein paar angesprochen gehabt.

S: Ja, Vorteile eben, dass es schneller geht, dass er [Anm.: der Patient] gut informiert ist, dass das gleich abgewickelt ist. Dass man das gleich besser organisieren kann, sage ich jetzt mal. Vor allem, wenn er mehrere Untersuchungen hat, oder hätte, oder was auch immer. Weil man schneller ist, wenn er gleich versteht und weiß was er zu tun hat.“
(Pflege 28, ZN 600-609; 615-618)

Für die Angehörige der Pflege war es dabei selbstverständlich, dass sie für das Holen und Zurückbringen des E-Dolmetschers zuständig war; sie selbst verstand sich zudem auch als eine Art Promoter für das neue Tool und somit als Ansprechperson für alle interessierten Stationen oder Abteilungen. Es zeigte sich auch, dass sie das Holen und Bringen des E-Dolmetschers – teilweise quer

durch das ganze Haus – nicht als Mehraufwand empfand und daher auch nicht als zusätzliche Belastung im Arbeitsalltag bewertete.

Auch ein anderer Befragter gab die schnelle und unmittelbare Verfügbarkeit des E-Dolmetschers den bisherigen Lösungsstrategien gegenüber als keinesfalls unterlegen an:

„Schneller verfügbar war’s. Also - sowohl wenn man vom Haus jemanden sucht, dann hat der grad nicht Dienst, oder ist so eingespannt an seinem Arbeitsplatz, dass er nicht kommen, nicht kommen oder erst später kommen kann oder, und wenn wir von auswärts jemanden holen, dann dann dauert’s erst recht lange.“ (Mediziner 16, ZN 854-857)

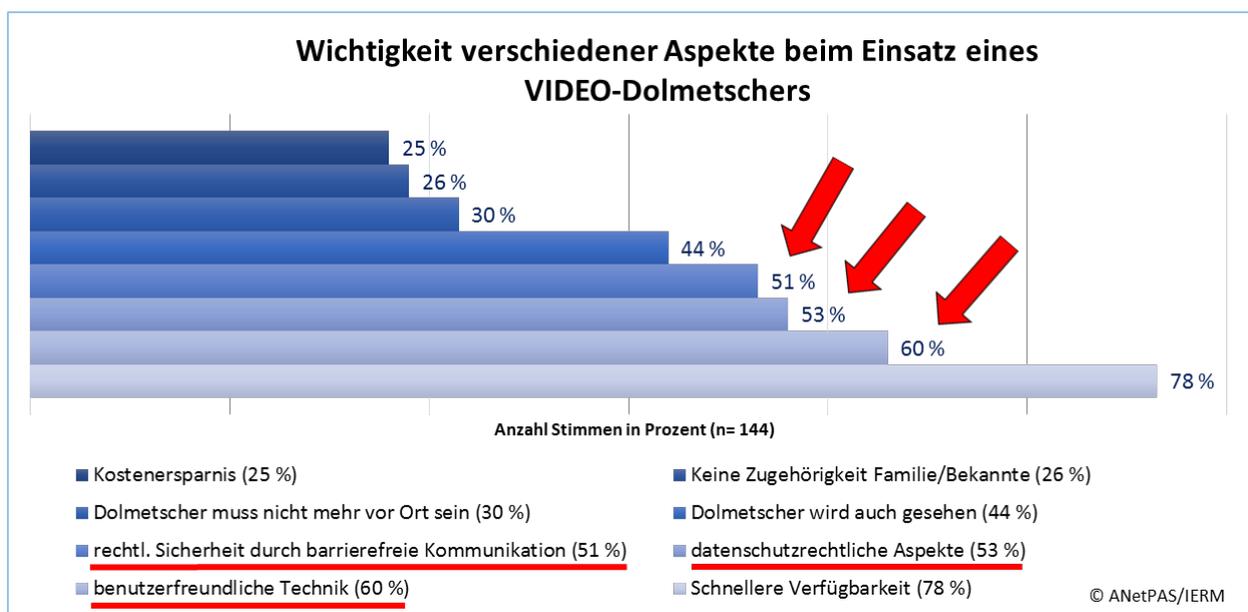


Abbildung 43: Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – Sicherheit/Datenschutz/Technik

In Abbildung 43 wird gut sichtbar, dass 51 % der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe mehr rechtliche Sicherheit durch den Einsatz von Videodolmetschern erwarteten – wie bereits in Kapitel 3.4.4.b besprochen – sowie datenschutzrechtliche Aspekte (53 %) als wichtige zu diskutierende Aspekte angaben.

Ein befragter Mediziner gab an, dass das Heranziehen von LaiendolmetscherInnen auch aus seiner Erfahrung mehr Zeit in Anspruch nehmen würde, diese gewohnte Lösungsstrategie allerdings trotzdem von den KollegInnen noch vor dem E-Dolmetscher bevorzugt verwendet wurden. Als Begründung führte er die neue unbekannte Technik als größte Hürde an, welche zur selteneren Nutzung des Videodolmetschers wesentlich beigetragen hatte:

„Nur braucht das Ganze halt etwas mehr Zeit [Anm.: Angehörige/Bekannte], das ist dann zeitaufwendiger. Nur ich habe im Lauf dieser Zeit mit ein paar Leuten gesprochen und sie haben alle gesagt, wenn sie so jemand finden, oder dabei haben, dann nehmen sie lieber den, als den Videodolmetscher, weil sie es gewohnt sind. Es hat sich bei so gut wie niemanden, die Schwelle, die Technikschwelle überwinden lassen, die haben also lieber irgendwelche Nachbarinnen

genommen, anstatt dass sie den Videodolmetscher in den Raum holen und die Verbindung herstellen.“ (Mediziner 21, ZN 226-231)

So gaben die Befragten an, beim Videodolmetschen auf den Einsatz benutzerfreundlicher Technik besonders Wert zu legen (60 %) (Abbildung 43). Damit wiederholte sich auch die Einschätzung der InterviewpartnerInnen, dass die zum Einsatz kommende Technik besonders benutzerfreundlich und niederschwellig sowie maximal flexibel verfügbar sein sollte, um die Chancen auf eine erfolgreiche längerfristige Integration des Tools zu erhöhen. Eine Medizinerin merkte lobend an, dass sie besonders die Bedienung des E-Dolmetschers als sehr einfach empfunden hatte:

„Und es ist ja wirklich einfach zu bedienen, also das ist ja keine Hexerei, also eine Einschulung brauchst du eigentlich nicht wirklich, finde ich.“ (Medizinerin 4, ZN 291-293)

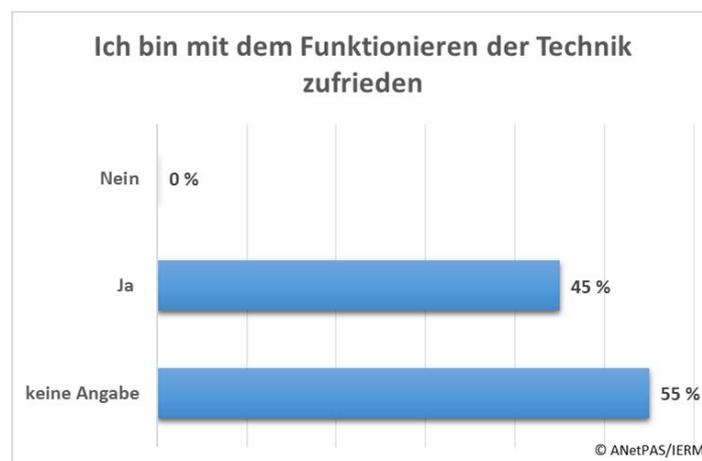


Abbildung 44: Ich bin mit dem Funktionieren der Technik zufrieden (PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)

Aber auch 45 % der mittels Fragebogen befragten PatientInnen gaben an, mit dem Funktionieren der Technik bei den Videodolmetschungen zufrieden gewesen zu sein (Abbildung 44).

Ein Mediziner berichtete von den Sorgen und Befürchtungen einiger KollegInnen in seinem Haus vor Überwachung und Kontrolle durch die neue Technik, insbesondere vor möglicher Audio- und Videoüberwachung der Behandlungen. Dies führte dazu, dass der E-Dolmetscher, mit einer Hülle abgedeckt, letztendlich gar nicht mehr zum Einsatz kam und somit bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe komplett in Vergessenheit geriet:

„Naja, diese Dinge sind dann die die naja, das ist die, die Kamera ist weggedreht worden, beziehungsweise zugedeckt worden, [...] und dann war (erst) die Tastatur nicht da oder es war sozusagen ein bisschen weg, weggestaut, ja? Weil's einfach gestört hat. Und ahm weil auch die Angst war mit der Kamera, die kann ja dann mitlaufen, man weiß ja nicht, man hört so viel und so, das decken wir zu. [...] Und dann hätte man das abdecken müssen und dann müssen die Maus in die Hand nehmen müssen oder was auch immer und das, keiner hat halt genau gewusst wie es geht.“

I: Das heißt Sie haben auch äh mitbekommen, dass da ein paar Sorgen waren, dass über die Kamera, über die Mikrofone etc. die Dinge mitgehört werden?

S: Ja, aber auch die Vorbehalte (neue), gegen Technik, weil - das ist schon wieder ein Neues, wir haben jetzt, (.) Schirme Schirme Schirme, da eine Tastatur dort eine Tastatur, jetzt haben wir Kameras

I: Noch ein Gerät.

S: Jetzt haben wir Dies und Das, da und jetzt noch ein Gerät, was nicht unbedingt sein muss. Wenn man nicht dazu gezwungen wird, dass wir das machen - tun wir's nicht, ist schon wieder zu viel Arbeit.“ (Mediziner 30, ZN 1311-1342)

Damit sprach der Mediziner einen weiteren Aspekt an, welcher zur selteneren Nutzung des E-Dolmetschers merkbar beigetragen hatte. Er beschrieb es als eine Art Überfrachtung mit immer mehr neuer Technologie und Geräten, welche sich zur Versorgung von PatientInnen in der modernen Medizin eingestellt hatte. Dies erzeugte eine noch stärkere Ablehnungshaltung bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe, was der Mediziner in seiner Aussage bestätigte:

„[...] weil wie gesagt, die Menschen kriegen eh schon so viel immer um den Rücken gehängt und irgendwann will keiner mehr, weil irgendwann hat man genug von irgendwelchen neuen Dingen, die man immer machen muss und dann – pfeifen die Leute darauf, - einfach, ja. Also man darf die Leute nicht [...] auch mit allem immer Neuen konfrontieren und belasten, weil sonst, die können alle manchmal irgendwann nicht mehr, ja.“ (Mediziner 34, ZN 1052-1060)

Nichtsdestotrotz wurden der E-Dolmetscher und der Einsatz des Videodolmetschens von der Mehrheit der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe als überaus positiv bewertet, wie dies in den Abbildungen 45-47 gut sichtbar wird.

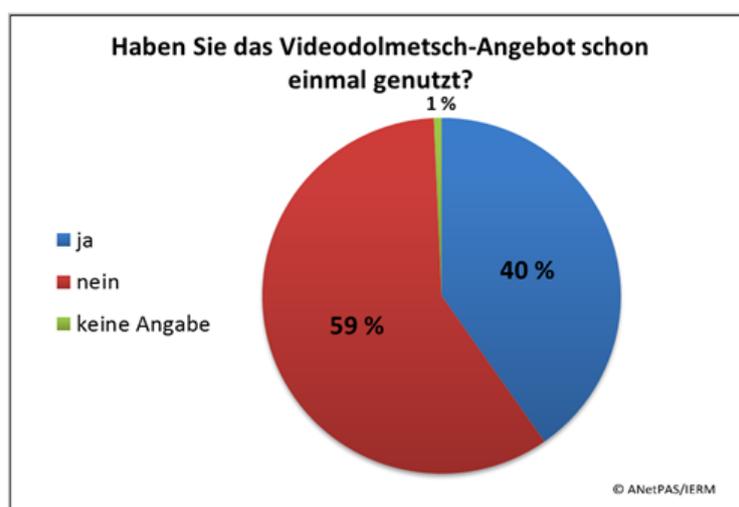


Abbildung 45: Anzahl der Videodolmetsch-User

Von den insgesamt 144 im Zuge der Fragebogenerhebung befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe hatten zum Zeitpunkt der Befragung 40 % (58 Personen) das Videodolmetsch-Tool

schon einmal verwendet (Abbildung 45). Davon gaben 88 % an, das Videodolmetsch-Angebot auch als eine sinnvolle Maßnahme empfunden zu haben (Abbildung 46).

