



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Transkulturelle Kompetenz in der Medizin

Verfasserin

Veronika König

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.^a phil)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Mag.^a Ruth Kutalek

Danksagungen

Zuallererst möchte ich meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für ihre Bereitschaft danken an dieser Studie teilzunehmen und sich in ihrer freien Zeit mit Offenheit und Interesse meinen Fragen zu stellen. Ohne sie wäre diese Arbeit nie zustande gekommen.

Weiters gilt ein großes Dankeschön meiner Betreuerin Mag.^a Ruth Kutalek, die mir mit Ideen und Ratschlägen zur Seite stand und mich gemeinsam mit Dr.ⁱⁿ Heide Lingard bei der Gewinnung von InterviewpartnerInnen tatkräftig unterstützte.

Dankeschön an meinen Mann Matthias, der bis zum Abschluss dieser Arbeit nicht müde wurde mit mir Gedanken und Verbindungen zu reflektieren, zu formatieren und in schwierigen Momenten aufbauende Worte für mich zu sprechen.

Meiner Familie ein festes Dankeschön: Paul, Maria, Katrin, Matthias, Alexandra, Sabina, Suzie, Julian, Zoe, Olivia, Elias. Dafür, dass es Euch gibt und ihr mich in allem was ich vorhabe mental und emotional unterstützt.

Ebenfalls ein Dankeschön an meine Freundinnen: Susanne, Serena, Ulli, Julia, Karin, Silvia, Andrea, Anna, Cathrin, Desiree, Yolanda, Christine; für das Interesse an meiner Arbeit, die langen Gespräche, Ratschläge und Korrekturlesen.

Zum Abschluss möchte ich noch meiner lieben und treuen Begleiterin, meinem Hund Hexe für ihre, seit vierzehn Jahren, tägliche Präsenz in meinem Leben danken. Während ich viele Stunden an meinem Schreibtisch verbrachte pflegte sie einen gemütlichen Platz in meiner Nähe einzunehmen und ab und zu vertrauensvoll zu seufzen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Methoden	10
2.1. Methodenwahl	10
2.2. Zugang zum Forschungsfeld	11
2.3. InterviewpartnerInnen	12
2.4. Durchführung der Interviews	12
2.5. Ablauf der Interviews	13
2.6. Leitfaden	14
2.7. Auswertung	15
3. Sprache in der ArztInnen-PatientInnen Kommunikation	17
3.1. Übersetzungen	19
3.2. Grenzen der Übersetzungen	28
3.2.1. Psychosoziale Betreuung von ImmigrantInnen	28
3.2.2. Medikation	36
3.3. Fremdsprachiges Informationsmaterial	38
3.4. Überweisungen zu FachärztInnen aufgrund der Sprachbarriere	43
3.4.1. Technisch gestützte Anamnese	43
3.4.2. Überweisungen zu KollegInnen mit Fremdsprachenkenntnissen	45
3.5. Fremdsprachenkenntnisse der ÄrztInnen	49
3.6. Verständigung auf nonverbaler Ebene	50
4. Medizin und Kultur	56
4.1. Beachtung des kulturellen Hintergrundes bei der medizinischen Versorgung	58
4.1.1. Ernährungsgewohnheiten und Diabetes	63
4.1.2. Vertrauensverhältnis ÄrztInnen – PatientInnen	67
5. Zeit und Wirtschaftlichkeit	72
5.1. Umgang mit Zeitdruck	80
5.2. Fortbildungen	85

6. Lösungsvorschläge	91
7. Schlusswort	95
8. Anhang	98
Fragenkataloge	98
Details zu den Interviews	99
Hinweise zur Transkription der Interviews.....	101
9. Literaturverzeichnis	102
10. Zusammenfassung.....	110
Lebenslauf	111

1. Einleitung

Die folgende Studie widmet sich dem Thema: „Transkulturelle Kompetenz in der Medizin“ und den Fragen, wie österreichische ÄrztInnen¹ der Allgemeinmedizin den Umgang mit PatientInnen verschiedener Herkunftsländer erleben, welche Erfahrungen sie machen und welche Verhaltensweisen sie davon ableiten.

Der Begriff transkulturell wurde gewählt, weil er nicht starres Abgrenzen von Kulturen und das Aufeinanderprallen dieser beschreibt, sondern das über die kulturellen Grenzen Hinausgehende wie das Hindurchgehende und sich dadurch auch Vermischende. (vgl. Domenig 1999) In Zeiten der Globalisierung haben transkulturelle Beziehungen in politischer, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht an Bedeutung gewonnen. Dazu tragen im Besonderen die Zunahme und Beschleunigung internationaler Migrationsbewegungen und eine erhöhte Mobilität bei. Österreichische Institutionen werden dadurch vermehrt von Menschen aus anderen Ländern aufgesucht, und so haben auch österreichische ÄrztInnen die Aufgabe, Menschen aus den verschiedensten Ländern medizinisch zu betreuen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Beziehungen zwischen ÄrztInnen und immigrierten PatientInnen zu gestalten sind um eine gute gesundheitliche Versorgung gewährleisten zu können. (vgl. Dreißig 2005) Sprachliche wie auch kulturelle Barrieren - wovon letztere laut dem Ethnologen Edward T. Hall in erster Linie aus einem je nach Kultur unterschiedlichen Umgang mit Raum und Zeit sowie durch Unterschiede im Gruppenverhalten und in den Sozialbeziehungen hervorgerufen werden – können interkulturelle Beziehungen erschweren und bedürfen genauerer Beobachtung um Missverständnissen vorzubeugen. (vgl. Hall 1973)

Seit den Anfängen des 20. Jahrhunderts werden medizinische Systeme und die damit verbundenen Krankheitsvorstellungen und Weltanschauungen von MedizinerInnen wie auch AnthropologInnen untersucht. Der zentrale Begriff der Medizinanthropologie ist Kultur und wird definiert als historisch überliefertes, komplexes Zeichensystem, das Leb-

¹ Das große „I“ wird verwendet um, ohne den Lesefluss zu stören, beiden Geschlechtern gerecht zu werden.

ensart, Kleidung, tiefe Überzeugungen und Annahmen beinhaltet. (vgl. Janzen 2002) Kulturelle Systeme strukturieren die Wirklichkeit einer kulturellen Gemeinschaft und geben Menschen Muster, die sie anwenden und nach denen sie sich richten können. Kultur wird von dem Ethnologen Clifford Geertz als extrinsischer Code im Gegensatz zu intrinsischen Codes, den genetischen Codes, bezeichnet, womit er auf die Wichtigkeit dieser Symbolsysteme für das Leben des Menschen aufmerksam macht, der nur sehr gering durch Gene vorprogrammiert ist und kulturelle Codes zur Orientierung benötigt. Trotzdem soll Kultur nicht als etwas Statisches wahrgenommen, sondern als Bezeichnung der Individualität jedes Menschen angesehen werden, der sich kreativ selbst sein Symbolsystem erarbeitet. Verhaltensweisen können nicht einer bestimmten Kultur zugeordnet werden, sondern Kultur ist ein Kontext, ein Rahmen in dem Zeichen verständlich beschreibbar sind. (vgl. Geertz 1999)

Mit der Fragestellung der Arbeit soll also keinesfalls Kulturalisierung betrieben, sondern besprochen werden, inwiefern es den ÄrztInnen möglich ist, auf die speziellen Bedürfnisse von ImmigrantInnen einzugehen und welche Arbeitsweisen sie mit den Betroffenen zusammen entwickeln um medizinische Versorgung zu gewährleisten. Menschen, die sich aus verschiedenen Gründen für die Migration nach Österreich entschieden haben, haben oft aufgrund ihres unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds und aufgrund von oftmals vorhandenen Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten spezielle Probleme und Bedürfnisse (vgl. Amesberger/ Auer/Halbmayer 2001).

ImmigrantInnen sind all jene Personen, die nach Österreich eingewandert sind und sich hier auf längere Sicht niederlassen, egal aus welchem Motiv und egal ob sie für immer bleiben. Der Begriff wurde gewählt, weil er die Zugehörigkeit von Menschen zur Aufnahmegesellschaft betont, die sich schon alleine aus längerem Aufenthalt ergibt und damit die Forderung nach Gleichberechtigung und Chancengleichheit in sich trägt. (vgl. Volf/Bauböck 2001) In der Literatur werden im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von ImmigrantInnen Probleme wie Sprachbarrieren, das kulturell unterschiedliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit, sowie der schlechte Informationsstand über Angebote des Gesundheitssystems angesehen. Weiters wird auf

Seiten des Gesundheitswesens mangelnde Sensibilität für das Thema Migration, mangelndes Interesse für transkulturelle Kompetenz, ein unstrukturiertes Angebot und Nachfrage zwischen ÄrztInnen und ÜbersetzerInnen und die unregelte Rolle und Kompetenz der Übersetzenden thematisiert. (vgl. BMGF 2005)

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „Körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden.“ (vgl. World Health Organisation 1996) Um auch ImmigrantInnen bei dem Streben nach eben definiertem Wohlbefinden zu unterstützen braucht es zu gleichen Teilen das Engagement der Aufnahmegesellschaft wie auch der ImmigrantInnen selbst und im engeren Rahmen die produktive Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und immigrierten PatientInnen. Die Frage, wie sich die aktuelle Situation bei der Betreuung von ImmigrantInnen für ÄrztInnen darstellt, mit welchen Problemen sie konfrontiert sind und an welche Grenzen sie bei der medizinischen Versorgung stoßen, wird nun diese Studie beantworten.

2. Methoden

2.1. Methodenwahl

Ich habe mich bei dieser Studie für eine qualitative Herangehensweise entschieden, da mir diese Vorgehensweise durch ihre Subjektbezogenheit verstärkt Einblicke in die Arbeitsweise von ÄrztInnen gewährte.

Gegenstand qualitativer humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte, die als von der Forschungsfrage Betroffene immer Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung sind. Der direkte Zugang zu den Betroffenen verhindert, dass bestimmte Methoden so in den Vordergrund gestellt werden, dass deren Verfeinerung wichtiger wird als die Ergebnisse; oder Theorien oder Theoriebruchstücke auf Bereiche übertragen werden, ohne ihre Angemessenheit zu überprüfen. Der direkte Zugang zu den betroffenen Subjekten würde eine Verzerrungen sofort ans Tageslicht bringen. (vgl. Mayring 2002)

Die vorliegende Untersuchung basiert auf semi-strukturierten Einzelinterviews, die ein genaues Nachfragen „was, warum und wie“ gehandhabt wird, ermöglichen. Außerdem konnte teilweise auch mit den Betroffenen, in diesem Fall den ÄrztInnen, nach Möglichkeiten zur umfassenden medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen gesucht werden. Weiters nahm ich an der Tagung: „Körper- Kultur- Psyche, Die Bedeutung des Körpers in der interkulturellen psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit“ teil. Um den sozialen Hintergrund und Gründe für bestimmte Verhaltensweisen aufzuzeigen, ist es unumgänglich, qualitative Erhebungen durchzuführen. Nur so ist es möglich Problematiken in ihrer ganzen sozialen Tiefe zu erfassen und Lösungsmöglichkeiten zu finden. (vgl. Kutalek 1999) Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht des handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens kann qualitative Forschung nicht den Anspruch auf intersubjektive Überprüfbarkeit erheben, deshalb werde ich durch die genaue Dokumentation des

Forschungsprozesses eine individuelle Bewertung der Ergebnisse und damit inter-subjektive Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Dies schließt die Dokumentation des Vorverständnisses der ForscherIn, der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes, der Transkriptionsregeln, der Dokumentation der Daten, der Auswertungsmethoden und der Informationsquellen mit ein. Auch Entscheidungen und Probleme, die während der Studie aufgetreten sind, sowie Kriterien denen die Arbeit genügen soll, sollen beschrieben werden. (vgl. Steinke 2003)

2.2. Zugang zum Forschungsfeld

Die Studie beruht auf den Daten der qualitativen Feldforschung, die ich von Oktober 2007 bis April 2008 in Wien durchgeführt habe. Sie umfasst vierzehn Interviews mit ÄrztInnen der Allgemeinmedizin, die eine allgemeinmedizinische Praxis mit Kassenverträgen führen, zwei Interviews mit KinderärztInnen, die in Spitälern ansässig sind und die Teilnahme bei der Tagung: „Körper-Kultur-Psyche, Die Bedeutung des Körpers in der interkulturellen psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit“ im Haus der Begegnungen in Innsbruck.