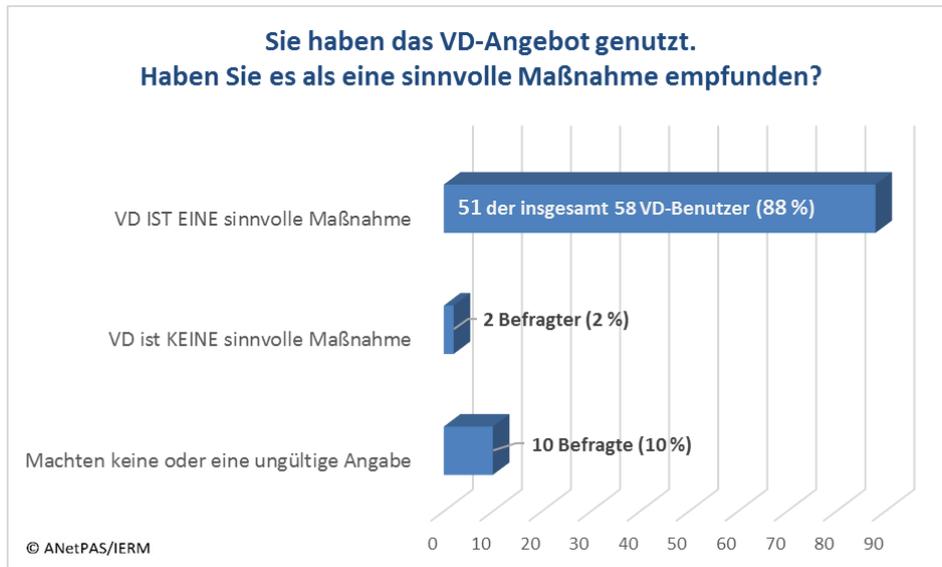


Abbildung 46: Bewertung des VD-Angebots als sinnvolle Maßnahme? (n= 58)

Auf die Frage, ob das Videodolmetsch-Angebot als hilfreich empfunden wurde, bewerteten dies 72 % der bisherigen Videodolmetsch-User (n= 58) mit der Note ,1' und 16 % mit der Note ,2'. Hingegen vergaben nur 10 % die Noten ,3' oder schlechter (Abbildung 47), was wiederum eindeutig bestätigt, dass das Tool mehrheitlich eher als Erleichterung denn als Belastung im Arbeitsalltag empfunden wurde.

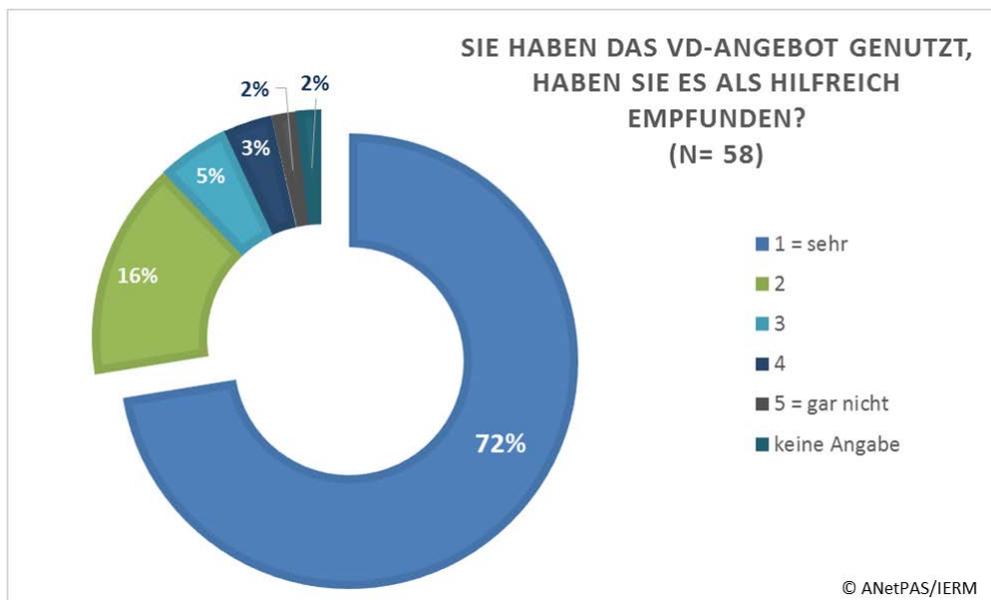


Abbildung 47: Haben Sie das VD-Angebot als hilfreich empfunden?

In die überwiegend positive Bewertung des Tools (siehe Abbildungen 46 und 47) gliedert sich auch die Antwort auf die Frage nach der Bereitschaft der Videodolmetsch-User, das Tool beim nächsten Mal

wieder verwenden zu wollen ein. So stimmten erfreuliche 97 % der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe zu, den E-Dolmetscher auch beim nächsten Mal wieder verwenden zu wollen (Abbildung 48).

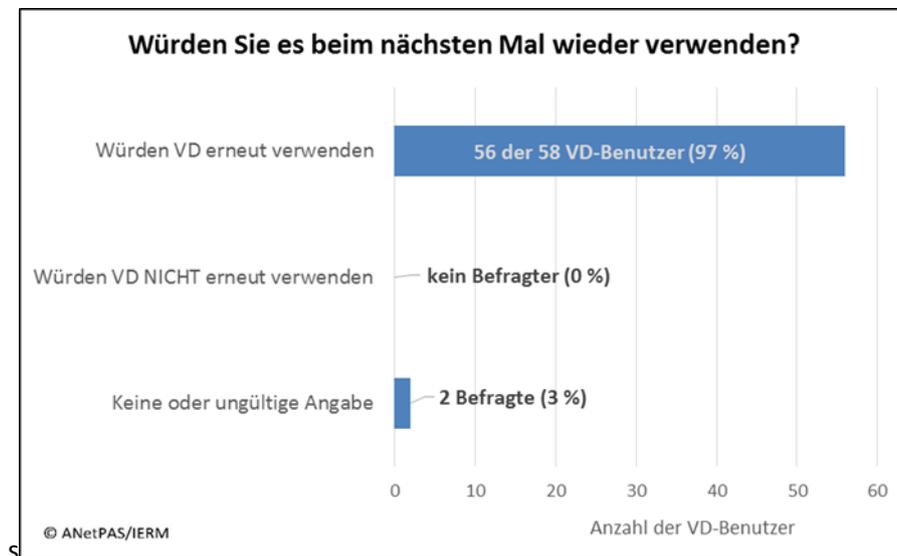


Abbildung 48: Wiederverwendungsrate der VD-User

Ein Mediziner berichtete, dass für ihn die Verwendung des E-Dolmetschers beim ersten Mal eher durch Zufall erfolgte, da sich das Gerät glücklicherweise gerade in der Nähe befand und verfügbar war. Die Nutzung des E-Dolmetschers beim zweiten Mal war hingegen durch das Erfolgserlebnis beim ersten Versuch geprägt, weshalb sich der Mediziner dazu entschloss, es bei dieser Gelegenheit gleich noch einmal zu verwenden:

„Die zwei Mal oder drei Mal eben, wo es gewesen ist, das war einmal eben auf der Dermatologie, weil einfach räumlich das sehr nah war, weil wir gesagt haben, ja gut, bevor wir jetzt irgendjemanden holen, machen wir das. Und das zweite Mal, weil es das erste Mal eigentlich gut funktioniert hat.“ (Mediziner 9, ZN 359-362)

Wie im oben beschriebenen Fall des Mediziners entwickelte die Verwendung des E-Dolmetschers meist dann eine besonders positive Eigendynamik, wenn bereits erste gute Erfahrungen im Haus damit gemacht worden waren. Dies führte, wie berichtet, teilweise dazu, dass Anfragen für den E-Dolmetscher aus Stationen/Abteilungen des gesamten Hauses kamen und diese um die Benutzung des Gerätes anfragten. Eine Angehörige der Pflege berichtete beispielsweise darüber, dass sie sogar immer wieder Anfragen für die Nutzung des E-Dolmetschers von anderen Stationen des Hauses abwehren musste:

„Es hat sich natürlich, es war dann öfters das Problem, es hat sich im Hause herumgesprochen, dass wir den haben (I lacht ein wenig) und dann wollten Stationen welche, und das war dann eine Belastung, Streiterei, weil wir haben gesagt - keine Station kriegt ihn. Wir sind dafür da. Er,

es geht nicht. Und dann hätten sie halt angefangen Patienten herzuschicken. [...] Und nicht einer. Das ist natürlich dann mühsam.“ (Pfleger 24, ZN 885-895)

Im Zuge der Interviewerhebung berichteten die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe, sie hätten den Eindruck gewonnen, dass auch von Seiten der PatientInnen das neue Videodolmetsch-Angebot sehr positiv aufgenommen wurde. Die durchgeführte Fragebogenerhebung der nicht-deutschsprachigen PatientInnen bot die Möglichkeit, auch deren Perspektive rudimentär mitzuerheben.

Wie bereits in Kapitel 3.2.1.b dargestellt, konnten nur 44 PatientInnen-Fragebögen von vier der zwölf teilnehmenden Endpunkte generiert werden, was bei der Darstellung der folgenden Daten jedenfalls berücksichtigt werden muss. Nichtsdestotrotz lassen die Ergebnisse der PatientInnen-Fragebogenerhebung eine durchaus positive Tendenz erkennen. Das Forschungsdesign sah vor, dass die Verteilung der PatientInnen-Fragebögen in Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe vor Ort umgesetzt wurde. So sollten die PatientInnen, welche das Tool Videodolmetschen im Zuge der Behandlung beziehungsweise Begutachtung nutzten, im Anschluss daran zum Ausfüllen des Fragebogens aufgefordert werden. Daher ist davon auszugehen, dass alle Befragten (n= 44) das Tool Videodolmetschen spätestens bis zum Zeitpunkt der Erhebung schon einmal genutzt hatten.

So gaben 71 % der PatientInnen an, den Videodolmetscher bereits schon einmal zuvor verwendet zu haben. Für 18 % war dies hingegen die erste Nutzung des E-Dolmetschers (Abbildung 49).

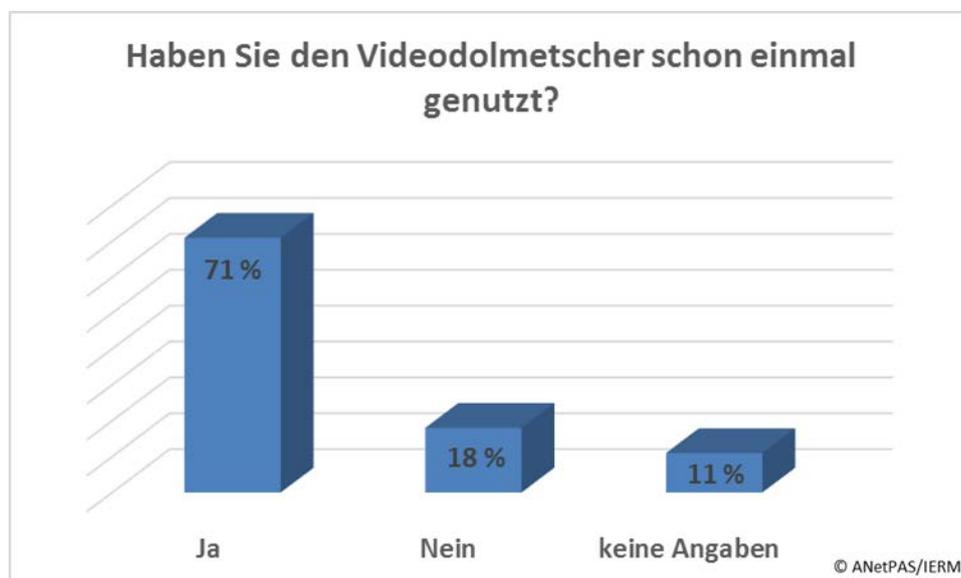


Abbildung 49: Haben Sie den Videodolmetscher schon einmal genutzt?
(PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)

57 % der befragten PatientInnen gaben zudem an, das Videodolmetsch-Angebot als sehr hilfreich empfunden zu haben (Abbildung 50).

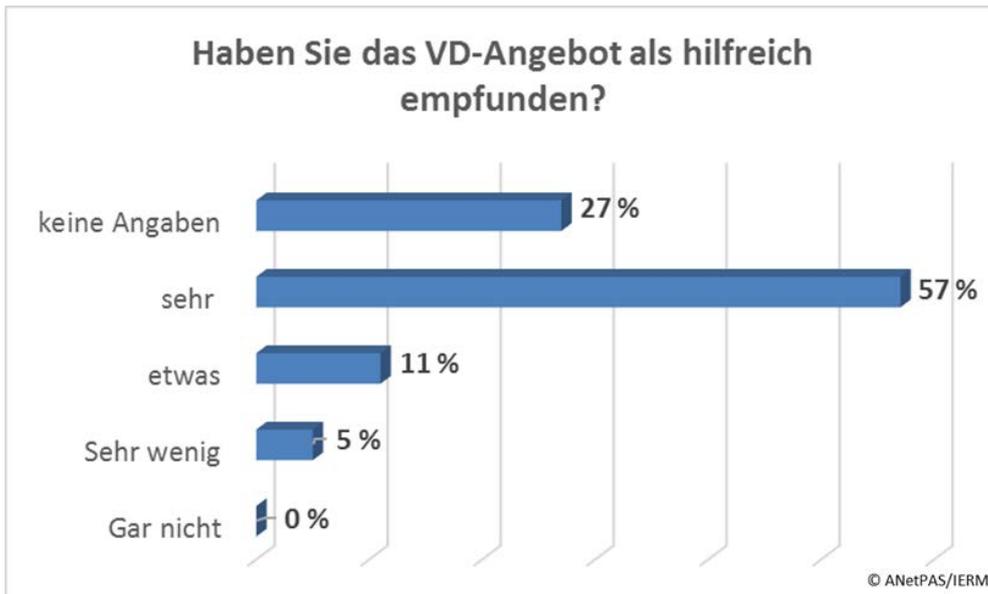


Abbildung 50: Haben Sie das Videodolmetsch-Angebot als hilfreich empfunden?
(PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)

Von den befragten PatientInnen würden 73 % das Videodolmetsch-Angebot jedenfalls wieder benutzen. 7 % der Befragten waren zögerlich und gaben ‚vielleicht‘ an, hingegen lehnten nur 4 % die Wiederverwendung des E-Dolmetschers komplett ab (Abbildung 51).

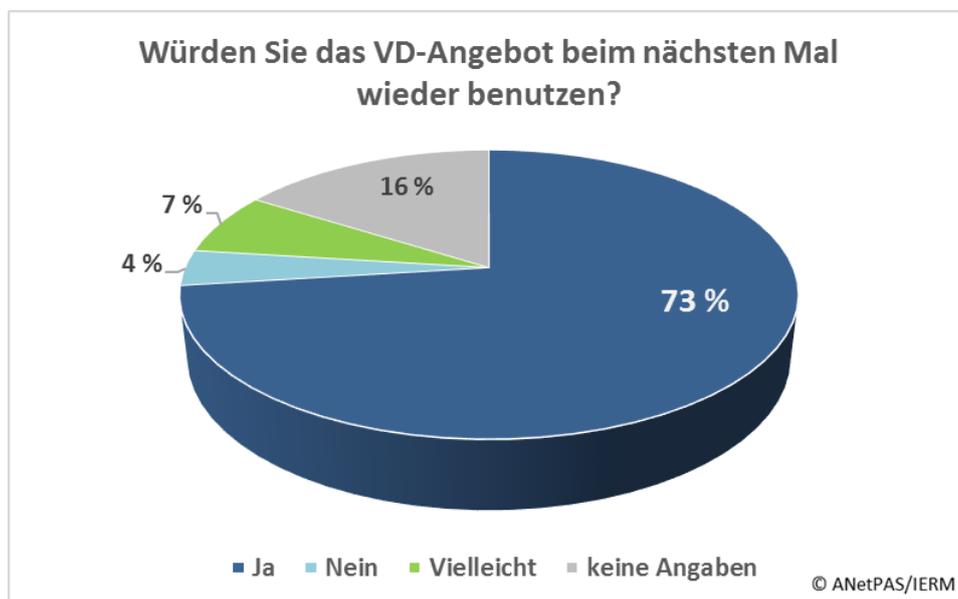


Abbildung 51: Würden Sie das Videodolmetsch-Angebot beim nächsten Mal wieder benutzen?
(PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)

55 % der Befragten stimmten der Aussage zu, dass sie dank des Videodolmetschers uneingeschränkt mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe kommunizieren konnten (Abbildung 52).

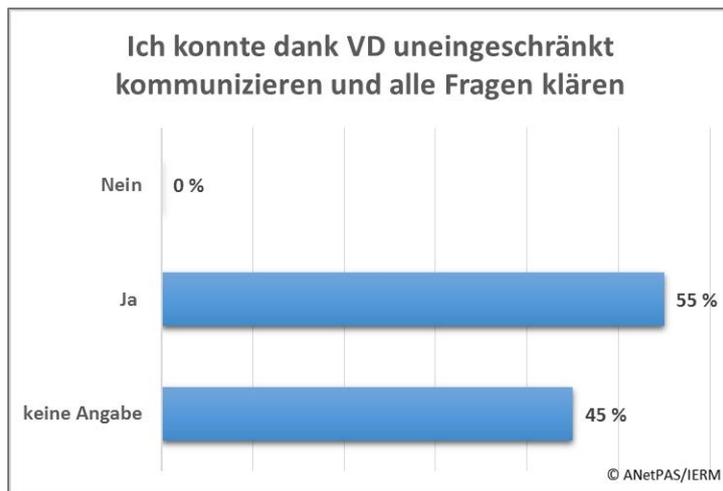


Abbildung 52: Ich konnte dank Videodolmetschen uneingeschränkt kommunizieren und alle Fragen klären (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44)

20 % der befragten PatientInnen stimmten zu, dass sie sich durch das Nutzen des E-Dolmetschers zum ersten Mal vom Arzt richtig verstanden fühlten (Abbildung 53). Zudem stimmten immerhin ein Viertel der befragten PatientInnen (25 %) der Aussage zu, dass sie im Zuge dieser Behandlung zum ersten Mal alles verstanden hatten (Abbildung 54).

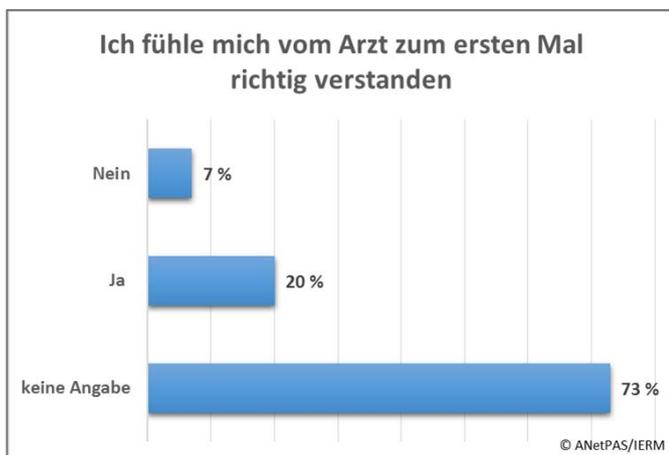


Abbildung 53: Ich fühle mich vom Arzt zum ersten Mal richtig verstanden (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44)

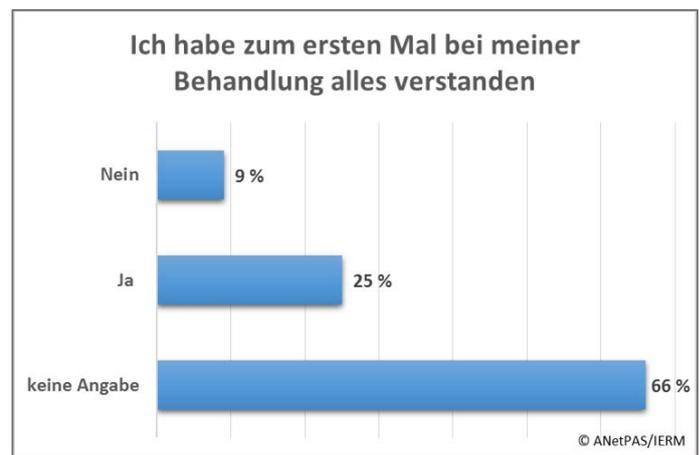


Abbildung 54: Ich habe zum ersten Mal bei meiner Behandlung alles verstanden (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44)

Trotz Berücksichtigung der genannten einschränkenden Faktoren zeigten die quantitativen Daten, dass der Einsatz von Videodolmetschen auch auf Seiten der nicht-deutschsprachigen PatientInnen gut angenommen und dadurch ein wesentlicher Beitrag zum besseren Verständnis in der Behandlung beziehungsweise der Begutachtung geleistet wurde.

Wie bereits in Kapitel 3.4.4.a ausführlich diskutiert, stellten die Unabhängigkeit und die Unparteilichkeit des professionellen Videodolmetschers einen besonderen Vorteil gegenüber den bisher zur Anwendung gekommenen Lösungsstrategien dar. Eine Angehörige der Pflege hielt zu diesen insbesondere für die PatientInnen vorteilhaften Gesichtspunkten fest:

„Wenn man einen Dolmetsch hat, der unabhängig ist, kann man den leichter beiziehen, und sonst ist man immer, ist man da - ist da eine gewisse Abhängigkeit von Familienangehörigen, was bei einem professionellen Dolmetscher oder zum Beispiel beim Videodolmetsch, den ich einfach einschalten kann für fünf Minuten, überhaupt nicht der Fall ist. [...] Und das finde ich einen großen Vorteil vom Videodolmetsch, wenn er auch jetzt ah solche Sprachen oben hat, die wir benötigen, dass ich ihn einfach vor Ort habe und sagen kann: Ich kann jetzt mit der Mutter selber kommunizieren, was auch Pflege betrifft und [...] Unabhängigkeit für die, für Betroffene.“
(Pflege 29, ZN 249-263)

Aber auch der Aspekt der erhöhten Rechtssicherheit durch verfügbare professionelle DolmetscherInnen wurde von den Angehörigen der Gesundheitsberufe als besonders positiv festgehalten. Dies traf insbesondere auf jene Settings zu, in denen die Verwendung professioneller DolmetscherInnen entweder gesetzlich vorgegeben war oder die geographische Lage der Institution den flexiblen Einsatz professioneller DolmetscherInnen besonders negativ beeinflusste. In diesen Fällen führte das Fehlen von rasch und flexibel verfügbaren professionellen DolmetscherInnen zu bislang unabwendbaren Verzögerungen und daraus resultierendem Mehraufwand. Eine Medizinerin berichtete, dass durch den E-Dolmetscher genau jene oben beschriebenen Engpässe somit effizient und sicher überwunden werden konnten:

„Ja, also generell kommen ja oft Angehörige mit, aber die dürfen ja nicht übersetzen aus rein rechtlichen Gründen, ansonsten müsst man den PW dann wieder vorladen. Außer, wenn wir halt den Videodolmetsch haben, was ja sehr gut war.“ (Medizinerin 3, ZN 30-32)

Fasst man abschließend alle Ergebnisse zusammen, kann gesagt werden, dass das Tool Videodolmetschen jedenfalls über ein sehr großes Potential zur erfolgreichen Integration in das österreichische Gesundheitswesen verfügt. So trug der Einsatz des E-Dolmetschers klar zur Erhöhung der MitarbeiterInnenzufriedenheit bei, und soweit dies aus den vorliegenden Daten auch erkennbar war, erfreulicherweise auch zu jener der PatientInnen. Damit konnte den Angehörigen der Gesundheitsberufe ein neues innovatives Tool zur Verfügung gestellt werden, das merkbar zur Entlastung im Arbeitsalltag und zur Verbesserung der Arbeitssituation beitrug. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe berichteten zudem, durch die Möglichkeit der Nutzung einer professionellen Dolmetschlösung eine höhere (Rechts-)Sicherheit bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen gehabt zu haben. Dies begründeten sie damit, dass sie nun eigenständiger und effektiver ihre tägliche Arbeit erledigen konnten, ohne Sorge oder Zweifel haben zu müssen, dass aufgrund von Sprachbarrieren falsche oder verzerrte Informationen einen Einfluss auf den Verlauf oder die Qualität der Behandlung nehmen könnten. Somit trug der Einsatz von Videodolmetschen auch merkbar zur Erhöhung der MitarbeiterInnen- und PatientInnensicherheit bei. Zu guter Letzt konnte durch die qualitativ erhobenen Daten auch deutlich gezeigt werden, dass der Einsatz von professionellem Videodolmetschen durch die Minderung von bestehender Fehlversorgung bei der PatientInnengruppe der Nicht-deutschsprachigen potentiell einen Beitrag zur Reduzierung von Kosten im Gesundheitswesen leisten kann.

g) Mögliche Gründe einer Nichtnutzung des Tools Videodolmetschen

An dieser Stelle soll abschließend noch einmal zusammenfassend auf mögliche, von den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe genannte Gründe für die Nichtnutzung des Tools Videodolmetschen eingegangen werden, welche im Zuge dieser Studie bereits an verschiedenen Stellen diskutiert wurden:

Hier spielte insbesondere das Festhalten der Angehörigen der Gesundheitsberufe an bisher gewohnten Lösungsstrategien eine entscheidende Rolle. Dies wurde häufig mit dem Bestreben nach Aufrechterhaltung des Arbeitsflusses argumentiert und dem damit in Zusammenhang stehenden steigenden Zeitdruck, worunter die MitarbeiterInnen ohnedies bereits stünden. Gleichzeitig konnte jedoch gezeigt werden, dass die bisher verwendeten Strategien – neben dem erhöhten Risiko eines Qualitätsverlustes bei der Dolmetschung und der damit verbundenen verringerten PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit – mehrheitlich erst recht zu einem Verzögern und Unterbrechen des Arbeitsflusses führten. Die damit verbundenen Folgen traten allerdings oft erst verzögert in Erscheinung und waren dann für die Angehörigen der Gesundheitsberufe meist schwer kausal zuordenbar.