Um Zugang zu InterviewpartnerInnen zu bekommen nahm ich telefonischen Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin, die eine Kassenpraxis in Wien führen, auf. Zu den im Internet angegebenen Ordinationszeiten wandte ich mich zu allererst an die Ordinationshilfe, schilderte ihr ganz kurz mein Anliegen und wurde dann entweder verbunden oder um einen späteren Anruf gebeten. Die Aufforderungen der Sprechstundenhilfen meine Telefonnummer zu hinterlassen und auf einen Rückruf zu warten, versuchte ich zu vermeiden und erhielt auch bei Rückrufankündigungen keine Rückmeldungen. Im Großen und Ganzen reagierten die ÄrztInnen freundlich, abgesehen von zwei Abweisungen hinsichtlich des Zeitaufwandes und einer wegen mangelnden Interesses an der Thematik. Im Anschluss an die Interviews erkundigte ich mich jeweils nach interessierten KollegInnen und erreichte dadurch neue Kontaktpersonen. Von zwei Ärztinnen und einem Arzt wurde ich sogar bei der Kontaktaufnahme tatkräftig unterstützt, indem sie persönlich telefon-

ischen Kontakt zu KollegInnen aufnehmen und Termine für mich vereinbaren. Meine Betreuerin Mag.^a Ruth Kutalek vermittelte mir gemeinsam mit Dr.ⁱⁿ Heide Lingard ebenfalls vier InterviewpartnerInnen.

Die zu befragenden Personen wurden von mir in ihren Praxen aufgesucht, bis auf eine Ärztin und einen Arzt, die mir durch Bekannte vermittelt wurden und die ich zu Hause besuchen durfte.

2.3. InterviewpartnerInnen

Die InterviewpartnerInnen bildeten eine sehr heterogene Gruppe. Sie befanden sich im Alter zwischen neununddreißig und sechzig Jahren und sind seit dreizehn bis dreißig Jahren im ÄrztInnenberuf tätig. Vierzehn der befragten ÄrztInnen betreuen laufend immigrierte PatientInnen, zwei gaben an in Bezirken mit einem geringen Anteil an ImmigrantInnen zu praktizieren und nur vereinzelt immigrierte PatientInnen zu betreuen.²

2.4. Durchführung der Interviews

Zur Erhebung der Daten nutzte ich semi-strukturierte Leitfadeninterviews, deren Fragen die wichtigsten Themenbereiche der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen beinhalteten. Diese offene halbstrukturierte Befragung lässt die Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Die Unterhaltung ist auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die die InterviewerIn einführt und auf die sie/er immer wieder zurückkommt. Ein wichtiger Vorteil bei der Verwendung von semi-strukturierten Leitfadeninterviews ist ihre teilweise Standardisierbarkeit durch den Leitfaden, denn diese Standardisierbarkeit erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Das Material aus den vielen Gesprächen kann auf die jeweiligen Leitfadenfragen bezogen werden und so leichter ausgewertet werden. (vgl. Mayring 2002)

Die Interviews wurden mit Ausnahme von einem (die Ärztin lehnte eine technische Aufnahme eingehend ab, war aber mit schriftlichen Aufzeich-

² Genauere Beschreibungen zu den InterviewpartnerInnen finden sich im Anhang.

nungen ihrer Aussagen einverstanden) auf Tonband aufgezeichnet und von mir Wort für Wort in Mundart transkribiert. Nur bei extremsten Abschweifungen vom Themenrahmen setzte ich die Verschriftlichung aus und bei Rückkehr zur Ausgangsthematik wieder ein. Zwischen dem Gespräch und der Transkription ließ ich etwa zwei Wochen verstreichen, um einen gewissen Abstand zu dem Gesagten zu bekommen und das Interview objektiver auf mich wirken zu lassen.

Ich nutzte diese Phase zur Reflexion, um in Themenbereiche, die von den ÄrztInnen angesprochen wurden, bei den folgenden Gesprächen tiefer eintauchen zu können. Außerdem notierte ich sogenannte Memos, wie es die Grounded Theory empfiehlt, zur Distanzierung von Daten, um über eine deskriptive Arbeit hinaus zu gelangen. Theoretische Memos gründen sich auf Notizen und auf übergreifende Zusammenhänge, die die ForscherIn Schritt für Schritt erkennt. Die Memos können im Verlauf der Auswertung Ausgangspunkt für die Formulierung des Endmanuskripts sein (vgl. Böhm 2003). Von Interview zu Interview wurde es leichter den Gedankengängen der Befragten zu folgen, um im Weiteren meine Fragen zu überprüfen und tiefer in die Materie einzutauchen. Die Konzentration auf die Befragten und ihre Assoziationen machte mich auf Informationen aufmerksam, die mir bei streng gehaltenen Leitfadeninterviews verwehrt geblieben wären. Einzelne von mir vorbereitete Fragen verloren während der Interviewphase an Relevanz, andere Themen wurden in den Leitfaden aufgenommen. (siehe Kap. 2.5)

2.5. Ablauf der Interviews

Wie bereits angesprochen traf ich die Kontaktpersonen in ihrem eigenen Arbeitsumfeld, bis auf die Kinderärztin und den Kinderarzt, die ich in ihrem privaten Umfeld aufsuchte. Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und eineinhalb Stunden, je nach Zeit und Interesse der Kontaktperson. Am Beginn der Befragung stellte ich mich kurz vor, nannte den Titel des Projekts und leitete das Gespräch mit der Frage nach der Anzahl von betreuten ImmigrantInnen in der jeweiligen Praxis ein. Im laufenden Interview konzentrierte ich mich auf die GesprächspartnerInnen und die

Inhalte, die er oder sie mir erzählen wollten und die ihnen wichtig zu sein schienen. Die vorbereiteten Fragen bildeten ein Gerüst für die Gesprächssituation.

2.6. Leitfaden

Die Forschungsfragen für die vorliegende Studie lauteten: Wie erleben österreichische ÄrztInnen der Allgemeinmedizin den Umgang mit ihren PatientInnen verschiedener Herkunftsländer? Welche Erfahrungen machen sie und welche Verhaltensweisen leiten sie davon ab? Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld anhand von Gesprächen mit KollegInnen und meinem Vorwissen zum Arbeitsfeld von MedizinerInnen durch Problemzentrierung erarbeitet. Ich hatte im Zuge einer vorangegangenen Seminararbeit bereits Interviews mit ÄrztInnen geführt und mich mit dem Beruf des Arztes auseinander gesetzt.

Im Zuge dieser Diplomarbeit wurden die ÄrztInnen nach ihrem Umgang mit vorhandenen Sprachbarrieren, Möglichkeiten des Dolmetschens und vorhandenem fremdsprachigem Informationsmaterial befragt. Diese und Fragen nach Problemen und Herausforderungen in der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen, wie nach vorhandener Unterstützung durch die Ärztekammer oder die Stadt Wien, sollten mir ein Bild der täglichen Arbeitssituation der ÄrztInnen vermitteln. Weiters interessierte mich, inwiefern sich ÄrztInnen mit immigrierten PatientInnen über deren Herkunft, Glaube³ und Migrationserfahrung unterhalten bzw. unterhalten können. Fragen nach Weiterbildungsmöglichkeiten im interkulturellen Bereich, Ideen zur Vorbereitung von jungen ÄrztInnen auf die Herausforderungen einer allgemeinmedizinischen Praxis und Verbesserungsmöglichkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen sollten einen Ansatz zum Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten bieten. Weitere Themenbereiche, die sich während der Interviews herauskristallisierten, waren das Funktionieren des Krankenkassensystems und damit Verrechnungsmöglichkeiten der Behandlungen,

³ Religiöse Vorschriften, Sitten und Gebräuche haben immer auch Auswirkungen auf Lebensgewohnheiten.

weitere Überweisungen zu FachärztInnen und das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Den Abschluss der Interviews bildeten jeweils Fragen zu biographischem Hintergrund, beruflichem Werdegang und persönlichen Beweggründen, den Arztberuf zu ergreifen.

Mein Anliegen bestand darin Handlungsweisen der ÄrztInnen zu erfragen, auf die Relevanz der Thematik aufmerksam zu machen und mit ihnen gemeinsam Möglichkeiten zur Verbesserung der Unterstützung für die gesundheitliche Versorgung von ImmigrantInnen herauszuarbeiten. Den ÄrztInnen wurde von mir die vertrauliche Behandlung des aufgenommenen Materials zugesichert.

2.7. Auswertung

Der Grundgedanke dieser Untersuchung folgte dem Kernsatz der „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (1998). Diese Methodologie ist die schrittweise Theorienbildung im Verlauf des Forschungsprozesses, anstatt einer bloßen Überprüfung mitgebrachter Hypothesen und geht davon aus, dass die ForscherIn während der Datensammlung theoretische Konzepte, Konstrukte, Hypothesen entwickelt, verfeinert und verknüpft, sodass Erhebung und Auswertung sich überschneiden. (vgl. Lamnek 1995) Das zentrale Element beim Erarbeiten von Elementen der Grounded Theorie sind Merktzettel, sogenannte Memos. Immer wenn die ForscherIn in der Erhebungsphase auf zentrale Aspekte stößt, heißt die Handlungsweise: „stopp und memo!“.(Glaser 1978) Solche Memos können zur Klärung neuer Aspekte, zur Konkretisierung von Aspekten am einzelnen Fall oder zur Differenzierung anderer Aspekte dienen. (vgl. Miles/Hubermann 1984) Weiters tragen sie zur Bildung der Auswertungskategorien bei. Die komplette Methodologie der Grounded Theory konnte im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht durchgeführt werden, da die zeitlichen und personellen Ressourcen fehlten. In der Literatur wird immer wieder erwähnt, wie wichtig Teamarbeit und Forscheraufsicht im Rahmen der Grounded Theory sind, und dies hätte den zeitlichen und personellen Rahmen der Arbeit gesprengt. (vgl. Böhm 2003, Glaser/Strauss 1998)

Die endgültige Auswertung der Daten begann mit dem wiederholten Lesen der Transkripte. Das genaue Lesen war notwendig um nicht Textpassagen zu übersehen, denen man den Zusammenhang mit der Fragestellung nicht auf den ersten Blick ansieht. In einem offen geführten Leitfadeninterview befinden sich die wichtigen Textpassagen oft nicht im direkten Kontext der gestellten Frage. Die von der InterviewerIn eingebrachten Aspekte werden häufig erst nach einiger Zeit ausführlicher aufgegriffen oder tauchen in der Antwort auf eine andere Frage innerhalb eines ganz anderen Kontextes wieder auf. (vgl. Hopf/Weingarten 1995) Auf der Grundlage der beim Lesen gefundenen Themen und Aspekte und der angefertigten Memos formulierte ich Auswertungskategorien, die ich zu einem Codierleitfaden zusammenstellte. Mit Hilfe des Leitfadens ordnete ich entsprechende Textpassagen eines Interviews einer Kategorie zu. Jedes einzelne Interview wurde unter allen Kategorien des Codierleitfadens verschlüsselt. (vgl. Schmid 2003) Anschließend strukturierte ich diese mittels Mindmaps zu übersichtlichen Themenbereichen. Ich wählte 23 Kategorien (z.B.: Sprache, Dolmetsch, Religion, Lehre und Ausbildung, Wirtschaftlichkeit, Engagementbereitschaft, Psychologische Betreuung) und wendete sie auf alle Interviewtranskripte an. Um die Fälle im Hinblick auf dominante Tendenzen vergleichen zu können, sollte die Informationsfülle reduziert werden. (vgl. Schmid 1997) Der Schwerpunkt lag nicht auf einer intensiven Einzel- oder Tiefenauswertung der Interviews, sondern vielmehr auf einer möglichst breiten Analyse aller möglichen Faktoren, die die Thematik beeinflussen. (vgl. Dreißig 2005) Die Erhebung, die Auswertung und die Verschriftlichung der Daten wechselten sich ab und gaben mir die Möglichkeit, die Ideen und Vergleiche, die ich während den Transkriptionen angefertigt hatte, mit ein zu beziehen.