Es zeigte sich, dass die Einführung eines neuen Instruments zugleich auch einen Eingriff in bisherige Routinen und Strukturen bedeutet. Dem sollte – zur Sicherstellung längerfristiger Etablierung einer Maßnahme – jedenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass eine Vernetzung mit dem Qualitätsmanagement der Träger beziehungsweise Häuser zur Erarbeitung von gemeinsamen Umsetzungsstrategien und -zielen zu forciert wäre.

Dass bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe ein hohes Ausmaß an Nicht-Wissen über die Problematik und das Risiko von Laiendolmetschungen vorherrschte und damit verbunden kaum Problembewusstsein vorhanden war, konnte einer unvoreingenommenen Nutzung des Tools Videodolmetschen ebenfalls nicht dienlich sein. Dies führte dazu, dass die Notwendigkeit einer Veränderung der bisher gewohnten Lösungsstrategien hin zu professionellen qualitätssichernden Dolmetschlösungen in Frage gestellt wurde.

Der vorhandene hohe Grad an Unkenntnis über die Profession des Dolmetschens und den signifikanten Unterschied in der Qualität der Dolmetschungen im Vergleich zu sprachgemittelter Kommunikation durch ungeschulte Personen verstärkte zudem Zweifel und Skepsis vieler MitarbeiterInnen gegenüber der angebotenen neuen professionellen Videodolmetsch-Lösung. Das Heranziehen von LaiendolmetscherInnen kann daher möglicherweise auch damit begründet werden, dass das Bewusstsein und die Sicherheit darüber fehlten, wie professionell und ausgebildet die herangezogenen DolmetscherInnen tatsächlich waren (Alpers/Hanssen 2010: 6; 10). Daraus ergibt sich jedenfalls die Notwendigkeit, unbedingt das Bewusstsein der Angehörigen der Gesundheitsberufe hinsichtlich der jeweiligen Risiken und des Nutzens von verschiedenen Lösungsstrategien zu erhöhen sowie den Zugang zu professionellen Dolmetschservices grundsätzlich einfacher und niederschwelliger zu gestalten (Bischoff/Hudelson 2010: 2848).

Es ist außerdem zu vermuten, dass die Nichtnutzung des kosten- und zeitersparenden professionellen Videodolmetsch-Tools auch auf die geringe Bekanntheit des Angebotes in den jeweiligen Teams der Endpunkte zurückzuführen war. Oft wussten MitarbeiterInnen der Stationen oder Abteilungen nicht

einmal, dass es dieses Angebot und die Möglichkeit zu professionellem Videodolmetschen gab. Daraus lässt sich schließen, dass es jedenfalls notwendig ist, die Bekanntheit des Tools für das gesamte Team durch gezielte Informationsmaßnahmen zu erhöhen und so die Verwendung in den Häusern intensiver zu bewerben. Dazu wäre es allenfalls lohnend, hausinterne Promotoren für das Tool zu bestimmen und einzusetzen.

Ein weiterer Aspekt, der das Nutzungsverhalten der Angehörigen der Gesundheitsberufe beeinflusste, war die Sorge vor möglichen Reaktionen im Falle der Zurückweisung von eigens zur Sprachmittlung mitgebrachten Angehörigen der PatientInnen. Neben der vermuteten Verärgerung wurde auch befürchtet, die von den sprachmittelnden Personen gezeigten Bemühungen zur Integration durch Sprachmittlung nicht entsprechend zu würdigen.

Der Einsatz neuer Technologie war darüber hinaus mit Sorgen und Ängsten vor möglicher Überforderung und Konfrontation mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Dies führte wiederum zu einer eher zögerlichen Haltung oder sogar zur Ablehnung der Verwendung des Tools. So wurde uns bereits vor Beginn der Testphase und dann erneut im Zuge der Interviewerhebung immer wieder Misstrauen gegenüber der neuen und unbekanntem Technik oder Unsicherheit und Zweifel bezüglich funktionierender Integration des neuen Tools in bisherige Organisationsstrukturen kommuniziert. Aber auch Bedenken bezüglich einer Audio- und Videoüberwachung der MitarbeiterInnen durch den E-Dolmetscher spielten eine Rolle.

Ein weiterer Kritikpunkt beschäftigte sich mit der fortschreitenden Technisierung der Medizin, welche aus der Perspektive mancher Angehöriger der Gesundheitsberufe durch den Einsatz von Videodolmetschen und der E-Dolmetsch-Geräte weiter vorangetrieben wurde. Dabei dominierte das Bedürfnis, das persönliche und intime Gespräch mit den PatientInnen nicht verlieren und dem (E-)Dolmetscher – und damit auch der Technisierung der Medizin – nicht zu viel Platz einräumen zu wollen.

Durch das Erheben eines Anwendungsrankings konnte das großflächige Fehlen institutionell angebotener und ermöglichter professioneller Lösungsstrategien aufgezeigt werden. Dies führte dazu, dass nur ein geringer Anteil der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe überhaupt schon einmal mit professionellen DolmetscherInnen gearbeitet hatte. Die Möglichkeit zum Erkennen der Notwendigkeit von professionellen Dolmetschungen zur qualitätsgesicherten Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen wurde dadurch erheblich beeinträchtigt, was wiederum Einfluss auf das Nutzungsverhalten der Angehörigen der Gesundheitsberufe nahm.

Das Erfragen der bisherigen Strategien im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen zeigte zudem das vermehrte Fehlen institutioneller Vorgaben zum kultursensiblen Umgang mit dieser besonderen PatientInnengruppe. Resultierend aus der in den teilnehmenden Häusern mehrheitlich vorzufindenden Lücke bei den professionellen Dolmetschangeboten waren dementsprechend auch kaum Leitlinien zum professionellen und vor allem qualitätsgesicherten Umgang mit Sprachbarrieren bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen vorzufinden. Das Hinzuziehen von professionellen DolmetscherInnen (sofern diese Option überhaupt verfügbar war) stellte, wie bereits diskutiert, eine seltene Ausnahme dar oder war mit zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden.

Dies führte in der Regel dazu, dass die Verantwortung für das Finden und Nutzen von Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren und somit die Entscheidung über den Zugang zu qualitätsgesicherter Versorgung den individuellen Entscheidungen der Angehörigen der Gesundheitsberufe überlassen wurde. Dies unterstrich noch einmal, welche entscheidende Rolle die Angehörigen der Gesundheitsberufe de facto als Gatekeeper in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen aktuell einnehmen. Das Zuführen von nicht-deutschsprachigen PatientInnen, das Ermöglichen von Zugang zu Ressourcen und letztendlich das Lösen und Überwinden der Sprachbarrierenproblematik wird derzeit erschreckenderweise vorwiegend als von den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu lösendes Problem verortet. Dies führt häufig zu Frustration und Resignation beim Gesundheitspersonal und in weiterer Folge zur Ablehnung dieser ihnen aufgebürdeten Verantwortung für die Problembewältigung. Eine rechtliche Klarstellung im Sinne der MitarbeiterInnen- und PatientInnensicherheit wäre daher wünschenswert.

Erst recht muss auch den PatientInnen der Weg zu qualitätsgesicherten Dolmetschservices geebnet werden: Häufig sehen sich diese gezwungen, die medizinische Behandlung abbrechen oder trotz geringer Deutschkenntnisse durchführen zu müssen, wenn nicht eigenständig sprachmittelnde Verwandte mitgebracht werden (Rhodes/Nocon 2003: 48). Damit wird die Verantwortung gelingender Kommunikation von den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu den nicht-deutschsprachigen PatientInnen weiterverlagert. Fehlende Sprachkenntnisse erschweren darüber hinaus auch die Organisation beziehungsweise die Artikulation des Wunsches nach professionellen DolmetscherInnen. Zudem herrscht bei PatientInnen häufig Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme eines professionellen Dolmetschdienstes (Edwards et al. 2005: 86), unter anderem auch deshalb, weil in Österreich die Kostenübernahme von professionellen Dolmetscheinsätzen im Gesundheitswesen gesetzlich nicht eindeutig geregelt und in weiterer Folge für sprachmittlungsbedürftige Personen auch nicht transparent dargelegt ist.

3.4.5. Videodolmetschen aus DolmetscherInnen-Perspektive (in Zusammenarbeit mit Francesco M. Romano)

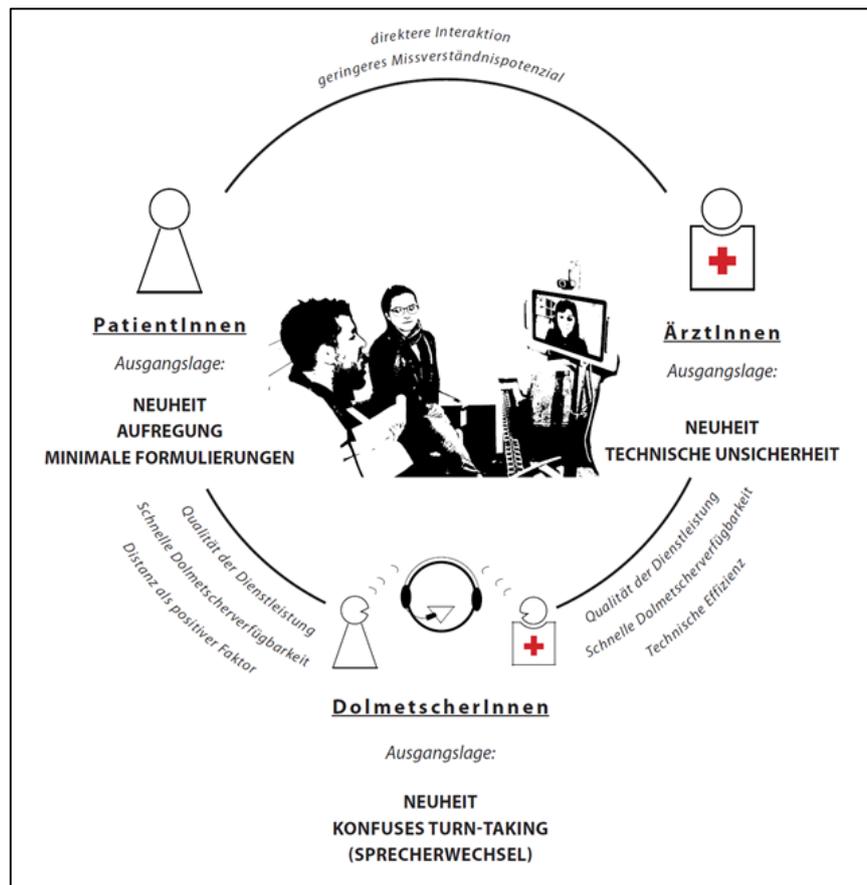


Abbildung 55: Videodolmetschen aus DolmetscherInnen-Perspektive (Romano 2014)

a) Die Ausgangslage: Neuheit des Settings für alle GesprächsteilnehmerInnen

Die Interaktion über den Bildschirm sorgte anfänglich für eine gewisse Aufregung bei allen GesprächsteilnehmerInnen. Bei den DolmetscherInnen nahm diese Aufregung durch die wiederholte Verwendung der Methode ab. Die PatientInnen wirkten zu Beginn jedes Arztgesprächs eher ratlos und zurückgezogen, drückten sich in den Dolmetschungen mit minimalen Formulierungen aus, wurden im Laufe des Gesprächs jedoch offener und fügten dann, bestärkt durch die von DolmetscherInnen und ÄrztInnen mitgestalteten Gesprächsarbeit, immer mehr Details aus eigener Initiative hinzu.

b) Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und DolmetscherInnen

Sowohl auf technischer als auch auf sprachlicher Ebene spielte die Zusammenarbeit von ÄrztInnen und DolmetscherInnen bei jedem Gespräch eine wesentliche Rolle. In der ersten Testphase mussten die DolmetscherInnen dem Krankenhauspersonal noch regelmäßig Hinweise zum optimierten Einsatz der Geräte geben, zum Beispiel was die Kamerapositionierung betraf, wodurch es manchmal zu Zeitverzögerungen kam. Je häufiger das Gerät verwendet wurde, desto reibungsloser war folglich auch der Gesprächsablauf. Im Allgemeinen wiesen die DolmetscherInnen auf eine gewisse Unsicherheit des Krankenhauspersonals bei der Verwendung des Gerätes hin. Die technische Effizienz

erwies sich in den meisten Fällen direkt proportional zur Neugierde und Experimentierfreudigkeit des medizinischen Personals.

c) Vorteile der Methode für ÄrztInnen und PatientInnen

Als unmittelbare Vorteile der Methode des Videodolmetschens nannten die DolmetscherInnen einerseits ihre höhere und flexiblere Erreichbarkeit, vor allem auch zu Randzeiten. Andererseits ließ die räumliche Distanz zum Dolmetscher eine direktere Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen entstehen und erlaubte es den PatientInnen, unabhängiger und gradueller eine Vertrauensbasis zum Dolmetscher zu etablieren.

d) Vorteile der Methode für die DolmetscherInnen

Die Methode des *video remote interpreting* bot eine Reihe von Vorteilen und neuen Möglichkeiten für die beteiligten DolmetscherInnen. So unterstützte das Pilotprojekt beispielsweise das Etablieren eines professionellen Videodolmetsch-Services und half dabei, den Beruf des Dolmetschers und seine Professionalität sichtbarer zu machen. Darüber hinaus war den DolmetscherInnen die Spezialisierung in einem Fachgebiet möglich, das nicht regulärer Teil der universitären Ausbildung ist.

Die Vorzüge einer Festanstellung, ohne ständig auf dem freien Markt um einen Auftrag kämpfen zu müssen, wie auch die Aussicht, mit Hilfe moderner Kommunikationstechnologie in Zukunft möglicherweise flexibel von zu Hause arbeiten zu können, wurden als besonders positiv bewertet. Damit in Zusammenhang wurde als besonderer Vorteil auch der bessere Informations- und Feedbackaustausch mit den KollegInnen im Team durch die Arbeit von der Dolmetscher-Zentrale aus genannt.

Als wesentlicher Nutzen wurde auch die Tatsache empfunden, dass dank dieser neuen Methode den KommunikationsteilnehmerInnen gegenüber ein höherer Grad an Neutralität gewahrt bleiben könne, was wiederum allgemein eine Verringerung des emotionalen Engagements ermögliche.

e) Herausforderungen durch das neue Setting

Als zentrale Herausforderungen des neuen Setting nannten die befragten DolmetscherInnen den Mangel an echtem Blickkontakt zu den GesprächspartnerInnen sowie die Unmöglichkeit, die Proxemik²² mit dem gleichen Kontrollgrad einer *face-to-face*-Interaktion zu bewerkstelligen. Weiters ergaben sich durch die für *remote interpreting* erforderliche Technik akustische Probleme wie beispielsweise Gesprächsüberlappungen. Eine besondere Herausforderung stellte zudem der Mangel an einleitenden Informationen über die PatientInnen bei den Video-Calls dar, was weitestgehend der Unplanbarkeit der Gespräche wie auch der Unvorhersehbarkeit des nächsten anrufenden Settings geschuldet war. Dies erforderte seitens der tätigen DolmetscherInnen vor allem sowohl auf kultureller Ebene (zum Beispiel bei balkanischen Minderheiten) oder als auch auf psychologischer Ebene (fehlende Vorbereitung vor emotional aufgeladenen Gesprächen) erneut ein hohes Maß an Flexibilität hinsichtlich der Gesprächsführung.

²² Die Proxemik, als Teilgebiet der nonverbalen Kommunikation, beschäftigt sich mit „der Erforschung der Bedeutung des Raumes für die Kommunikation“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 140).

f) Die Wichtigkeit einer Ausbildung

Ein Großteil der DolmetscherInnen hatte aus der Vergangenheit bereits Erfahrung als LaiendolmetscherInnen, in den meisten Fällen für Familienmitglieder. Die akademische Ausbildung zu professionellen DolmetscherInnen verhalf ihnen zu einem erhöhten Bewusstsein für die Praxis, im Gegensatz zur vorangegangenen nicht-professionellen Dolmetschleistung, wo man „nach Instinkt“ oder „sehr frei und improvisiert“ gedolmetscht hatte. In diesem Zusammenhang wurde von den DolmetscherInnen auch erneut die Brisanz und Bedenklichkeit laiengedolmetschter Gespräche betont, da selbst für Personen mit einer fundierten Ausbildung heikle Situationen vielfach schwierig zu bewältigen waren.

g) Die (physische) Distanz zwischen DolmetscherInnen und GesprächsteilnehmerInnen

Erstaunlicherweise bewertete ein Großteil der interviewten DolmetscherInnen den Umstand, dass durch den Einsatz des E-Dolmetschers zur Dolmetschsituation eine physische Distanz zwischen DolmetscherInnen und GesprächsteilnehmerInnen entstand, als durchaus positiv. Ihrer Einschätzung nach sei dieses Setting, im Vergleich zu Dolmetschtaufträgen vor Ort, für beide Seiten einfacher zu „verlassen“ und mit deutlich weniger Verhaltenskonventionen verbunden, was auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe positiv bewerteten. Interessanterweise gewannen die DolmetscherInnen bei den PatientInnen den Eindruck, dass diesen die Distanz eher half, sich bei intimeren Arztgesprächen (zum Beispiel bei psychiatrischen Sitzungen) freier und entspannter auszudrücken. Im Gegensatz dazu gaben die befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe ja an, das Herstellen intimer Gesprächssituationen bei Verwendung des E-Dolmetscher als eher schwieriger empfunden zu haben.

4. Relevante rechtliche Aspekte beim Einsatz von Videodolmetschen im Gesundheitsbereich

Durch den Einsatz des Tools Videodolmetschen werden mehrere rechtliche Aspekte berührt. Zunächst stellen sich Fragen, die sich auch bei einer traditionellen Dolmetschung vor Ort stellen, wie zum Beispiel die Entbindung von der Schweigepflicht, die Qualifikation des Dolmetschers sowie die haftungsrechtlichen Folgen bei Fehlübersetzungen. Hinzu kommt nun der Umstand, dass der Dolmetscher nicht anwesend ist, sondern per Video virtuell zugeschaltet wird, sodass hier spezielle Fragen im Bereich der Gesundheitstelematik und des Datenschutzes relevant sind.

4.1. Arzt-Patienten-Verhältnis und Schweigepflicht

Die Schweigepflicht besteht zwischen dem Patienten und dem Arzt beziehungsweise Angehörigen eines Gesundheitsberufes. Diese kann allerdings durchbrochen werden, wie zum Beispiel bei der Entbindung durch Patienten. Wird ein Dolmetscher zu einem Gespräch hinzugezogen, bedarf es zunächst der Zustimmung des Patienten, dass der Dolmetscher Kenntnis von dessen Daten erlangt. Für die Entbindung von der Schweigepflicht gibt es keine gesetzliche Formvorschrift. Es ist daher ausreichend, wenn der Patient mündlich einwilligt. Manche Institutionen verlangen in diesem Zusammenhang, dass der Patient schriftlich zustimmt. Die Vordrucke für diese Zustimmungserklärungen müssen dann freilich in den entsprechenden Sprachen vorliegen. In manchen Settings wurde auch vereinbart, dass der Dolmetscher gleich zu Beginn des Gesprächs den Patienten über die rechtliche Notwendigkeit zur Entbindung von der Schweigepflicht aufklärt und dessen Einwilligung einholt.

4.2. Qualifikation des Dolmetschers

Gelangt der Arzt zu der Ansicht, dass der Patient die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht, um über den geplanten Eingriff hinlänglich informiert zu werden, und der Arzt somit seiner Aufklärungspflicht nicht nachkommen kann, muss ein Dolmetscher (Sprachmittler) herangezogen werden.

4.2.1. Laiendolmetscher – sprachkundige Begleitpersonen und Angehörige

Wird ein Sprachmittler beigezogen, darf der Arzt vor allem bei minderjährigen SprachmittlerInnen nicht auf die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzung vertrauen. Dies ist wohl auch dann der Fall, wenn der Arzt bemerkt, dass die Begleitperson gleich selbst antwortet beziehungsweise die Rede- und Übersetzungszeiten nicht in etwa übereinstimmen²³ (Memmer 2014: I.3.).

Ein weiteres Problem stellt auch bei der Heranziehung von Angehörigen die Schweigepflicht dar, wie schon oben ausgeführt. Nach der Judikatur des OGH ist, wenn eine sprachkundige Vertrauensperson beigezogen wird, zunächst durch die Person des Sprachmittlers selbst die Zustimmung des Patienten zu seiner Beziehung einzuholen. Es könnte ja sein, dass der Patient lieber auf eine Aufklärung verzichtet, als eine Vertrauensperson in seine Krankheit einzuweihen (Memmer 2014: I.3.7.). Der behandelnde Arzt kann aber aufgrund der Sprachbarriere wohl kaum nachprüfen, ob die Begleitperson den Patienten überhaupt nach seiner Einwilligung gefragt hat beziehungsweise ob der Patient

²³ Zu den Kontrollmechanismen der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe siehe auch Kapitel 3.4.4.b.

tatsächlich damit einverstanden ist, dass nun auch die Begleitperson dessen sensiblen Gesundheitsdaten erfährt. Man kann aus dem Umstand, dass ein Patient eine Begleitperson mitnimmt, unter Umständen eine konkludente Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht durch den Patienten annehmen. Bei der Annahme einer konkludenten Entbindung ist aber vor allem in medizinisch sensiblen Bereichen Vorsicht geboten, da der Patient im Vorhinein oft nicht weiß, welche medizinischen Informationen er erhalten wird, an welcher Erkrankung er leidet und welche weitreichenden Folgen dies für ihn und sein Leben hat.

Zu dieser Problematik gibt es eine Stellungnahme des Gesundheitsministeriums (BMG-92645/0008-I/B/8/2010 (21.04.2010): In einem Fall wurde einem Mann rumänischer Herkunft, der nicht gut Deutsch sprach, die Möglichkeit verwehrt, Blutplasma zu spenden, obwohl er einen Bekannten als Dolmetscher mitgebracht hatte. Die dazu ergangene Stellungnahme gab den behandelnden ÄrztInnen Recht. Bei einer Plasmaspende handelt es sich um keinen medizinisch indizierten Eingriff, sodass hier die weitreichendste Aufklärung gefordert wird. Darüber hinaus sind dabei auch noch Sicherheitsaspekte für den Empfänger von Blutprodukten zu bedenken. Zu Recht bestanden daher Bedenken hinsichtlich der Heranziehung eines nicht einschätzbaren Sprachmittlers. Da im vorliegenden Fall auch keine Verpflichtung bestand, eine Person zur freiwilligen Spende zuzulassen beziehungsweise kein Recht auf Spende besteht, war es richtig, die Person als Spender abzulehnen, da sie keinen qualifizierten Sprachmittler zugezogen hatte. Die beteiligten ÄrztInnen hatten die erforderliche Aufklärung nicht ausreichend sicherstellen können und durften die Person daher nicht zur Spende zulassen (ebd.).