3. Sprache in der ÄrztInnen - PatientInnen Kommunikation

Die Fortschritte der modernen wissenschaftlich-technischen Medizin sind unbestritten und trotzdem ist auch heute noch das Gespräch von ÄrztInnen mit ihren PatientInnen ein integrierender Bestandteil in ihrer Tätigkeit als HelferInnen. Heilen hängt immer auch mit Kommunikation in den verschiedensten Formen und auf unterschiedlichsten Ebenen zusammen, wie umgekehrt auch Kommunikation immer Auswirkungen auf Heilungsprozesse hat. (vgl. Gottschlich 2007)

„Die Medizin ist nie stumm und geschieht mindestens zwischen zwei Menschen von denen der eine in Not ist und der andere Hilfe versucht.“ (Seidler 1978) So sollte es sein. Was aber die Sprache bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen betrifft ist das meist eine Wunschvorstellung. Obwohl heute noch zu gelten scheint, dass die Sprache zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ein wichtiger Bestandteil bei Therapie und Heilung ist, wird diese Tatsache bei der Versorgung von ImmigrantInnen kaum berücksichtigt. Diese stumme Medizin belastet die Menschen. Sie können sich selbst nicht mitteilen, erhalten keine ausführlichen Informationen über ihren Gesundheitszustand, können keinen Trost und Hoffnung auf baldige Heilung bekommen und fühlen sich daher nicht selten unverstanden und aus dem Heilungsprozess ausgegrenzt. Die verbale Kommunikation, das miteinander geführte Gespräch, ist für sie von erheblicher Bedeutung. Nicht nur die Anamnese, die Vermittlung der Diagnose und Therapie, sondern auch das Erleben und Empfinden der PatientInnen und ihrer Krankheiten, ihrer Leiden, Nöte und Ängste gilt es im Gespräch mit den ÄrztInnen aufzuarbeiten. (vgl. Zimmermann 2000)

Diese notwendige Kommunikation stellt durch die unterschiedlichen Sprachkenntnisse der PatientInnen und der ÄrztInnen eine große Herausforderung dar. Wenn nicht auf eine gemeinsame Sprache ausgewichen werden kann, müssen PatientInnen und ÄrztInnen gemeinsam einen Weg finden, in dem eingeschränkten Rahmen miteinander zu kommunizieren und/oder sich bei Personen, die eine Übersetzertätigkeit ausführen, Hilfe holen. In der Literatur werden BerufsdolmetscherInnen selten als geeignet dargestellt, um in medizinischen Behandlungssituationen zu übersetzen. Sie stammen meist aus

städtischer Mittel- oder Oberschicht der jeweiligen Herkunftsgesellschaften und verwenden einen hochsprachlichen elaborierten Sprachcode, während die PatientInnen meist Dialekt sprechen und das zudem in einem restringierten Code. Hinzu kommt, dass sie allgemein nur sehr unzureichend über die spezielle Lebens- und Geisteswelt ihrer Landsleute informiert sind und ihnen aus vielerlei Gründen, bewusst oder unbewusst, häufig mit nicht geringen Vorbehalten gegenüber stehen. (vgl. Zimmermann 2000) Auch Thomas Hegemann schreibt in seinem Artikel zu transkultureller Kommunikation und Beratung, dass ausgebildete Personen in den benötigten Sprachen auf Grund der fehlenden psychologischen, medizinischen und sozialen Kompetenz oft nicht in der Lage sind, die Aufgabe des Vermittelns zu übernehmen. (vgl. Hegemann 2001)

Aus diesem Grund hat sich in den letzten Jahren das Berufsbild der ExpertInnen für soziale Kommunikation herausgebildet. Der Begriff bezieht sich auf die englische Bezeichnung „Community Interpreter“. Als Brücke zwischen den Kulturen sollen sie helfen, zwischen dem Sozial- und Bildungswesen auf der einen Seite und MigrantInnen auf der anderen Seite, sprachliche sowie kulturelle Verständigung und effektive Hilfeleistung zu ermöglichen. (vgl. Papies-Winkler 2003) Das sprachliche Vermitteln umfasst nicht nur das mündliche Übersetzen von einer Sprache in die andere, sondern berücksichtigt den soziokulturellen Hintergrund der GesprächspartnerInnen. Es umfasst die Funktion des Dolmetschens und des soziokulturellen Vermittelns wobei zu beachten ist, dass Sprache bereits auch immer kulturelle Werte und Normen beinhaltet, die auch bei einer „Wort für Wort Übersetzung“ vermittelt werden müssen. Zudem ist Kultur in einem umfassenden Sinne zu verstehen, welcher Regeln, Normen und Werte einer Gesellschaft in ihren Facetten beinhaltet. (vgl. Hungerbühler 2002 a) Unter interkultureller Vermittlung wird die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Lebenswelten im interkulturellen Kontext des Migrationsbereichs verstanden. Die SprachmittlerInnen stammen in der Regel aus der jeweiligen fremdsprachigen Gemeinschaft und haben ihre persönliche Migrationsgeschichte reflektiert. Sie verfügen über sehr gute Sprachkenntnisse beider Sprachen und sind in die Herkunfts- wie auch der derzeitigen Aufenthaltsgesellschaft integriert. Ihr breites Wissen zu Strukturen und Verhältnissen in den Gesellschaften

lassen sie die Interessen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie auch von Einzelpersonen wahrnehmen und zwischen den unterschiedlichen Lebenswelten vermitteln, um Begegnungen zu ermöglichen und Missverständnisse zu vermeiden. (Hungerbühler 2002 b) Das Thema der Bewältigung und das Überwinden der sprachlichen Barriere zwischen ÄrztInnen und immigrierten PatientInnen stellten einen großen und sehr interessanten Bereich meiner Erhebungen dar, den ich im Folgenden darstellen werde.

3.1. Übersetzungen

Die von mir befragten ÄrztInnen sehen die Verantwortung zur funktionierenden Verständigung während der medizinischen Behandlung bei den PatientInnen selbst und folgen bei der Handhabung der Sprachsituation keinen festen Regeln. Sie reagieren situationsbedingt und akzeptieren Verwandte, Bekannte und Kinder der PatientInnen, wie auch fremde Personen, die zufällig vor Ort sind, als ÜbersetzerInnen. Keiner der von mir befragten ÄrztInnen der Allgemeinmedizin, zieht professionelle Dolmetscher zu den medizinischen Behandlungen von ImmigrantInnen mit schlechten Deutschkenntnissen hinzu.

Arzt I antwortet auf die Frage nach Überwindung der Sprachbarriere bei PatientInnen, die schlechtes oder gar kein Deutsch sprechen:

„Nun, da gibt es eine Möglichkeit, dass man sich durch deuten zeigen lässt, wo Schmerzen sind. Meistens sind die Patienten aber so intelligent, dass sie irgendeinen Sprachkundigen aus ihrem Umfeld mitnehmen. Speziell bei türkischen Frauen ist das häufig, dass dann irgendeines der Kinder mitgenommen wird, das dann sehr wohl die Sprache spricht. Hier gibt's dann nur die Herausforderung, dass bestimmte Begriffe wie Menstruation oder so von den Kindern sehr schlecht übersetzt werden können. Das ist nicht so einfach. Dann sind die Erwachsenen oft so gescheit, dass sie die Frage in irgendeiner Form erwarten und dann die Wortmarke auf Türkisch aussprechen. Also da gibt's schon eine Verständigungsmöglichkeit, Tatsache ist, das ist eine Herausforderung.“

(vgl. Interview Arzt I, Seite:2, Zeilen 38-42)

Der Arzt verlässt sich bei Übersetzungen in der medizinischen Behandlung von ImmigrantInnen mit schlechten Deutschkenntnissen auf deren Eigenengagement und versucht durch händisches Deuten und Übersetzungen mit Kindern, körperliche Beschwerden zu erfragen. Die beschriebene Situation von Übersetzungen ist anfällig für Missverständnisse und der Arzt bezeichnet sie selbst, als Herausforderung. Auch Arzt B erklärt, dass sich die PatientInnen selbst um eine Übersetzung kümmern müssen. Er meint zu Sprachkenntnissen seiner PatientInnen und zur Regelung von Verständigungsschwierigkeiten:

„Die erste Generation kann gar nichts, die Zweite und Dritte, spricht Wiener Dialekt. Bei manchen, speziell bei den über Fünfzigjährigen, Sechzigjährigen, die kommen mit einem Verwandten Angehörigen, der dolmetscht. Wenn sie alleine kommen und ich komme nicht weiter, weder auf Englisch oder Französisch, das kann ich relativ gut, italienisch kann ich ein bisschen, (...). Wenn ich sage das geht nicht, akut lebensbedrohlich erkrankt ist er ja nicht, sage ich: kommen sie morgen um vier Nachmittag, nehmen sie sich einen Dolmetscher mit, damit ich dann weiter komme. Und das funktioniert auch.“ (vgl. Interview Arzt B, S.4-5, Zeilen: 134-148)

Wenn die Situation es erfordert werden PatientInnen aus dem Wartezimmer, Sprechstundengehilfinnen und in Ambulanzen KollegInnen mit Fremdsprachenkenntnissen, Hausarbeiter oder Putzfrauen als DolmetscherInnen hinzugezogen. Von den sechzehn befragten ÄrztInnen erklärten vier, ihre Sprechstundenhilfen als DolmetscherInnen einzusetzen. Diese sind selbst nach Österreich immigriert und können bei PatientInnen, die ihre Muttersprache oder verwandte Sprachen sprechen, Hilfestellung leisten. Arzt O beschreibt den Einsatz seiner Sprechstundenhilfe als Übersetzerin und erklärt, dass immigrierte PatientInnen eine Behandlung in ihrer Muttersprache aus Sicherheitsgründen - um Missverständnissen vorzubeugen - bevorzugen. Er bemerkt, dass seine Ausführungen während der Behandlungen von PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen oft nicht vollständig verstanden werden. Seine

Sprechstundenhilfe spricht Ungarisch und Serbokroatisch⁴ und kann in den genannten Sprachen ÜbersetzerInnendienste leisten. Der restliche Anteil immigrierter PatientInnen muss auf Übersetzungen seitens der eigenen Verwandtschaft oder von FreundInnen zurückgreifen:

„(...) Meine Assistentin spricht Ungarisch und Serbokroatisch, und mit ihr besprechen die Patienten das gerne in ihrer Muttersprache. Mehr oder weniger, weil es für sie sicherer oder angenehmer ist (...). Das Problem ist, wenn ich ihnen das erkläre, das oft nur teilweise rüber kommt. Da macht das schon Sinn, dass sie das genauer übersetzt, (...) sonst ist jemand dabei, ein Verwandter, Freund, Familie. Meistens die Tochter, die das ganze übersetzt.“(vgl. Interview Arzt O, Seite 2, Zeilen 56-58)

Ärztin D erklärt ebenfalls zur Überwindung der Sprachbarriere bei ihren immigrierten PatientInnen mit schlechten Sprachkenntnissen, dass ihr ihre Sprechstundenhilfe bei Sprachproblemen zur Seite steht:

„(...) Also bei den Ukrainern hab ich dann schon die Frau XY, die eine ähnliche Sprache spricht. Weil sie ist auch aus Bosnien (...). Das ist die zweite Sprechstundenhilfe, die kommt aus Bosnien und sie kann einspringen, wenn es Sprachprobleme gibt“ (vgl. Interview Ärztin D, S.3, Zeilen:86-91)

Arzt H beschäftigt in seiner Praxis eine Sprechstundenhilfe, die auf Grund ihrer Herkunft Bulgarisch, Russisch und Serbokroatisch übersetzen kann. Wird eine Übersetzung in den erwähnten Sprachen benötigt, bittet der Arzt die PatientInnen an den Arbeitstagen der Kollegin zu erscheinen:

„(...) Ich habe auch Mitarbeiterinnen, die Fremdsprachen als Muttersprache sprechen. Eine bulgarische XY, die auch 2 Tage in der Woche bei mir als Sprechstundenhilfe arbeitet. Sie spricht natürlich auch russisch und sie versteht natürlich Serben. Sie ist eine große Hilfe, natürlich auch für alle die russisch sprechen. Die aus diesen Ländern Georgien und vor allem auch Tschetschenien geflüchtet sind. Wenn die Patienten Dolmetscher brauchen, dann sage ich ihnen, dass sie an diesen Tagen

⁴ Der Begriff Serbokroatisch wird hier angeführt, weil der Befragte diesen Ausdruck verwendete. Serbokroatisch war gemeinsam mit Slowenisch und Mazedonisch die Amtssprache im ehemaligen Jugoslawien. Mit dem Zerfall Jugoslawiens trennten sich die Sprachen und es werden seitdem meist Kroatisch, Serbisch, Bosnisch und Montenegrinisch als getrennte Sprachen beschrieben.

kommen sollen.“(vgl. Interview Arzt H, Seite:1, Zeilen:24-34)

Der Arzt des Spitals berichtet, dass für Aufklärungsgespräche auf der Spezialambulanz professionelle Dolmetscher angestellt sind, die bei onkologischen Erkrankungen und deren Therapie ÜbersetzerInnendienste leisten. Hingegen auf der Notfallambulanz des Spitals bringen die PatientInnen entweder selbst Bekannte oder Verwandte als ÜbersetzerInnen mit oder die ÄrztInnen bitten eine Putzfrau oder einen Hausarbeiter zu übersetzen. Auf die Frage, wie vorhandene Sprachbarrieren mit immigrierten PatientInnen überwunden werden, antwortet Arzt G:

„Ja, entweder mit Verwandten oder Bekannten, die die Patienten selber mitbringen oder wir bitten eine Putzfrau zu übersetzen. Teilweise haben wir (...) auch professionelle Dolmetscher angestellt. In Türkisch, weiß ich zum Beispiel zwei mit denen ich immer wieder zusammen gearbeitet habe, wenn es um Aufklärungsgespräche gegangen ist. Über die Erkrankung, über die Therapie der Erkrankung. Sie stehen dann selbstverständlich zur Verfügung und werden dort auch entlohnt. Und manchmal notfallmäßig, dass irgendeine Putzfrau einspringt oder ein Hausarbeiter.“
(vgl. Interview Arzt G, Seite 2, Zeilen:72-81)

Die Kinderärztin des Spitals braucht aus Einsparungsgründen auf Seiten des Spitals an das Hinzuziehen von professionellen Dolmetschern gar nicht zu denken. Sie erklärt auf die Frage nach Möglichkeiten der Übersetzung wie folgt:

„(...) ein Dolmetsch ist ausgeschlossen, also finanziell. Ich bekomme nicht einmal eine Vertretung wenn ich krank bin oder auf Urlaub. So etwas ist leider auch ganz weit weg.“(vgl. Interview Ärztin F, S.3, Zeilen: 98-100)

In manchen Fällen läuft die Übersetzung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen per Telefon ab oder die ÄrztInnen schreiben einen Zettel mit der verordneten Therapie, der dann vom Ehemann oder Verwandten entschlüsselt wird. Dazu meint Interviewpartner P, dass er schon PatientInnen medizinisch betreute, bei denen die sprachliche Übersetzung mit Bekannten per Telefon durchgeführt wurde:

„(...)Also ich hatte schon Leute, Georgierinnen. Damals hatte der Mann

Gott sei Dank ein Handy. Er hatte seinen Dolmetsch per Handy dabei.“ (vgl. Interview Arzt P, S.5, Zeilen:139-141)

Auf die Frage, ob die Vorgehensweise eben genannter Übersetzungsmethode für ihn als Arzt nicht sehr unangenehm sei, da dabei auch leicht Missverständnisse und gefährliche Auswirkungen entstehen können (siehe Kapitel 3.2.2.), meint Arzt P, dass Missverständnisse ein generelles Problem in seiner Praxis darstellen würden und auch ÖsterreicherInnen medizinische Anweisungen seinerseits oft missverstehen:

„Man muss einfach immer wieder nachfragen, so je nach dem. Es ist ja ständig die Gefahr, dass es Missverständnisse gibt. Weil auch viele Österreicher nicht gescheit aufpassen. Im Endeffekt etwas Falsches verstanden haben und dann zweimal anrufen. Also das ist nicht ungewöhnlich, weil man einfach zu nervös ist, wenn man so viel hört. Oder man glaubt, das hat er eh verstanden und dann hat er es nur halb verstanden und die Hälfte war falsch. Das ist leider etwas, was generell oft passiert.“ (vgl. Interview Arzt P, Seite 5, Zeilen 146-153)

Auch jene ÄrztInnen, denen bekannt ist, dass man DolmetscherInnen bei Institutionen beantragen kann, machen davon keinen Gebrauch oder sehen darin keine Möglichkeit, da die zeitliche Koordination mit einem Dolmetscher in der alltäglichen Praxis nicht möglich ist. Zu diesem Thema antwortet Arzt B auf die Frage, ob er die Möglichkeit hat einen Dolmetscher zu beantragen, mit ja und dass dies sogar von der Krankenkasse finanziert werden würde. Er komme aber ohne weiteres ohne professionelle DolmetscherInnen aus und nehme deshalb das Angebot nicht in Anspruch:

„Ich hätte die Möglichkeit, ich mache es aber nicht. Ich kann auf der Strasse XY in dem Stützpunkt für soziale Dienste, ich hab auch die Telefonnummer. Dort könnte ich anrufen und einen Dolmetscher beantragen. Das zahlt dann auch die soziale Krankenversicherung. Aber das mache ich nicht, ich bin ohne weiteres so durchgekommen.“ (vgl. Interview Arzt B, Seite 5, Zeilen 153-158)

Ärztin N würde im Wegfall der Sprachbarriere eine große Erleichterung in

ihrem Arbeitsalltag sehen, erklärt aber, dass dies aus zeitlichen und organisatorischen Gründen in ihrer Praxis nicht umgesetzt werden könne: „Aber im Alltag ist das nicht machbar. Dann kommt der um 9 Uhr in der Früh, meldet sich an. Kommt dann zu mir rein, vielleicht um zehn. In der Zwischenzeit kann ich nicht irgendwo einen Dolmetsch auf Abruf hierher bestellen. Wenn ich ihn hier behandeln möchte, dann muss irgendwer von uns beiden die Sprache können. Er oder ich. Oder ich sage er kann nur in Ambulanzen gehen, wo pausenlos ein Dolmetsch zur Verfügung steht. Eben vor Ort. Aber ich kann nicht auf Abruf irgendeinen Dolmetsch herbekommen“ (vgl. Interview Ärztin N, S.7, Zeilen: 224-231)

Eine von mir befragte Ärztin, die lange Zeit als Spitalsärztin tätig war und seit einem Jahr eine allgemeinmedizinische Praxis führt, betont, dass sie nicht weiß wo sie Dolmetscher beantragen könnte und sie keine fremden Personen in das ÄrztInnen-PatientInnen Gespräch mit ein beziehen möchte:

„Ich wüsste jetzt eigentlich nicht wo, vor allem will ich das eigentlich nicht, dass das irgendein Fremder macht. Ich denke mir, die sind in Wien und die haben ja doch irgendwen, der Deutsch kann. Also einen Freund oder Familienangehörigen, irgendwer kann ja dann doch Deutsch. Und dann müssen sie einfach mit dem kommen.“ (vgl. Interview Ärztin C, S.2, Zeilen: 45-49)

Interviewpartnerin C, die einen sehr geringen Anteil an immigrierten PatiententInnen betreut und die ich nach Hilfreichem für deren medizinische Behandlung befragte, zeigte Bereitschaft sich mit gängigen Fremdsprachen, denen sie in ihrer Praxis begegnet, vertraut zu machen und würde darin eine Erleichterung im Umgang mit immigrierten PatientInnen sehen:

„Ja, vielleicht die wichtigsten Worte, Schmerz oder Krankenstand, wichtige wichtige Worte, (...) ich glaube einen kleinen Anfängerkurs nur um die wichtigsten Worte zu können.“ (vgl. Interview Ärztin C, S.6, Zeilen: 171-172, 182-184)

Die Kinderärztin des Spitals fasst ihre Möglichkeiten sich ihren

PatientInnen verständlich zu machen wie folgt zusammen:

„ (...) Teilweise kann man sich durch Pantomime verständlich machen. Also wenn etwas Schwierigeres zu erklären ist, dann bitte ich sie schon, ob sie nicht eine Freundin oder Verwandte, die übersetzen kann, mitnehmen können. Oder manchmal schreibe ich auch Zettel. An den Mann, der doch meistens durch die Arbeit viel besseres Deutsch kann. Oder an die Nachbarin oder Freunde. Dann schreibe ich auf was ich denke und was ich möchte, dass sie machen. Die kommen dann nach Hause und zeigen den Zettel dem Mann. Manchmal rufen sie den Mann an, die Freundin oder die Verwandte die gut Deutsch kann. Sie geben mir dann das Telefon und ich erkläre ihnen was los ist. Manchmal gibt's auch jemanden im Warteraum, andere Mütter, andere Eltern, die übersetzen können. (vgl. Interview Ärztin F, Seiten 2-3, Zeilen 63-76)

Die von mir befragten ÄrztInnen messen einem guten Verständnis auf kommunikativer Ebene bei der Patientenbetreuung unterschiedliche Wichtigkeit bei. Die einen berichten vom reibungslosen Ablauf der Behandlungen auch ohne oder mit nur geringem sprachlichem Verständnis beiderseits, andere weisen auf die Schwierigkeit ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und auf ein eingeschränktes Vorgehen auf streng wissenschaftlich-technischer Ebene hin. (siehe Kapitel 3.2.1.)

Ein Arzt beschreibt das Berufsbild, mit dessen Unterstützung seiner Meinung nach die medizinische Betreuung von ImmigrantInnen verbessert werden könnten wie folgt:

„Na ja ich glaube, geschulte oder bilinguale, so etwas wie Sozialarbeiter wären ganz gut. Die könnte man auf einzelne Probleme ansetzen. Weil ich meine, was das Medizinische betrifft, ist schon die unmittelbare Kommunikationsbarriere ein Problem. Aber auch die Lebensumstände von den Leuten macht es schwierig und das mischt sich alles so. Dass dann auch psychosomatische Krankheiten aus Migration entstehen. Was auch immer, sie haben eine Reihe von Problemen, die sich sicherlich negativ auf die Gesundheit auswirken. Das heißt, dass sie die Medikamente nicht nehmen, weil sie nicht wollen oder weil sie es nicht verstanden haben. Aber dann leben sie oft beengt und haben dieses oder jenes Problem (...).

(vgl. Interview Arzt J, S.5, Zeilen: 134-139, 142-147)

Er beschreibt das Berufsbild der „Community Interpreter“, die als speziell ausgebildete DolmetscherInnen neben der sprachlichen ÜbersetzerInnen-ätigkeit psychosoziale und transkulturelle Kompetenzen aufweisen. Mit deren Hilfe könnte die medizinische Betreuung von ImmigrantInnen verbessert werden. (siehe Kapitel 3.)

Die sprachlichen Übersetzungen bei der Betreuung von ImmigrantInnen unterstehen keiner institutionell festgesetzten Regelung. Den ÄrztInnen steht frei, auf welche Art und Weise sie mit vorhandenen Sprachbarrieren umgehen und ob und wie sie ImmigrantInnen medizinisch betreuen. Sie werden von den PatientInnen auf Grund körperlicher Beschwerden aufgesucht und versuchen - so gut es möglich ist - ihnen zu helfen. Die befragten ÄrztInnen erklären, dass die Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen in ihrer alltäglichen Praxis aus zeitlichen und terminlichen Gründen nicht möglich ist und sie deshalb alternative Übersetzungsmöglichkeiten verwenden. Sie erkennen, dass ihre Vorgehensweisen die Gefahr von Missverständnissen bergen, messen diesen aber nicht allzu große Bedeutung bei, sehen keine Möglichkeiten, die Situationen anders zu handhaben und versuchen die PatientInnen so gut als möglich zu betreuen. (siehe Kapitel 3.2.2.)