4.2.2. Mitarbeiter als Sprachmittler

Krankenhäuser ziehen – wie in Kapitel 3.4.1.c aufgezeigt – zunehmend fremd- beziehungsweise mehrsprachige MitarbeiterInnen zum Dolmetschen des Arzt-Patienten-Gesprächs heran. Wie bereits dargestellt, muss der behandelnde Arzt als Aufklärungspflichtiger den Patienten über den geplanten Eingriff aufklären. Grundsätzlich kann diese Aufklärung auch delegiert werden, wobei hier Vorsicht geboten ist. Wird die Aufklärung an einen anderen Arzt beziehungsweise Turnusarzt delegiert, bestehen für den aufklärungspflichtigen Arzt Anleitungs- und Aufsichtspflichten (Kletečka 2012: II.1.2.2.2.). Eine Weitergabe der Aufklärungspflicht an nicht-ärztliches Personal ist grundsätzlich ausgeschlossen. Kritisch ist daher die gängige Praxis zu sehen, wonach nicht-ärztliches Personal herangezogen wird und teilweise selbstständig das Aufklärungsgespräch in der anderen Sprache führt (Pöchhacker 2000b: 113ff). In vielen Krankenanstalten existieren Listen, auf denen mehrsprachige MitarbeiterInnen vermerkt sind, die im Notfall hinzugezogen werden können. In manchen Fällen wissen die MitarbeiterInnen nicht einmal, dass sie auf einer derartigen Liste stehen. Darüber hinaus wollen sie häufig diese zusätzliche Tätigkeit, weil sie dafür auch keine Ausbildung haben, nicht übernehmen, fürchten jedoch, dass eine Ablehnung ihnen schaden könnte. Hinzu kommt, dass sie ihre ursprüngliche Muttersprache oft nicht mehr gut genug beherrschen, um entsprechend dolmetschen zu können. Zudem ergeben sich dienstrechtliche beziehungsweise arbeitsrechtliche Probleme, da die Dolmetschleistung nicht von ihrem Arbeitsauftrag erfasst ist und eine bestehende Versicherung den gegebenenfalls dadurch entstandenen Schaden nicht ersetzen würde, wenn von Personen gedolmetscht wird, die keine entsprechende Ausbildung dazu haben.

Im Zusammenhang mit einer Entscheidung über eine Patientin mit Sprachbarriere stellte sich heraus, dass in der betreffenden Klinik bei türkischen PatientInnen nach dem Aufklärungsgespräch, falls die Aufklärung nicht verstanden worden war, üblicherweise ein Pfleger herangezogen wurde, der dann ohne die Anwesenheit eines Arztes weiter aufklärte. Dies rügte das OLG Karlsruhe (VersR 1998, 718) ausdrücklich, da die Aufklärung nur von einem Arzt vorgenommen werden darf.

Die Heranziehung von MitarbeiterInnen als SprachmittlerInnen ist – anders als bei Angehörigen von PatientInnen – nicht per se abzulehnen. Allerdings müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein, damit dies auch den rechtlichen Bedingungen entspricht. Darüber hinaus sollte auf diese Lösung nur in Notfällen zurückgegriffen werden. Keinesfalls dürfen solche MitarbeiterInnen einer Krankenanstalt herangezogen werden, die nicht Angehörige eines Gesundheitsberufes sind. Sollten es Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe sein, dürfen diese nicht eigenständig die Aufklärung übernehmen, sondern müssen die Aufklärung des anwesenden aufklärenden Arztes übersetzen. Jedenfalls müssen diese MitarbeiterInnen einverstanden sein, dass sie als SprachmittlerInnen zugezogen werden (Hanssen 2004: 31ff). Dabei ist aber immer noch zu beachten, dass diese Personen in den seltensten Fällen auch tatsächlich beide Sprachen sehr gut beherrschen und in beiden Sprachen das entsprechende Vokabular kennen. Mehrsprachige MitarbeiterInnen sollten nur in Notfällen herangezogen werden.

4.2.3. Professionelle Dolmetscher

Idealerweise sollten im Falle von Kommunikationsproblemen im Gesundheitsbereich professionelle DolmetscherInnen herangezogen werden. Die Ausbildung dieser DolmetscherInnen ist Gegenstand der Translationswissenschaft²⁴. Im Falle von nicht-deutschsprachigen PatientInnen sind auch die kulturellen Hintergründe für das Aufklärungsgespräch zu beachten (OGH 15.03.2001, 6 Ob 258/00k = RdM 2001/29; Alpers/Hanssen 2010: 23). Wie bereits diskutiert, kann es zudem vorkommen, dass MigrantInnen aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes bestimmte Behandlungen generell ablehnen (Spickhoff 2010: 64). Der Dolmetscher muss daher auch kulturspezifische Hintergründe (beispielsweise bezogen auf Abstammung oder Kriegsgeschehnissen im Herkunftsland etc.) sowie die jeweiligen Besonderheiten im Hinblick auf bestimmte Erkrankungen und Behandlungen kennen (Leischner-Lenzhofer 2011: 220), wie dies etwa als Qualifikation im Zuge der universitären Ausbildung zu professionellen DolmetscherInnen in Form der von Pöchhacker (2000b) beschriebenen kulturellen Kompetenz gewährleistet ist.

Wie die Entscheidung zu einem libyschen Patienten gezeigt hat, der nach einer Zahnextraktion in Vollnarkose nach einem Narkosezwischenfall letztlich verstorben war, muss der Sprachmittler nicht nur die andere Sprache perfekt beherrschen, sondern auch die kulturellen Gegebenheiten kennen. Der Patient hatte den ausdrücklichen Wunsch geäußert, den Eingriff in Vollnarkose durchführen zu lassen. Der ambulant behandelnde Zahnarzt hatte den Patienten über die Alternative einer Lokalanästhesie sowie über die Risiken aufgeklärt. Der OGH sah eine Verletzung der Aufklärungspflicht, weil der Zahnarzt dem Patienten das Für und Wider einer Lokalanästhesie und einer Vollnarkose, insbesondere die unterschiedlichen Risiken, nicht eindringlich genug vor Augen geführt hatte. Dies gilt insbesondere

²⁴ Zur Qualifikation und Ausbildung professioneller DolmetscherInnen in Österreich siehe Kapitel 3.4.3.

dann, wenn der Patient aus einer anderen Kultur kommt und, wie in jenem Fall, von der Einstellung geprägt ist, dass eine Vollnarkose „nichts Besonderes“ sei (OGH 15.03.2001, 6 Ob 258/00k).

4.3. Haftung des Dolmetschers

Wie in jedem Beruf kann auch dem Dolmetscher ein Fehler passieren und möglicherweise etwas falsch gedolmetscht werden. Obwohl das Risiko einer Fehlübersetzung durch den Einsatz von qualifizierten DolmetscherInnen wesentlich geringer ist als bei der Heranziehung von Angehörigen oder mehrsprachigen MitarbeiterInnen, wurde die Frage nach den rechtlichen Konsequenzen im Fall eines Fehlers durch einen professionellen Dolmetscher häufig gestellt. Aus diesem Grund wird im Folgenden kurz darauf eingegangen.

Wird ein Dolmetscher zugezogen, um die ärztliche Aufklärung zu übersetzen und macht er dabei einen Fehler, so ist für die haftungsrechtliche Frage entscheidend, wem das Fehlverhalten zuzurechnen ist. Wird der Dolmetschdienst von der Krankenanstalt organisiert, so ist ein etwaiges Fehlverhalten des Dolmetschers dem Träger der Krankenanstalt gem. § 1313a ABGB zurechenbar. Unabhängig davon ist die Frage zu beurteilen, ob der Träger der Krankenanstalt sich bei dem Dolmetscher regressieren kann. Dies hängt auch davon ab, ob der Dolmetscher ein Angestellter oder Dienstnehmer ist und ob es sich um eine entschuld bare Fehlleistung beziehungsweise Fahrlässigkeit oder Vorsatz handelt (Kletečka 2014: Kap II. 2.2.4). Hat die Krankenanstalt keine eigenen DolmetscherInnen angestellt, sondern nimmt zum Beispiel die Leistungen selbstständig-tätiger DolmetscherInnen oder eines Unternehmens in Anspruch, richtet sich ein möglicher Regress nach einem Schaden nach der vertraglichen Vereinbarung, wobei in der Regel vereinbart wird, dass der selbstständige Dolmetscher oder das Unternehmen den Schaden zu tragen hat. Aus diesem Grund wurde auch im Rahmen des Forschungsprojekts eine eigene Versicherung für mögliche Fehlleistungen der DolmetscherInnen abgeschlossen.

Werden für Videodolmetschen oder Dolmetschen generell selbstständige DolmetscherInnen oder externe Unternehmen herangezogen, hat dies den Vorteil, dass dadurch ein potentiell es Haftungsrisiko übertragen werden kann: Zum einen kann die Krankenanstalt nachweisen, dass sie durch die Bereitstellung von Videodolmetschen oder DolmetscherInnen auf Abruf den höchstmöglichen Standard in Hinblick auf Verhinderung von Sprachbarrieren bietet. Zum anderen kann die Krankenanstalt darauf vertrauen, dass qualifizierte DolmetscherInnen zugezogen werden. Im Rahmen des Videodolmetsch-Projektes wurde auf die Ausbildung der DolmetscherInnen höchsten Wert gelegt. Da es allerdings für gewisse Sprachen keine universitäre Ausbildung gibt, entwickelt die Plattform Patientensicherheit derzeit gemeinsam mit dem Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien und der Universität Germersheim einen Zertifikatskurs, damit auch bei diesen Sprachen die Qualität von DolmetscherInnen gewährleistet werden kann.

Kommt es zu einem Haftungsfall, besteht der Vorteil eines externen Dolmetschers auch darin, dass ein möglicher Schadenersatz nicht von der Krankenanstalt zu tragen ist.

Wie in Kapitel 3.4.1. bereits ausführlich diskutiert, werden besonders häufig MitarbeiterInnen der Krankenanstalt als SprachmittlerInnen herangezogen. Dabei ist gerade der Aspekt zu beachten, dass diese Personen in der Regel nicht für die Tätigkeit als Sprachmittler angestellt wurden, sondern diese

Tätigkeit oftmals aus reiner Gefälligkeit beziehungsweise Pflichtbewusstsein übernehmen, ohne dafür eine Ausbildung zu haben. Dies ändert nichts an dem Umstand, dass diese Personen auch als Erfüllungsgehilfen gemäß § 1313a ABGB dem Träger der Krankenanstalt zuzurechnen sind. Allerdings kann es sein, dass den jeweiligen Mitarbeiter eine sogenannte Übernahmefahrlässigkeit (Tipold 2014: II.2.2.4) trifft. Damit ist die Übernahme einer Tätigkeit gemeint, für welche diese Person nicht ausreichend ausgebildet ist, die Tätigkeit aber trotzdem durchführt. Allerdings können Besonderheiten des Einzelfalls (Notbehandlung) die Schuld wegen mangelnder Sorgfaltswidrigkeit oder Unzumutbarkeit entfallen lassen (OGH 12.12.2002, 6 Ob 280/02y). Aus diesen Gründen sollten MitarbeiterInnen auch aus rechtlicher Sicht nur in Ausnahme- beziehungsweise Notfällen als SprachmittlerInnen zugezogen werden.

4.4. Datenschutzrechtliche Fragen beim Videodolmetschen

Da der Bedarf an DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich sich als schwer planbar gestaltet und es zudem für die Krankenanstalten nicht finanzierbar ist, DolmetscherInnen für jede Sprache jederzeit zur Verfügung zu stellen, konnten im Rahmen des Projekts für bestimmte Situationen neue innovative Wege gefunden werden, um dem Problem der Sprachbarriere professionell zu begegnen (siehe Kapitel 3.4.4.).

Beim Tool Videodolmetschen handelt es sich um eine gesundheitstelematische Anwendung im weiteren Sinn. Die Europäische Kommission versteht unter dem Begriff „Telematik im Gesundheitswesen“ die gemeinsame oder getrennte Anwendung einer Vielzahl von informations- und telekommunikationstechnischen Methoden und Systemkomponenten, welche über räumliche Entfernungen hinweg ausgeführt werden und in Medizin und Gesundheitsverwaltung Anwendung finden. Zur Erhöhung der Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsleistungen kommen zunehmend moderne Informations- und Kommunikationstechnologien wie beispielsweise das e-card-System der Sozialversicherung oder ELGA zum Einsatz, um einen organisationsübergreifenden Informationsfluss zu ermöglichen.

Im Fall des Videodolmetschens wird die Unmittelbarkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses in keiner Weise berührt, sondern lediglich der Dolmetscher per Video zugeschaltet. Videodolmetschen ist Telemedizin im weiteren Sinne und dient als Teilgebiet der Gesundheitstelematik, um „Dienstleistungen der Patientenversorgung zu erbringen, bei denen die räumliche Entfernung einen kritischen Faktor darstellt“ (Katzenmeier/Schrag-Slavu 2010: 4). Gerade durch den Einsatz von Videodolmetschen kann eine signifikante Zeit- und Kosteneinsparung erzielt werden. Ganz entscheidend ist freilich, dass durch den Einsatz der Technik beim Videodolmetschen das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewahrt bleibt, welches einen wesentlichen Teil der medizinischen Behandlung darstellt. Deshalb kommen in diesem Zusammenhang die datenschutzrechtlichen Vorgaben zur Anwendung. In der Regel werden beim Videodolmetschen im Gesundheitsbereich sensible Daten im Sinne des § 9 Datenschutzgesetzes (DSG) 2000 übertragen, sodass in diesem Zusammenhang die Vorgaben des DSG 2000 erfüllt sind. Vor Beginn des Pilotprojektes Videodolmetschen gab es daher auch eine ausführliche Besprechung mit der Datenschutzkommission, um die rechtlichen Rahmenbedingungen zu klären.

Durch die Zuschaltung des Dolmetschers per Video werden die sensiblen Daten des Patienten an den Dolmetscher elektronisch übertragen. Dies stellt eine Verwendung im Sinne des § 4 Z 8 DSG 2000 dar, wonach eine Verwendung von Daten jede Art der Handhabung von Daten ist, also sowohl das Verarbeiten (Z 9) als auch das Übermitteln (Z 12) von Daten. Videodolmetschen stellt keine Videoüberwachung im Sinne des § 50 a DSG 2000 dar. Daten dürfen nur nach den Grundsätzen des § 6 ff DSG 2000 verwendet werden. Der Zweck und Inhalt der Datenanwendung muss von den gesetzlichen Zuständigkeiten oder rechtlichen Befugnissen des jeweiligen Auftraggebers gedeckt sein und darf die schutzwürdigen Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen nicht verletzen. Gemäß § 9 DSG 2000 werden schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen bei der Verwendung sensibler Daten dann nicht verletzt, wenn – wie im vorliegenden Fall – der Betroffene zustimmt (§ 9 Z 6 DSG 2000). In der Regel stimmt der Patient mündlich zu, was den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Manche Gesundheitseinrichtungen wollten – aus Gründen der Beweissicherung – diese Entbindung schriftlich. Die Arzt-Patienten-Gespräche wurden nicht standardmäßig aufgezeichnet²⁵.

Auftraggeber (in diesem Fall die Krankenanstalt) dürfen bei ihrer Datenanwendung dann Dienstleister (in diesem Fall die Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, welche die Videodolmetsch-Zentrale eingerichtet hat) in Anspruch nehmen, sofern diese ausreichend Gewähr für eine rechtmäßige und sichere Datenverwendung bieten. Der Auftraggeber hat mit dem Dienstleister die hierfür notwendigen Vereinbarungen zu treffen und hat sich von deren Einhaltung durch Einholung der erforderlichen Informationen über die vom Dienstleister tatsächlich getroffenen Maßnahmen zu überzeugen. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden alle Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit getroffen. Gemäß den technischen Möglichkeiten wurden die Daten entsprechend geschützt und für Unbefugte unzugänglich gemacht gemäß § 14 Abs. 1 DSG 2000.

Die Träger der Gesundheitseinrichtungen wurden im Forschungsvertrag verpflichtet, vor Aufnahme der Datenanwendung eine Meldung gemäß § 17 DSG 2000 durchzuführen.

²⁵ Aus wissenschaftlichen Gründen wurde bei einigen ausgewählten und im Vorfeld festgelegten Gesprächen eine Aufzeichnung des Video-Calls durchgeführt. Hier wurden die noch strengeren Vorgaben eingehalten: Zustimmung des Arztes, schriftliche Zustimmung des Patienten etc. Nach wissenschaftlicher Auswertung wurden die Daten unwiederbringlich gelöscht.

5. Resümee

Durch das Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ konnte erstmals im deutschsprachigen Raum erprobt werden, inwiefern das technisch innovative und für das Gesundheitswesen neuartige Tool Videodolmetschen einen Mehrwert für die Versorgung der vulnerablen PatientInnengruppe der Nicht-deutschsprachigen darstellt.

Dabei wurde deutlich, dass Videodolmetschen ein enormes Potential zur Anwendung im Gesundheitswesen aufweist und grundsätzlich eine sehr gute Möglichkeit zur qualitätsgesicherten Überwindung von Kommunikationsbarrieren darstellt. Die qualitativen und quantitativen Daten zeigten allerdings auch, dass *video remote interpreting* nicht prinzipiell für jedes Setting das am besten geeignete Mittel war. In bestimmten Settings, vor allem bei planbaren Behandlungen, sind und bleiben sicherlich professionelle DolmetscherInnen vor Ort die ideale Lösung. Die aktive Einbindung der Führungsebene und des Qualitätsmanagements ist jedenfalls zur erfolgreichen und längerfristigen Etablierung dieses neuen Tools erforderlich, da die Einführung neuer Tools natürlich immer auch eine Intervention in bisherige Routinen und Strukturen bedeutet.

Ein weiterer positiver Effekt des E-Dolmetschers zeigte sich besonders in jenen Settings, wo das Fehlen von verfügbaren Lösungsstrategien aufgrund besonderer Dringlichkeit beispielsweise zu enormen organisatorischen Verzögerungen oder sogar zum Behandlungsabbruch geführt hätte. Durch den Einsatz von Videodolmetschen konnte zum Beispiel ermöglicht werden, den Rehabilitationsaufenthalt von PatientInnen trotz fehlender Deutschkenntnisse fortzuführen, ohne die Sicherheit der PatientInnen aufgrund von Sprachbarrieren zu gefährden. Im Setting der Pensionsbegutachtungen trug der E-Dolmetscher beispielsweise dazu bei, auch jene PensionswerberInnen einer Begutachtung zuführen zu können, bei welchen der Dolmetschbedarf nicht im Vorfeld planbar gewesen war. Durch den Einsatz von Videodolmetschen war es also letztendlich möglich, einerseits Versorgungslücken bei Sprachmittlungen und andererseits Randzeiten, also den Bedarf an Sprachmittlungen/Dolmetschungen an Wochenenden und zwischen 15:00 und 22:00 Uhr, optimal abzudecken.

Das zentrale Forschungsergebnis bestand jedoch in der Wichtigkeit einer Institutionalisierung professioneller Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren. Die Verantwortung für das Finden und Zur-Verfügung-Stellen von mitarbeiterentlastenden, effizienten Lösungsstrategien ist jedenfalls auf Seiten des Trägers anzusiedeln, anstatt die Entscheidungen über den Zugang von PatientInnen zu qualitätsgesicherter Versorgung den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu überlassen.

Schlussendlich ist der im Rahmen dieser Studie festgehaltene positive Einfluss von professionellen DolmetscherInnen auf die Versorgung von PatientInnen mit Sprachbarriere ein wesentlicher Grund, für Professionalität zu plädieren. So führte der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen – im Vergleich zu Dolmetschungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe mit Fremdsprachenkenntnissen – jedenfalls zu einer Verringerung von Diskrepanzen (Karliner et al. 2007: 743). Dies wurde auch in einer Studie von Karliner et al. (2007: 748) nochmals festgehalten: „They appear to decrease communication errors, increase patient comprehension, equalize health care

utilization, improve clinical outcomes, and increase satisfaction with communication and clinical services for limited English proficient patients.“.

Von einer systematisch organisierten, professionellen Dolmetschleistung profitieren somit alle, die damit (in-)direkt in Verbindung stehen, nicht nur DolmetscherInnen und PatientInnen, sondern auch dahinterstehende Institutionen und Träger. Um das zu erreichen, „[...] muss allerdings auf allen Seiten das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass die Beiziehung von qualifizierten Dolmetschern nicht Luxus, sondern ein Kennzeichen einer offenen Gesellschaft ist.“ (Rásky 2010: 28)

6. Darstellungsverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsziele Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“	15
Abbildung 2: Vier Argumente zum Einsatz eines E-Dolmetschers	16
Abbildung 3: Darstellung der Dolmetscherzentrale und individuell wählbare Hardware der Endpunkte	17
Abbildung 4: Aufteilung der PatientInnen-Fragebögen nach Sprachen	26
Abbildung 5: Aufteilung der MitarbeiterInnen-Fragebögen nach Berufsgruppen	27
Abbildung 6: Aufteilung des Interviewsamples nach Berufsgruppen	29
Abbildung 7: Häufigkeit von Sprachbarrieren	32
Abbildung 8: Probleme bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen	33
Abbildung 9: Möglichkeit der Unterhaltung auf Deutsch mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen	34
Abbildung 10: Präferierte Lösungsstrategien im niedergelassenen Bereich (IERM/ANetPAS, 2013) ..	38
Abbildung 11: Bisherige Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren	39
Abbildung 12: Angehörige und Bekannte als SprachmittlerInnen (Pöchhacker 1997).....	40
Abbildung 13: Angehörige der Gesundheitsberufe als SprachmittlerInnen (Pöchhacker 1997).....	40
Abbildung 14: Aufteilung MitarbeiterInnen als SprachmittlerInnen	41
Abbildung 15: Zufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe mit den bisherigen Lösungsstrategien.....	49
Abbildung 16: Zufriedenheit mit der derzeitigen Praxis der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen (Pöchhacker 1997)	51
Abbildung 17: Unterteilung der Endpunkte in Settings	52
Abbildung 18: Anzahl der Video-Calls nach Monaten und Sprachen.....	53
Abbildung 19: Video-Calls nach Sprachen.....	54
Abbildung 20: Video-Calls nach Settings.....	55
Abbildung 21: Video-Calls nach Monaten und Settings.....	55
Abbildung 22: Video-Calls nach Zeitfenstern	56
Abbildung 23: Aufteilung nach Zeitfenster Setting AMBULANZEN	57
Abbildung 24: Aufteilung nach Zeitfenster Setting NOTAUFNAHMEN	57
Abbildung 25: Aufteilung nach Zeitfenster Setting PENSIONSBEGUTACHTUNG	58
Abbildung 26: Aufteilung nach Zeitfenster Setting PSYCHIATRIE	58
Abbildung 27: Aufteilung nach Zeitfenster Setting REHABILITATION	58
Abbildung 28: Aufteilung nach Zeitfenster Setting STATIONEN.....	58

Abbildung 29: Aufteilung der Video-Calls nach Wochentagen	59
Abbildung 30: Video-Calls nach Wochentagen und Setting.....	59
Abbildung 31: Durchschnittliche Dauer der Video-Calls nach Setting	60
Abbildung 32: Kompetenzmodell professioneller DolmetscherInnen.....	61
Abbildung 33: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – Kompetenzen & Qualifikation.....	63
Abbildung 34: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – Nähe-Distanz-Verhältnis	68
Abbildung 35: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – physische Anwesenheit.....	69
Abbildung 36 Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – physische Abwesenheit des Dolmetschers	73
Abbildung 37: Selbsteinschätzung der PatientInnen bezüglich des Sprechens und Verstehens von Deutsch (PatientInnen-Fragebogenerhebung).....	81
Abbildung 38: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin – schnelle Verfügbarkeit	87
Abbildung 39: Bewertung der Wichtigkeit von AUDIO und VIDEO beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers.....	93
Abbildung 40: Wichtige Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – Audio und Video	94
Abbildung 41: Anwendung von Lösungsstrategien in einem von den befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe angegebenen Ranking	101
Abbildung 42: Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – schnellere Verfügbarkeit.....	106
Abbildung 43: Wichtigkeit verschiedener Aspekte beim Einsatz eines VIDEO-Dolmetschers – Sicherheit/Datenschutz/Technik.....	107
Abbildung 44: Ich bin mit dem Funktionieren der Technik zufrieden (PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)	108
Abbildung 45: Anzahl der Videodolmetsch-User	109
Abbildung 46: Bewertung des VD-Angebots als sinnvolle Maßnahme? (n= 58).....	110
Abbildung 47: Haben Sie das VD-Angebot als hilfreich empfunden?	110
Abbildung 48: Wiederverwendungsrate der VD-User	111
Abbildung 49: Haben Sie den Videodolmetscher schon einmal genutzt? (PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)	112
Abbildung 50: Haben Sie das Videodolmetsch-Angebot als hilfreich empfunden? (PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)	113
Abbildung 51: Würden Sie das Videodolmetsch-Angebot beim nächsten Mal wieder benutzen? (PatientInnen-Fragebogenerhebung; n= 44)	113