Der Großteil der Übersetzungen wird von sogenannten LaiendolmetscherInnen durchgeführt. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Angehörige, Sprechstundengehilfinnen, gerade anwesende PatientInnen oder im Falle des befragten Kinderarztes um Reinigungspersonal oder HausarbeiterInnen. Am häufigsten werden Kinder der PatientInnen dazu herangezogen, was aus mehreren Gründen äußerst problematisch ist: Erstens befinden sich die betreffenden Kommunikationsinhalte nicht nur im medizinischen sondern auch im administrativem Bereich, meist weit außerhalb des Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizontes von Kindern im schulpflichtigen Alter. Zweitens können Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auch Tabuthemen berühren und es kann für Kinder und Eltern sehr unangenehm sein, über bestimmte Themenbereiche wie Menstruation

oder Stuhlgang miteinander zu sprechen. Abgesehen von den medizinischen Implikationen sind die psychischen Belastungen der Kinder sehr hoch. Ähnlich problematisch kann sich auch die Dolmetschfunktion von Ehepartnern erweisen, da hier Beziehungsmuster und – Probleme in die Übersetzungssituation einwirken können. Hinzu kommt, dass Begleitpersonen meist medizinische Fachausdrücke nicht beherrschen und nicht über ausreichend medizinische Fachkenntnisse verfügen. Weiters beherrschen LaiendolmetscherInnen oft selbst die beiden benötigten Sprachen nicht perfekt genug weshalb Übersetzungsfehler in beide Richtungen möglich sind. Vom Großteil der ÄrztInnen werden einerseits die Schwierigkeiten in der Kommunikation mit immigrierten PatientInnen als das größte Problem definiert, zum anderen aber als etwas, womit man gelernt habe umzugehen. Die Kommunikation wird also nicht mehr als Problem wahrgenommen. Ein Arzt meinte, dass Missverständnisse auch oft mit deutschsprachigen PatientInnen passieren und dies nicht ein Problem ist, das ihm speziell mit ImmigrantInnen begegnet. Zu überlegen wäre, ob in diesem Fall Behandlungsanweisungen für die PatientInnen schriftlich festzuhalten ein guter Weg wäre, gefährlichen Missverständnissen vorzubeugen. Denn eventuell trauen sich nicht alle PatientInnen, bei möglichen Unklarheiten eine telefonische Rückfrage durchzuführen. Dies ist sicher auch für ImmigrantInnen mit schlechten Deutschkenntnissen schwer umsetzbar. Bei Verständigungsschwierigkeiten eine Begleitperson der PatientInnen heranzuziehen, egal ob Kind, EhepartnIn oder NachbarIn, oder auch die Zuhilfenahme von anderen PatientInnen aus dem Warteraum zeugt insgesamt für die mangelnde Sensibilität für die Problematik von Kommunikationsbarrieren und belegt in gewisser Weise auch eine Gering-schätzung der PatientInnen und der Bedeutung des ÄrztInnen/ PatientInnen Verhältnisses. (vgl. Amesberger/Auer/Halbmayer 2001)

Eine Studie des Gesundheitsministeriums für Gesundheit und Frauen hat ergeben, dass „die Bedeutung von Dolmetschern mit interkultureller Kompetenz und der Beherrschung von medizinischen Fachausdrücken im extramuralen Bereich zu wenig Beachtung beigemessen wird. Die bestehenden Kommunikationsprobleme führen zu verzögerten und insuffizienten Behandlungen, die wiederum das Gesundheitssystem

belasten.“ (BMGF 2005) Eine Alternative, vorhandene Sprachbarrieren zu bewältigen, scheint die Überweisung zu fremdsprachigen KollegInnen zu sein. Doch auch diese Strategie bringt so einiges an nötigen Überlegungen mit sich. (siehe Kapitel 3.4.2.)

Unsicherheiten bei Anweisungen zu Behandlung und Medikamenteneinnahme sowie die Unmöglichkeit das psychosoziale Umfeld der immigrierten PatientInnen bei der medizinischen Betreuung zu berücksichtigen stellten mehrmals erwähnte Problembereiche in den Interviews dar.

3.2.Grenzen der Übersetzungen

3.2.1. Psychosoziale Betreuung von ImmigrantInnen

Unter psychosozialer Betreuung von PatientInnen wird im Kontext dieser Arbeit die Berücksichtigung des psychischen Befindens, des sozialen Umfeldes und der Lebensumstände bei der medizinischen Versorgung verstanden. Der bekannte Nürnberger Onkologe und ehemalige Klinikchef, Walter Gallmeier, schreibt: „Die Medizin hat zwei wichtige Säulen, die naturwissenschaftliche und die Beziehungsmedizin.“ (Süddeutsche Zeitung 1999) Der jeweilige Zustand körperlicher Befindlichkeit, Gesundheit oder Krankheit, weist eine entscheidend geistig - seelische Dimension auf, die sich einer rein medizinisch-apparativen Medizin entzieht und ausschließlich auf kommunikativer Ebene erörtert werden kann. (vgl. Gottschlich 2007)

Bei ImmigrantInnen zeigen sich durch spezielle Lebenssituationen, Erfahrungen von Flucht oder Ausgrenzung vermehrt schwierige seelische Zustände. Ein großer Teil von ihnen ist mit einem Leben in einem niedrigen sozialen Status, schlechten und engen Wohnverhältnissen sowie risikoreichen und gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen konfrontiert. Hinzu kommt, dass Migration immer Druck für den Einzelnen bedeutet, da er sich in einer ungewohnten, fremden Umgebung mit einer Vielzahl von Stressfaktoren, wie zum Beispiel dem Wandel im sozialen Umfeld, Anpassungsproblemen, einem prekären aufenthaltsrechtlichen

Status und gesellschaftlichem Druck auseinander setzen muss. Migration bedeutet Krise in der Identitätsbestimmung und hat somit Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. (vgl. Volf/Bauböck 2001)

Soziale Integration wirkt sich weitreichend auf den gesundheitlichen Zustand eines Menschen aus. In einer groß angelegten Studie in Kalifornien, die an 7000 Männern zwischen 30 und 69 Jahren durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass soziale Isolation erhebliche gesundheitliche Folgen mit sich bringt. Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass ein höherer Grad von sozialer Integration eine deutliche geringere Sterberate zur Folge hat. (vgl. Benson 1997) Also nicht nur der allgemeine Gesundheitszustand, sondern selbst die Sterberate wird eindeutig davon beeinflusst, in welchem Maße Menschen soziale Unterstützung erfahren. Diese soziale Unterstützung kann sich in vielen Formen von Beziehungen vermitteln und wird oft von ÄrztInnen übernommen, die einen Mangel an kommunikativen Aktivitäten der Gesellschaft damit ausgleichen. Im Falle der psychosozialen Betreuung von ImmigrantInnen stoßen ÄrztInnen jedoch, wie ich im folgenden darstellen werde, durch vorhandene Sprach- und kulturelle Barrieren in der kommunikativen Auseinandersetzung mit den PatientInnen an ihre Grenzen und haben oft keine praktischen Möglichkeiten psychosoziale Unterstützung zu leisten.

Alle von mir befragten ÄrztInnen nehmen die schwierige psychosoziale Situation ihrer immigrierten PatientInnen wahr und Vier von ihnen erwähnen die Schwierigkeit, persönliche Themen oder Befindlichkeiten mit den PatientInnen in der Dolmetschsituation anzusprechen. Sie beschreiben, in häufigen Fällen die streng wissenschaftlich-technische Ebene bei der medizinischen Behandlung von immigrierten PatientInnen nicht verlassen zu können. Das psychosoziale Umfeld und persönliche Anliegen oder Probleme können aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten nur wenig oder gar nicht besprochen werden.

Arzt I zur Relevanz der psychosozialen Betreuung von PatientInnen und der größten Herausforderung bei der Betreuung seiner immigrierten PatientInnen:

„Mein Gott, die größte Herausforderung ist drauf zu kommen was dem

fehlt und ihm das zu geben was ihm fehlt. Und sehr häufig ist das nicht grad eben ein Medikament, sondern etwas anderes und das ist schwieriger bei Migranten oder bei Menschen, die eben woanders herkommen. Bei dem können sie mit Zuspruch oder mit so irgendwas viel schwieriger helfen, wenn sie seine Sprache nicht sprechen. Das heißt sie gehen dann natürlich auf die Ebene zurück: Ich stelle fest, sozusagen, ob hier eine somatische Störung dahinter liegt und damit ist es dann meistens schon aus. Das heißt in diesem ganzen psychosozialen Bereich kommen sie natürlich meistens dort nicht weiter.“(vgl. Interview Arzt I, Seite 14, Zeilen:256-266)

Diese Aussage macht die Aufgabe der ÄrztInnen, soziale und psychische Unterstützung zu leisten, deutlich und zeigt auf, dass durch vorhandene Sprachbarrieren und geringe Übersetzungsmöglichkeiten, die notwendige psychosoziale Unterstützung bei immigrierten PatientInnen - die so wichtig wäre - ausbleibt. Derselbe Arzt betont im folgenden Zitat die Wichtigkeit, den Menschen in seiner Gesamtheit wahrzunehmen um ihn bei seiner Heilung unterstützen zu können. Leider ist ihm dies bei PatientInnen mit keinen oder nur geringen Deutschkenntnissen nicht möglich, weshalb er ausschließlich mit naturwissenschaftlichen Methoden feststellen kann, ob eine gefährliche Krankheit vorliegt und sich damit schon am Ende seiner Anamnesemöglichkeiten befindet. Er beschreibt wie folgt:

„(...) Im Prinzip ist der Mensch einmal eine Einheit und besteht nicht nur aus Körper und Geist, sondern es gibt da auch noch andere Dinge. Wenn sie gekränkt worden sind, sind sie krank. Das kann ihnen bewusst werden, weil ihr Herz schneller schlägt. Das kann ihnen auch bewusst werden, weil sie Durchfall bekommen. Die Organe sind nicht so zu sagen vereinzelt, sie sind nicht als Einzelnes zu sehen, sondern es ist immer als Gesamtes zu sehen. Hier glaube ich, dass diese Sichtweise, ich kümmere mich nur um die Organe und alles andere ist mir egal, nicht der richtige Zugang ist. Damit machen sie sicher Leute nicht unbedingt gesund. Auf der anderen Seite, zu viel in diese psychische Dimension, das bringt es auch nicht. Also es gehört diese Einheit und es gehört diese einheitliche Sicht, und das ist eben schwieriger bei jemandem mit dem sie nicht sprechen können. Das heißt, hier versuchen sie natürlich dann sicher zu gehen,

dass keine der gefährlich abwendbaren Erkrankung dahinter liegt. Wir wollen nicht, dass ich mit ihnen über ihre Bauchschmerzen spreche und dann stellt sich heraus es war ja doch ein Blinddarm.“ (vgl. Interview Arzt I, Seiten: 15-16, Zeilen: 502-522)

Ärztin E berichtet ebenfalls von Schwierigkeiten PatientInnen mit schlechten Deutschkenntnissen auf mögliche psychosoziale Ursachen für Mißempfinden aufmerksam zu machen. Ihre Aussagen weisen auf die Wichtigkeit des ÄrztInnen-PatientInnen Gespräches hin um mit den PatientInnen eventuelle Probleme im psychosozialen Umfeld zu erkennen. Wenn nun keine Kommunikation auf verbaler Ebene möglich ist, reicht die medizinische Betreuung über die organische Ebene nicht hinaus. Die Ärztin ist somit auf das Verschreiben von Medikamenten und die Durchführung von technischen Untersuchungsmethoden eingeschränkt. Sie erzählt auf die Frage nach den Sprachkenntnissen ihrer immigrierten PatientInnen:

„Da ist ein großes Problem, also nicht bei allen, nicht immer, aber hier ist die Sprachbarriere wirklich ein Problem. Überhaupt gibt's viele Frauen, die kaum noch die Sprache können. Und selbst wenn, das gilt jetzt auch für Männer, selbst wenn sie die Sprache können. Es ist oft in einer Ordination ganz wichtig, dass man die Feinheiten der Sprache kennt. Also manche Dinge hört man an Untertönen und dann kann man nachfragen und das fehlt mir. Ich weiß zum Beispiel, dass man auf manche psychische Probleme bei Österreichern, bei Deutschsprachigen kommt. Das geht vielleicht noch über die Sprache hinaus, das geht auch wirklich um die Kultur. Also ich kann bei Österreichern oder Deutschen fragen, ob sie Sorgen oder Stress haben. Das sind Formulierungen, die ich gebrauchen kann womit die Leute etwas anfangen können. Das öffnet oft den Weg, dass man auf andere Dinge auch kommt, die nicht nur medizinisch oder die nicht vordergründig medizinisch sind. Das fehlt mir.“ (vgl. Interview Ärztin E, Seite 1-2, Zeilen: 29-46)

Dieselbe Ärztin meint weiters, dass nicht nur durch fehlende Sprachkenntnisse, sondern auch auf Grund unterschiedlicher kultureller Zugehörigkeit, ihrerseits und auf Seiten der PatientInnen, ein vertrauter

Zugang oft verwehrt bleibt. (siehe Kapitel 5.2.1.):

„Ich glaube nicht, dass es mit einem Dolmetscher getan ist und ich glaube, dass das noch weiter geht. Ich müsste die Kultur auch besser kennen um einen Zugang zu bekommen. Weil dass sich jemand öffnet und dir solche Sachen erzählt, da musst du eine Basis schaffen. Und das ist sehr viel schwerer. Also möglicherweise würde das mit einem super Dolmetscher gelingen.“(vgl. Interview Ärztin E, Seite 3, Zeilen: 82-88)

Interviewpartner I stellt wie folgt fest, dass der persönliche Zugang zu seinen immigrierten PatientInnen und deren psychosoziale Betreuung in der allgemeinmedizinischen Praxis auf Grund der sprachlichen wie auch der kulturellen Barriere kaum möglich sind:

„(...) Speziell wo wir in psychische Probleme einsteigen wollen, haben wir dann keinen Zugang, weil das einfach nicht möglich ist. Ich habe schon den Eindruck, dass viele dieser Migranten eine Problematik haben, die einfach psychisch aufzuarbeiten wäre. Das geht aber nur mit Genuin Speakers in der Sprache, weil man so viele Facetten einfach nicht kennt. Es ist ja auch für uns schon schwierig einen Tiroler in seiner Emotionalität zu verstehen, weil einfach Wortmarken in einer anderen Art geübt und genutzt werden, als wir Wiener das tun. Also ich glaube da gibt's sehr viele Facetten, wo man hier eben sehr genau nachhaken müsste. Das kann jemand, der diese Sprache nur ein bisschen oder fast überhaupt nicht kann, natürlich nicht.“ (vgl. Interview Arzt I, S.2, Zeilen: 40-54)

Gespräche mit den PatientInnen über Erfahrungen der Migration oder Flucht sind möglich, wenn auf eine gemeinsame Sprache ausgewichen werden kann oder die Kinder schon alt genug sind, um mit ihren Eltern darüber zu sprechen - ansonsten bleibt diese Thematik im Hintergrund. Ärztin O antwortet auf die Frage, ob sie sich mit immigrierten PatientInnen über persönliche Erfahrungen der Migration oder Flucht unterhält, wie folgt:

„Wenn es notwendig ist ja, absolut, ja oder was sie mitgemacht haben (...). Ja, sie vertrauen mir das an, weil ich sage das bleibt bei mir. Wenn ich die Menschen anschau und die Narben sehe, frag ich sie: um Gottes Willen

wo haben sie denn das her. Ja das gibt's auch, da frage ich dann (...) In der Dolmetschsituation sagen die PatientInnen nichts, außer die Kinder sind schon größer.“ (vgl. Interview Ärztin 0, S.8, Zeilen: 258, 264-266)

Drei der ÄrztInnen tätigten Aussagen dazu, wovon eine meinte, ihr fehle der Zugang zu den Menschen aufgrund der kulturellen und sprachlichen Barriere und dass dies Tabuthemen wären. Zwei erklärten, persönliche Gespräche fänden statt, wenn sie es für notwendig erachteten. Einer der befragten Ärzte sieht seine Aufgabe nicht darin, das körperliche Befinden seiner PatientInnen mit ihrer psychosozialen Situation in Verbindung zu bringen und beschränkt seine Anamnese ausschließlich auf den medizinischen-technischen Bereich. Er stellt dies folgendermaßen dar:

„(...) wenn ich Ergebnisse habe und die Untersuchungsbefunde nicht außergewöhnlich sind, dann werde ich ihnen sagen, dass ich nichts gefunden habe. Aber einen Bezug zum Leben jetzt. Ich kann nicht wissen, was die zu Hause für Probleme haben.“ (vgl. Interview Arzt L, Seite:8, Zeilen:240-244)

Zwei der befragten ÄrztInnen erklären, dass sie von psychischen Problemen betroffenen Personen Antidepressiva verschreiben, weil es ihnen damit wenigstens besser ginge. In folgender Gesprächssequenz zwischen Arzt H und mir, beschreibt er sein Vorgehen und warum er dieses wählt:

B: „Also schlafen, ob jemand schlafen kann, zum Beispiel, ob jemand sehr nervös ist. Das Wort nervös versteht man eigentlich überall. Ob jemand sehr traurig ist. Das versteht man meistens auch. Also diese Gefühle werden zumeist auch verstanden.

VK: Und wie können Sie einem ausländischen Patienten weiterhelfen, wenn er sagt, er ist sehr traurig, er ist einsam?

B: Also ich kann eine Medikation initiieren, ich kann Medikamente verschreiben, die den Zustand verbessern. Ich kann auch Überweisungen tätigen, zu anderen Betreuungsstellen, zum Beispiel an die psychiatrische Klinik. Wobei mir aufgefallen ist, dass die Medikation, wenn sie richtig eingesetzt wird, tatsächlich hilft und dass Psychotherapie ein ganz großer

weiterer Schritt ist und dass auch die Psychiater zumeist damit zufrieden sind, wenn die Psychopharmaka - Therapie hilft.

Es kommen nur relativ wenige in diesen ersten Jahren ihres Hier seins in eine Psychotherapie, weil es offenbar zu schwierig ist. Es sind zu viele und es gibt zu wenig Psychotherapeuten, die das machen können.“ (vgl. Interview Arzt H, Seite 2-3, Zeilen: 60-77)

Ein anderer Arzt sieht in der Verschreibung von Medikamenten kaum eine Möglichkeit den PatientInnen in ihrer schwierigen psychosozialen Situation zu helfen. Er würde es zwar versuchen, wenn es notwendig wäre, aber seiner Meinung nach ist hier keine überzeugende Wirkung der Psychopharmaka gegeben:

„Es können Psychopharmaka helfen, aber auch hier ist nicht einmal eine überzeugende Wirkung gegeben, meiner Meinung nach. Wenn es notwendig wäre, würde ich es schon versuchen.“ (vgl. Interview Arzt L, Seite 7, Zeilen: 225-229)

Die Erhebungen haben ergeben, dass die ArztInnen durch die sprachliche wie auch die kulturelle Barriere die psychosoziale Komponente bei der gesundheitlichen Versorgung von immigrierten PatientInnen kaum berücksichtigen können. Sie erkennen zwar die Auswirkungen des psychosozialen Befindens der PatientInnen auf ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand, beschränken sich aber weitgehend auf die Behandlung von Symptomen und akzeptieren, das geistig seelische Empfinden nicht in die Betreuung einfließen zu lassen. Das Gutachten eines Sachverständigenrats, erarbeitet unter Beteiligung vieler ExpertInnen und Verbände, zeigt eine Reihe von Beispielen, dass das Krankheitsgefühl der PatientInnen verstärkt wird, wenn zum Beispiel, akute Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfälle mit Krankschreibung und Schmerzmittel-injektionen behandelt werden, anstatt den PatientInnen eine Fortsetzung ihrer gewohnten Aktivitäten zu empfehlen. Auch werden oft Depressionen nicht erkannt und damit auch nicht zielgerichtet behandelt, dennoch erfolgen gleichzeitig symptombezogene Behandlungen, die fehlgeleitet sind und zu einer Überversorgung mit zum Beispiel ungeeigneten

Medikamenten führen. (vgl. Sachverständigenrat 2000/2001) Die ExpertInnen sprechen einerseits von einer Unterversorgung, die sich hauptsächlich auf den Bereich Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung bezieht und einer Überversorgung auf die Verordnung nicht indizierter oder zu hoch dosierter Medikamente. Als besonders benachteiligte Gruppe werden in dieser Hinsicht in der Literatur wie auch von den befragten ÄrztInnen Immigrantinnen aus Herkunftsländern mit stark patriarchalen Strukturen beschrieben. Sie geraten durch Arbeitslosigkeit oder den Ausschluss aus dem Erwerbsleben schnell in soziale Isolation, haben weniger soziale Netzwerke und damit auch einen geringeren Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen. Weiters haben sie durch ihre besonders geringen Sprach- und Bildungserwerbschancen schlechtere Voraussetzungen Nutzen aus Gesundheitsinformationen zu ziehen und Medikation einzuschätzen. Übereinstimmend finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass Migrantinnen im stärkeren Ausmaß von Multimorbidität, psychosomatischen und Schmerzsymptomen betroffen sind. (vgl. BMGF 2005; Csitkovisc/Eder/David 2003; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004). Sie weisen weiters einen höheren Medikamentenkonsum auf als nicht immigrierte PatientInnen. (Wimmer-Puchinger/Gartner/Wolf/Akbal 1998)

Auch Ursula Brucks und Wulf-Bodo Wahl äußern sich sehr kritisch gegenüber der Medikalisierung von sozialen Problemlagen als dominierende therapeutische Strategie. Diese tragen dazu bei, dass jahrelange Krankheitskarrieren entstehen, die mit dem Begriff „Verlaufskurven kumulativen Schlamassels“ beschrieben werden. (vgl. Strauss/Farahgauh/Suczek /Wiener 1980) Denn soziale Situationen wie drohende Arbeitslosigkeit, familiäre Krisen, Zweifel am Erfolg des gewählten Lebensplanes würden es erfordern, mit Hilfe von Bezugspersonen oder mit professioneller Hilfe neuen Lebenssinn zu finden. Wenn sie aber stattdessen rein medizinisch beantwortet werden, reduziert sich das Denken und Fühlen der Betroffenen Schritt für Schritt auf das Kranksein. In der Migrationssozialberatung spielen in vielen Fällen Gesundheitsprobleme eine Rolle, aber hier können die medizinischen Fragen nicht beantwortet werden. Andererseits erkennen ÄrztInnen durchaus die

soziale Dimension der körperlichen Beschwerden, haben aber nicht die praktischen Angebote um den PatientInnen in ihrer sie überfordernden Situation zu helfen. Eine Lösung für dieses Problem sehen die AutorInnen in einer kontinuierlichen Verbindung des Gesundheits- und Sozialbereichs, da nur so Prävention, psychosoziale Versorgung und die Berücksichtigung sozialer Lebenslagen in der medizinischen Versorgung gewährleistet werden können. Die Relevanz der psychosozialen Versorgung gilt nicht nur für die Betreuung und Beratung von ImmigrantInnen sondern generell für die Gesundheitsversorgung. (vgl. Brucks/Wahl 2003)

3.2.2. Medikation

Während der Gespräche kristallisierte sich Medikation als wichtiger Punkt heraus, der genauer sprachlicher Übersetzung in der ArztInnen - PatientInnen Kommunikation bedarf, um gefährlichen Missverständnissen vorzubeugen. Die von mir befragten ÄrztInnen berichten von Unsicherheiten, bei PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen, ob sie die Anweisungen zur Medikamenteneinnahme auch wirklich verstanden haben und können sich dessen nie ganz sicher sein.