Abbildung 52: Ich konnte dank Videodolmetschen uneingeschränkt kommunizieren und alle Fragen klären (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44).....	114
Abbildung 53: Ich fühle mich vom Arzt zum ersten Mal richtig verstanden (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44).....	114
Abbildung 54: Ich habe zum ersten Mal bei meiner Behandlung alles verstanden (PatientInnen-Fragebogenerhebung, n= 44).....	114
Abbildung 55: Videodolmetschen aus DolmetscherInnen-Perspektive (Romano 2014).....	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erhebungsphasen nach Workpackages & Milestones.....	24
Tabelle 2: Aufteilung der PatientInnen-Fragebögen nach Setting und Sprache.....	26
Tabelle 3: Aufteilung der MitarbeiterInnen-Fragebögen nach Berufsgruppen und Setting.....	28
Tabelle 4: Aufteilung des Interviewsamples nach Berufsgruppen und Setting	29

Bildverzeichnis

Foto 1: Fotoserie der Testung im St. Anna Kinderspital April/Mai 2012 (Bildquelle: Sabine Parrag)...	18
Foto 2: Der E-Dolmetscher im Einsatz (Bildquelle: APA Fotoservice)	20

7. Literaturverzeichnis

Alpers, L./Hanssen, I. (2010): Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. In: Journal of Intercultural Communication. ISSN 1404 – 1634. Issue 23.

Argyle, M. (2005): Körpersprache & Kommunikation. Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation. 9. Aufl. Junfermann Verlag, Paderborn.

Atteslander, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Bal, P. (1981): Communicating with non-English-speaking patients. In: British Medical Journal. Vol. 283 (628): 368.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber. Erstellt vom Arbeitskreis für Migration und öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus. http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.html [abgerufen am 27.01.2015]

Bischoff, A./Hudelson P. (2010): Access to Healthcare Interpreter Services: Where are we and where do we need to go? In: International Journal of Environmental Research and Public Health. Vol. 7: 2838-2844.

Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Braun, S. (2013): Keep your distance? Remote interpreting in legal proceedings: A critical assessment of a growing practice. In: Interpreting. Vol. 15 (2): 200-228.

Broszinsky-Schwabe, E. (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Brucks, U./Wahl, W.-B. (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T./David, M. (Hg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main. 15-33.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Broschüre. Wien.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) Schweiz (2011): Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz. BBL, Vertrieb Bundespublikationen, Bern.

Corra, M./Willer, D. (2002): The Gatekeeper. In: Sociological Theory Vol. 20 (2): 180-207.

Duden Online „Habitus“ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Habitus#Bedeutung1b> [abgerufen am 27.01.2015]

Duden Online „Effektivität“ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Effektivitaet> [abgerufen am 24.02.2015]

Duden Online „Effizienz“ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Effizienz> [abgerufen am 24.02.2015]

Edwards, R./Temple, B./Alexander, C. (2005): Users' experiences of interpreters. The critical role of trust. In: *Interpreting*. Vol. 7 (1): 77-95.

Europäische Kommission (2009): Übersetzen und Dolmetschen: Mit Sprachen arbeiten. doi:10.2782/10629

Felgner, L. (2009): Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: Dörte, A./Pöllabauer, S. (2009): „Spürst Du – wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Verlag Peter Lang, Frankfurt. 45-70.

Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Griffith, Ch./Wilson, J./Langer, S./Haist, St. (2003): House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. In: *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 18: 170-174.

Hadziabdich, E./Hjelm, K. (2014): Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. In: *International Journal for Equity in Health*. Vol. 13: 49.

Hametner, K. (2014): From retreating to resisting. How Austrian-Turkish women deal with experiences of racism. In: *Migration Letters*. Vol. 11 (3): 288-299.

Hanssen, I. (2004): An Intercultural Nursing Perspective on Autonomy. In: *Nursing Ethics*. Vol. 11 (1): 28-41.

Henry, St./Fuhrel-Forbis, A./Rogers, M./Eggy, S. (2012): Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A Systematic review and meta-analysis. In: *Patient Education and Counseling*. Vol. 86: 297-315.

IERM/ANetPAS (2013): Teil-Projekt „Sprachbarriere“ – Befragung Wiener Kinderärzte zu Lösungsstrategien bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen im niedergelassenen Bereich.

Jacobs, B./Kroll, L./Green, J./David, T.J. (1995): The hazard of using a child as an interpreter. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 88: 474P-475P.

Karliner, L. S./Jacobs, E. A./Chen, A. H./Mutha, S. (2007): Do Professional interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. In: *HSR: Health Services Research*. Vol. 42 (2): 727-754.

Katzenmeier, C./Schrag-Slavu, S. (2010): Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst. Eine Untersuchung am Beispiel des Forschungsprojektes Med-on-@ix. *Kölner Schriften zum Medizinrecht*. Vol. 2. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

Kleinman, A./Benson, P. (2006): Anthropology in the Clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. In: *PLoS Medicine*. Vol. 3 (10): 1673-1676.

Klemperer, D. (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin. Online abrufbar unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf>

Kletečka, A. (2010): Hilfeleistungspflicht in öffentlichen Krankenanstalten – Behandlungsbedarf ist von einem Arzt zu beurteilen. In: *ZAK* Vol. 14: 276-277.

Kletečka, A. (2014): In: Aigner, G./Kletečka, A./Kletečka-Pulker, M./Memmer, M. (2014): *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz Verlag, Wien. Kap. I.4.3.; Kap. I.1.12; Kap. II.1.; Kap. II.1.2.5.; Kap. II.1.2.2.2.; Kap. II.2.2.4.

- Kletečka-Pulker, M.** (2013): Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin, L./Kletečka-Pulker, M./Körtner, U. (Hg.) (2013): Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 10. Verlag Österreich, Wien. 45-70.
- Kletečka-Pulker, M.** (2014): Rechtsgrundlagen der Behandlung. In: Aigner, G./Kletečka, A./Kletečka-Pulker, M./Memmer, M. (2014): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz Verlag, Wien. Kap. I.1.12.
- Kremla, M.** (2012): Psychotherapie für Flüchtlinge. Vom Wohlwollen und dem politischen Wille. In: Soziale Sicherheit 2012: 497-498.
- Kuckartz, U.** (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer VS, Wiesbaden.
- Kutalek, R.** (2011): Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze. In: Peintinger, M. (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag, Wien. 23-38.
- Kutalek, R.** (2012): Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. In: Wiener Klinische Wochenschrift. Vol. 124, [Suppl 3]: 3-9.
- Leischner-Lenzhofer, A.** (2011): Sprach- und kulturspezifische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung. In: Peintinger, M. (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag, Wien. 203-224.
- Löschke-Yaldiz, K./Özsoy, S./San, E./Ünsal, S./Keegan, N.** (2010): 'Gesund in allen Sprachen'. Health Literacy bei MigrantInnen. In: Wolf, H./Endler, M./Wimmer-Puchinger, B. (2010): Frauen Gesundheit Soziale Lage. Facultas Verlag, Wien. 143-154.
- Mayer, J.** (2011): Migration und Gesundheit. Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. 17. ÖIF Dossier, Österreichischer Integrationsfond.
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- Memmer, M.** (2014): Einwilligung. In: Aigner, G./Kletečka, A./Kletečka-Pulker, M./Memmer, M. (2014): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz Verlag, Wien. Kap. I.3.
- Menz, F.** (2011): Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger, M. (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag, Wien. 225-235.
- Menz, F./Reisig, M./Sator, M.** (2013): Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz, F. (Hg.) (2013): Migration und medizinische Kommunikation. V&R unipress, Göttingen. 17-32.
- Menz, F.** (Hg.) (2013): Migration und medizinische Kommunikation. V&R unipress, Göttingen.
- Meyer, B./Pawlack, B./Kliche, O.** (2010): Family interpreters in hospitals: Good reasons for bad practice? In: mediAzioni Vol. 10: 297-324.
- Morina, N./Maier, T./Schmid Mast, M.** (2010): Lost in Translation. Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. Vol. 60: 104-110.
- Müller-Benedict, V.** (2011): Grundkurs Statistik in den Sozialwissenschaften. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Online-Verwaltungslexikon. Suchbegriff „Effizienz und Effektivität“. www.olev.de, Version 2.2. [abgerufen am 24.02.2015]

Pammer, Ch. (2009): Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rásky, É. (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Facultas Verlag, Wien. 45-54.

Pöchhacker, F. (1997): Teil 2. Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. In: Csitkovics, M./Eder, A./Matuschek, H. (1997): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. MA 15/WHO Projekt.

Pöchhacker, F. (2000a): Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Stauffenburg Verlag, Tübingen.

Pöchhacker, F. (2000b): Language barriers in Vienna hospitals. In: Ethnicity & Health. Vol. 5 (2), 113-119.

Pöchhacker, F. (2008): Krankheit, Kultur, Kinder, Kommunikation: Die Nichte als Dolmetscherin. In: Curare. Vol. 31 (2/3): 133-142.

Pöchhacker, F. (2009): KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven. In: Rásky, É. (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Facultas Verlag, Wien. 117-123.

Pöchhacker, F. (2013): Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: Kaelin, L./Kletečka-Pulker, M./Körtner, U. (2013): Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein? Verlag Österreich, Wien. 103-117.

Pöllabauer, S. (2009): Im Wilden Westen des Dolmetschens. Ausbildung und Professionalisierung des Community Interpreting. In: Rásky, É. (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Facultas Verlag, Wien. 97-116.

Przyborski, A./Wohlrab- Sahr, M. (2013): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Verlag, München.

Raab-Steiner, E./Benesch, M. (2012): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Facultas Verlag, Wien.

Rásky, É. (2010): Blockierte Verständigungswege. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ. 51 Jg. (01 – 02). 26-28.

Razum, O. (2010): Gesundheit von Migranten: Hintergründe. In: Deutscher Ethikrat. Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Tagungsdokumentation, Berlin. 21-27.

Razum, O./Geiger, I. (2003): Migranten. In: Schwartz, F./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.) (2003): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. Urban Fischer Verlag, München/Jena. 686-692.

Rhodes, P./Nocon, A. (2003): A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. In: Health and Social Care in the Community. Vol. 11 (1): 45-54.

Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 13-33.

Romano, F. (2014): L'interpretazione ad hoc in ambito medico: un case study su suolo italiano ed esempi di best practices all'estero. Diplomarbeit, Universität Bologna.

Sator, M. (2013): Familiendolmetschung vs. Professionelle Dolmetschung – eine Fallstudie. In: Menz, F. (Hg.) (2013): Migration und medizinische Kommunikation. V&R unipress, Göttingen. 33-146.

Sator, M./Gstettner, A./Hladschik-Kermer, B. (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor‘ – Das war’s.“ Arzt-Patienten-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener Klinische Wochenschrift. Vol. 120 (5/6): 158-170.

Spickhoff, A. (2010): Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen. In: Deutscher Ethikrat (2010): Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Tagesdokumentation des Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010. 59-77.

Statista – Online Lexikon. Suchbegriff „Deskriptive Statistik“ http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/49/deskriptive_statistik/ [abgerufen am 30.12.2014]

Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Stadt Wien/MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien (2010): Gesundheitsbericht Wien 2010/Vienna Health Report 2010.

Statistik Austria/KMI (Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften) (2014): Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2014. Wien.

Tipold, A. (2014): In: Aigner, G./Kletečka, A./Kletečka-Pulker, M./Memmer, M. (2014): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz Verlag, Wien. Kap. II.2.2.4.

Wimmer, B. (2011): Brücken bauen statt Barrieren – Community Interpreting als Beitrag zur Integration von MigrantInnen in das regionale Gesundheitswesen. In: Peintinger, M. (Hg.) (2011): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag, Wien. 237-251.

Zielke-Nadkarni, A. (2007): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. vollst. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern. 191-204.