Dazu meint Ärztin E:

„Das ist immer ein großer Unsicherheitsfaktor, weil ich nie ganz sicher bin, ob genau verstanden worden ist, wie man das nehmen soll. Also hier gibt es ein großes Fragezeichen. (...) Eine große Unsicherheit inwieweit das oft verstanden wird. Und ich ärgere mich dann selber, wenn ich das fünfmal sage, weil das ja gleichzeitig schon wieder diskriminierend ist. Also ich finde es schwierig.“ (vgl. Interview Ärztin E, Seite 6, Zeilen 190-199)

Auch ist die Vorbehandlung der PatientInnen durch andere ÄrztInnen und der damit verbundenen Medikamenteneinnahme abzuklären. Wenn PatientInnen mit Medikamenten aus fremdsprachigen Ländern kommen, werden sie von den ÄrztInnen in die internationale Apotheke geschickt mit der Bitte um Verifizierung oder es wird versucht durch die chemische Zusammensetzung des Präparates auf seine Wirkungsweise zu schließen.

Eine Ärztin berichtet von einem Behandlungsfall in ihrer Praxis, der sie sehr betroffen gemacht hat, weil sie aufmerksam wurde wie gefährlich sich Sprachbarrieren in der medikamentösen Behandlung auswirken könnten:

„(...) eine japanische Familie war auch bei mir in Betreuung mit kleinen Kindern (...) Sie hatten eine Verkühlung. Ich wollte unbedingt herausfinden was für Medikamente sie noch nehmen. Es ist ja an sich mit den Sprachschwierigkeiten das Hauptproblem, dass man die Vorbehandlung vor allem, wenn sie aus dem Heimatland kommen in den Griff bekommen muss. (...) bei den Japanern, war das also eigentlich ziemlich schwierig für mich. Die Herausforderung war dann, soll ich den Kindern Antibiotika geben oder nehmen sie schon irgendetwas Ähnliches. Zum Glück war dann im Wartezimmer eine junge Patientin, von der ich gewusst habe, dass sie japanisch spricht. Die habe ich dann herein geholt und sie konnte mir übersetzen: Dass der Großvater von den japanischen Kindern schon Medikamente geschickt hatte, die also eindeutig Antibiotika waren. Die Kinder nahmen schon seit drei Tagen Antibiotika. Und meine Antibiotika Versorgung war somit hinfällig und hätte möglicherweise auch Probleme gemacht (...) Das halte ich eigentlich für das Gefährlichste was unserer Versorgung von Migranten betrifft. Vor allem, dass man draufkommt, was nehmen die noch und was war die Vorbehandlung, wie passt das zusammen mit unseren ergänzten Behandlungen.“ (vgl. Interview Ärztin M, S.7-8, Zeilen: 210-242)

Auf die Frage nach dem Umgang mit diesem Problem antwortet die Ärztin: „(...) bei den Medikamenten helfen die Apotheker, die sind sozusagen die Chance, wenn der Patient zum Beispiel kommt mit Namen oder auch mit Packungen. Dann schicke ich sie in die Apotheke (...). Da gibt es internationale Apotheken, die können das abklären und dann weiß ich, um welches Produkt es sich handelt.“ (vgl. Interview Ärztin M, Seite 8, Zeilen 243-253)

Ärztin O erklärt, dass sie aufgrund von Angaben der chemischen Zusammensetzung des Präparates auf seine Wirkungsweise schließen kann, sie aber ansonsten die Hilfe der internationalen Apotheke in Anspruch nimmt:

„Also wenn die Chemie dabei steht und ich das in der Fachliste finde, dann geht es. Bei manchen Sachen. Wenn das nicht mehr heraus findbar ist, dann bitte ich sie, dass sie in die internationale Apotheke gehen und es übersetzen lassen.“ (vgl. Interview Ärztin O, Seite 328-331)

Insgesamt kann man sagen, dass ÄrztInnen sehr bewusst und genau mit Medikamentenverschreibungen umgehen und bei den PatientInnen immer wieder das Verständnis abklären müssen. Ihre Aussagen machen deutlich, dass Anweisungen zu Medikamenteneinnahme und Abklärung von Vorbehandlungen durch vorhandene Sprachbarrieren anfällig für Missverständnisse sind und sie sich nie ganz sicher sein können, von den PatientInnen auch wirklich verstanden worden zu sein. Eine Studie zur „Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheitseinrichtungen“ (Pöchhacker 1997) ergab im Bereich Krankenhaus, dass von ÄrztInnen wie auch Krankenschwestern die Verständigung mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen „häufig“ (52 Prozent) oder sogar „immer“ (17 Prozent) in vereinfachtem Deutsch abgewickelt wird. 91 Prozent stimmten der Aussage „Man ist sich nicht sicher, wie viel die PatientInnen wirklich verstehen“ zu. Die möglichen negativen Folgewirkungen, von denen ExpertInnen aus sozialpsychologischen Einrichtungen ebenfalls berichten⁵, umfassen unter anderem Missverständnisse zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, Fehldiagnosen, geringere Compliance und verlängerte Krankheitsverläufe. (vgl. Amesberger/Auer/Halbmayer 2001, Luijten/Tjadens 1995, van Wieringen/Harmsen/Bruijnzeels 2003) Medikation ist somit einer der wichtigen Punkte, die darauf aufmerksam machen, dass der Bereich der medizinischen Versorgung von ImmigrantInnen Verbesserung bedarf.

3.3. Fremdsprachiges Informationsmaterial

Eine meiner Fragen an die InterviewpartnerInnen bezog sich auf die

⁵ Frau Özsoy von F.E.M.-Süd erzählte beispielsweise, dass sie einmal eine Frau zu deren Psychiater begleitet hat, welcher seiner Patientin über Jahre hin Medikamente verschrieben hatte, obwohl er insgesamt nur drei Sätze mit ihr gesprochen hatte und im Prinzip die Art und Ursachen ihrer Beschwerden nicht kannte. (Amesberger/Auer/Halbmayer B. 2001)

Verwendung und Sinnhaftigkeit von Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen. In einer österreichischen Studie mit dem Titel „Zugewanderte PatientInnen im Wiener Gesundheitssystem“ (vgl. Amesberger/Auer/Halbmayer 2001) stieß ich während meiner Interviewphase auf die Information, dass ÄrztInnen der Allgemeinmedizin fremdsprachiges Material zugesandt bekommen, es von ihnen aber meist nicht verwendet und nicht an die PatientInnen weitergereicht wird. Ich sah eine Aufgabe herauszufinden, warum dem so ist und welche Lösungsmöglichkeiten sich anbieten. Auch die von mir befragten ÄrztInnen berichten, dass ihnen Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen zugesandt wird, sie es aber nur bedingt einsetzen. Begründungen dafür sind einerseits mit Unmengen an Informationsmaterial konfrontiert zu sein und andererseits das Problem von häufigem Analphabetismus bei ImmigrantInnen der ersten Generation. Den PatientInnen ist ihre mangelnde Lese- und Schreibtechnik sehr unangenehm und ÄrztInnen merken dies oft erst wenn sie von den PatientInnen eine Unterschrift benötigen. Der Arzt der Kinderambulanz erzählt:

„(...) das merkt man manchmal, wenn man die Patienten bittet zu unterschreiben und dann kriegt man manchmal mit, dass Frauen nur drei Kreuze machen können.“ (vgl. Interview Arzt G, S.5, Zeilen: 151-153)

Trotzdem unterstreicht er die Effizienz des fremdsprachlichen Informationsmaterials und beantwortet die Frage nach dessen Verwendung mit:

„Nein nicht, dann sagen wir, sie müssen es sich vorlesen lassen.“ (vgl. Interview Arzt G, S.5, Zeilen: 148-149)

Ein Arzt erklärt, dass er mit Informationsmaterial keine guten Erfahrungen gemacht hat, auch nicht bei deutschsprachigen PatientInnen, denn:

„Die Problematik ist so vielgestaltig, dass man mit einem Bogen nur einen Minitel abdeckt. Ich weiß nicht wie viele Bögen man bräuchte, damit man alle Eventualitäten abdecken kann. Und wenn es nicht so oft vorkommt. Ich glaube der Punkt ist wirklich die persönliche Interaktion mit dem Patienten.“ (vgl. Interview Arzt J, S.5, Zeilen: 156-160)

Bei Ärztin D gestaltete sich die Anwendung von fremdsprachlichem Informationsmaterial schwierig, denn die PatientInnen konnten die schriftlichen Informationen nicht entziffern. Sie erzählt auf die Frage, ob sie Informationsmaterial in fremden Sprachen anwendet, wie folgt:

„Ja, ich glaube ich habe etwas bekommen in anderen Sprachen. So Zettel mit Vokabel. Nur, wie gesagt, die finde ich nicht und ich hab es eine zeitlang versucht, aber ich bin draufkommen, dass die Leute das auch nicht verstehen wenn ich Ihnen das zeige. Die können zum Teil nicht lesen oder sind vielleicht doch ein bisschen anders und das nutzt mir nichts. Ich müsste es aussprechen, glaube ich, oder wissen wie sie reden“. (vgl. Interview Ärztin D, S.6, Zeilen: 175-180)

Diese Ärztin glaubt, dass ein kleiner Anfängerkurs für ÄrztInnen in den gängigsten Fremdsprachen, denen sie in ihrer Praxis begegnet, die medizinische Betreuung von ImmigrantInnen erleichtern würde. (vgl. Interview Ärztin D, Seite:6, Zeilen: 171-173) Auch Ärztin C findet für die ihr zugesandten Informationsblätter in unterschiedlichen Sprachen keine Verwendung und schildert die Situation wie folgt:

„ (...) für irgendwas gibt es schon fremdsprachiges Informationsmaterial. Das muss ich gestehen. Aber ich weiß jetzt nicht für was. Für irgendwas haben wir mehrsprachige, so art Aufklärungsblätter bekommen, (...) Das waren Formulare die Krankenkasse betreffend, die mehrsprachig waren. Also ich habe es noch nicht wirklich angewendet.“ (vgl. Interview Ärztin C, Seite 2, Zeilen:53-60)

Weitere drei ÄrztInnen erwähnen mit der Fülle an „Zettelwerk“ keinen Umgang zu finden und deshalb auch das ihnen zur Verfügung gestellte Material nicht zu verwenden.

Arzt I erklärt:

„Mit Informationsmaterial habe ich nicht wahnsinnig viel gute Erfahrungen gemacht, auch nicht mit deutschsprachigem, das ist nur Papier das wieder herumliegt.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite:5, Zeilen:163-165)

Und Ärztin N antwortet auf die Frage, ob sie fremdsprachiges

Informationsmaterial gebrauchen könnte und sie es auch verwenden würde:

„Doch, könnte ich schon gebrauchen, aber es liegt dann zu viel herum und ich finde es akut nicht, wenn ich es brauche.“ (vgl. Interview Ärztin N, Seite:2, Zeilen:35-36)

Die Kinderärztin des Spitals betont die Nützlichkeit des Informationsmaterials und würde dieses auch noch in anderen Sprachen wie zum Beispiel Indisch benötigen. Sie erzählt, dass sie Informationsblätter und Protokolle bei Einnässen von Kindern in Serbokroatisch und Türkisch wie auch Broschüren zu Impfungen und Stellen psychosozialer fremdsprachiger Beratung in ihrer täglichen Arbeit verwendet:

„Einnässen, da gibt es ein Protokoll, das muss man ausfüllen. Wie viel das Kind an zwei Tagen trinkt und wie viel es Harn lässt und (...) Was dort draufsteht gibt es auch in Serbokroatisch und Türkisch. Impfbzettel haben wir auch und Infoblätter für Krisenfälle, wenn die Menschen psychosozial etwas brauchen. Da gibt es auch Folder in Serbokroatisch und Türkisch, (...) wo sie hingehen können und wo die Beratung auch in ihrer Sprache ist. Es gibt natürlich vieles nicht. Also jetzt in den letzten Jahren sind auch viele indische Familien gekommen. Also wir haben es nur in Türkisch und Serbokroatisch.“ (vgl. Interview Ärztin F, Seite:4, Zeilen: 109-119)

Die Strategie einer Ärztin die schriftlichen, fremdsprachlichen Informationen im Warteraum zur Selbstentnahme aufzulegen funktioniert und die PatientInnen nutzen das Angebot.

Dazu Ärztin O:

„Ich lege es ins Wartezimmer und sehe es verschwindet, also die Leute nehmen sich das einfach.“ (vgl. Interview Ärztin O, S.3, Zeile: 91)

Eine Lösung, um den ÄrztInnen den Umgang mit der Fülle an Informationsmaterial zu erleichtern, scheint die elektronische Speicherung solcher Daten am Computer zu sein, um die Informationen abrufen zu können, wenn sie benötigt werden. Der Kinderarzt des Spitals beschreibt diese Methode als effizient. Er erzählt, dass das Spital ISO-zertifiziert und im Zuge dessen auf seine Effizienz und Effektivität hin überprüft wurde:

„(...) das Informationsmaterial für PatientInnen in verschiedenen Sprachen war auch einfach Bestandteil und ist entwickelt worden und liegt deswegen auf. Das haben wir im Computer abgespeichert, können es abrufen und ausdrucken“ (vgl. Interview Arzt G, S.5, Zeilen: 139-142)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vierzehn der befragten ÄrztInnen der Allgemeinmedizin tatsächlich, ähnlich wie in der zu anfangs erwähnten Studie, für das zugesandte Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen keine Verwendung finden. Sie begründen dies mit der unpraktischen Handhabung und dem Analphabetismus ihrer PatientInnen. Es ist wichtig, fremdsprachiges Informationsmaterial trotz vorhandenem Analphabetismus an die PatientInnen weiterzugeben, denn wie aus den bisherigen Kapiteln hervorgeht, sind oft Verwandte oder Freunde vorhanden, die bei Leseschwierigkeiten helfen können. Weiters haben sich bei einem geringen Alphabetisierungsgrad vor allem mündliche muttersprachliche Informationen bewährt, die zum Beispiel vom F.E.M. - Süd im Kaiser Franz Josef Spital durchgeführt werden. (vgl. Internationale Organisation für Migration 2003) Nur eine von mir befragte Ärztin nutzt das Angebot dieses Pilotprojekts um Immigrantinnen beim Zugang zu Gesundheitsinformationen zu unterstützen. Im Gegensatz zum Großteil der befragten AllgemeinmedizinerInnen unterstreichen die zwei befragten KinderärztInnen, die in Spitälern tätig sind, die Nützlichkeit des mehrsprachigen Informationsmaterials und eine Ärztin der Allgemeinmedizin erzählt, dass von Seiten immigrierter PatientInnen große Nachfrage nach dem von ihr aufgelegten Informationsmaterial im Warteraum besteht.

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass neben der Sprachbarriere der geringe Informationsstand über die Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung von ImmigrantInnen hat. Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen könnte hierbei Abhilfe schaffen. (vgl. Akbal 1998, Friedrich/Akkaya/Dervic 1999 etc.) Weiters haben Untersuchungen ergeben, dass türkischsprachige MigrantInnen (61%) einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (72%) und Frauen mit einer Staatsbürgerschaft aus Ex-Jugoslawien (70,5%). (vgl. Mikrozensus 1999) Wenn ÄrztInnen das

fremdsprachige Informationsmaterial nicht weiterreichen, ignorieren sie somit die weit höhere Aufklärungsbedürftigkeit der immigrierten PatientInnen. (vgl. Zimmermann 2000)

3.4.Überweisungen zu FachärztInnen aufgrund der Sprachbarriere

3.4.1. Technisch gestützte Anamnese

Die niedergelassenen ÄrztInnen der Allgemeinmedizin in Wien fungieren als erste Ansprechperson für Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden und müssen dann nach einer gründlichen Anamnese entscheiden, welche zusätzlichen Untersuchungen zur Feststellung der genauen Krankheitsursache vonnöten sind. Die Definition des Arbeitsprofils eines Allgemeinmediziners laut Ärztekammer Wien lautet wie folgt: „Das Aufgabengebiet des Arztes für Allgemeinmedizin umfasst den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und Krankenbehandlung sowie die Gesundheitsförderung. Die wesentlichen Aufgaben des Arztes liegen daher vor allem in der patientenorientierten Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen, in der Vorsorge, in der Früherkennung von Krankheiten, in der ärztlichen Betreuung chronisch-kranker und alter Menschen sowie in der Erkennung und Behandlung millieubedingter Schäden.“ (vgl. Ärztekammer für Wien, a)

Die befragten ÄrztInnen der Allgemeinmedizin berichten von häufigeren Überweisungen zu FachärztInnen bei PatientInnen mit schlechten Sprachkenntnissen. Sie erzählen von häufigen Forderungen der PatientInnen nach technisch unterstützten Methoden - wie Röntgen oder Ultraschall - zur Erhebung des Gesundheitszustandes und betonen, diese Untersuchungen dann anzuordnen, wenn sie ihnen als notwendig erscheinen. Ansonsten wird den PatientInnen die Überflüssigkeit der von ihnen geforderten Untersuchungen auseinander gesetzt. Die ÄrztInnen vermuten, dass der Wunsch nach computerunterstützten Untersuchungsmethoden auf Unsicherheit dem Unbekannten gegenüber entsteht. Die PatientInnen scheinen dadurch mehr Sicherheit in der Diagnostik des Arztes erwirken zu wollen.

Eine dieser ÄrztInnen meint:

„Ich glaube, die wollen einfach noch mehr Sicherheit haben, dass der Arzt richtig diagnostiziert und nichts übersieht. Und vielleicht ist auch viel weniger Vertrauen in unsere Medizin.“

Und auf die Frage, ob er darauf eingeht, wenn PatientInnen technisch gestützte Untersuchungen fordern antwortet er:

„Wenn es notwendig ist, natürlich würde ich es machen lassen. Wenn es völlig unverständlich oder gar nicht notwendig ist, dann muss ich ihnen das schon sagen. Ich kann ja da keinen Unterschied machen zwischen Herkunft oder Hautfarbe oder sonst etwas. Wenn es für mich notwendig und verständlich erscheint, dann ist es gut, aber wenn das überflüssig ist, dann muss ich das auch sagen.“ (vgl. Interview Arzt L, Seite 4, Zeilen 123-128)

Die Ärzte der Allgemeinmedizin berichten, dass geringe Verständigungsmöglichkeiten die Behandlung auf die streng organische Ebene begrenzen und intensivere Untersuchungen erforderlich machen. Zehn der befragten ÄrztInnen berichten, dass ImmigrantInnen selbst meist mit dem Wunsch nach technisch unterstützten Untersuchungsmethoden ihre Praxis aufsuchen.

Dazu Interviewpartnerin M:

„Also man hat sicherlich bei Migrationspatienten die Herausforderung der intensiveren Untersuchung. Die kommen auch selber sehr häufig mit dem Wunsch der kompletten Durchuntersuchung. Das kommt auch von ihnen, ein MR ein CT und am besten den ganzen Körper“ (vgl. Interview Ärztin M, S.5, Zeilen: 158-162)

Vor allem die Ärztinnen berichten vom Wahrnehmen der schwierigen und zehrenden psychosozialen Situation von Migrantinnen und der Schwierigkeit aus sprachlichen wie auch kulturellen Gründen diese möglichen Probleme anzusprechen. Vor allem Kreuz-, Bauch- und Nackenschmerzen müssen technisch gestützt untersucht werden und können nicht wie bei Deutschsprachigen zuerst mittels Gespräch erörtert werden.

„(...) Auf einer streng organischen Ebene, man muss sie viel öfter überweisen. Weil bei vielen, die Kreuzschmerzen haben oder Bauchschmerzen habe ich das Gefühl (...) Viele kommen mit so multiplen Schmerzsymptomen und man greift direkt, dass etwas anderes dahinter ist. Aber es fehlt mir der Zugang. Also wenn ich kaum verstanden werde, ich kann sie grad und grad fragen wo es weh tut. Dann ist oft noch jemand da der das übersetzt. Aber da kommt man nicht über die körperliche Ebene hinaus, oder ich schaff das nicht. Ich hielte das für ganz wichtig und notwendig.“(vgl. Interview Ärztin E, S.2, Zeilen: 38-46, 49-57)

Eine andere Option, PatientInnen mit Migrationshintergrund eine umfassende medizinische Versorgung zukommen zu lassen, ist das Überweisen zu einem Kollegen mit Fremdsprachenkenntnissen. Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten, sowie für und wider eben genannter Überweisungen, beruhend auf den Aussagen der ÄrztInnen, dargestellt.

3.4.2. Überweisungen zu KollegInnen mit Fremdsprachenkenntnissen

Die Ärztekammer Wien stellt auf ihrer Homepage einen Praxisplan zur Verfügung mit dessen Hilfe PatientInnen nach Adressen von ÄrztInnen aus allen Fachgebieten suchen und unter anderem deren Fremdsprachenkenntnisse abrufen können. Weiters bietet das vom Wiener Integrationsfond erstellte „Adressbuch der Integration 2000“ mit Beratungsstellen und ÄrztInnen mit fremdsprachigen Ordinationen für die Sprachen Serbisch - Kroatisch - Bosnisch und Türkisch sowie mit Notrufnummern und zu kontaktierenden Adressen Unterstützung. Parallel dazu wurde ein Handbuch für nichtdeutschsprachige PatientInnen und KlientInnen in Kooperation von Wiener Integrationsfond, Wiener Frauengesundheitsbeauftragter und Ärztekammer erstellt, welches Angebote von Gesundheitsdiensten in 17 Sprachen berücksichtigt.

Mit Arzt H besichtigte ich gemeinsam den Praxisplan der Wiener Ärztekammer und fand heraus, dass nicht geregelt ist, ob in der Rubrik Sprachkenntnisse, die der ÄrztInnen selbst oder auch die seiner Sprech-

stundengehilfInnen angegeben werden sollen. Arzt H beschäftigt in seiner Praxis Sprechstundenhilfen, die Bulgarisch, Russisch und Serbokroatisch übersetzen können, inserierte aber, medizinische Behandlungen lediglich in deutscher und englischer Sprache durchführen zu können, weil er selbst nur diese Sprachen beherrscht. Er reagierte sehr überrascht über die Tatsache, dass zum Beispiel Ärztin D, selbst ohne Fremdsprachenkenntnisse mögliche Behandlungen in Serbokroatisch auf der Homepage anbietet. Ihre Sprechstundenhilfe kommt aus Bosnien und übersetzt auch ähnliche Sprachen. Bis auf zwei Ärztinnen erwähnen alle Befragten die Möglichkeit einen fremdsprachigen Kollegen ausfindig zu machen, aber nur zwei ÄrztInnen tätigen Überweisungen zu ÄrztInnen, die die Sprache der PatientInnen beherrschen. Ein Arzt erzählt von KollegInnen, die selbst nach Österreich immigriert sind, hier eine ärztliche Kassenpraxis führen und sehr viele PatientInnen ihres eigenen oder verwandten Sprachkreises betreuen.

„Zum Beispiel: ich habe in der XY-Straße den Kollegen X, der kann z.B. Russisch. Er hat deswegen mehr Asylanten, Ukrainer, Tschetschenen. Dann gibt es auch diese speziellen Einrichtungen, Asylantenheime, die hausärztlich natürlich auch betreut werden. Dieser Arzt macht das. Er hat keine sprachliche Barriere, weil das seine Muttersprache ist. Er ist in der Ukraine geboren, dort aufgewachsen. Er ist österreichischer Staatsbürger hat eine Kassenpraxis mit allen Kassen. Dadurch, dass er Russisch spricht, das spricht sich ja bei den Leuten untereinander herum. Genau wie die Ärztin XY, die Serbokroatin ist, die hat eine der fünfgrößten Praxen von ganz Wien. Sie hat alle diese alten Serbokroaten. Die kommen aus dem neunzehnten, aus dem zweiundzwanzigsten zu ihr. Weil dort in der Muttersprache gesprochen wird.“ (vgl. Interview Arzt A, Seiten: 5-6, Zeilen:168-187)

Auch Ärztin E ist ein Arzt bekannt, der eine fremde Sprache spricht und deshalb viele PatientInnen aus diesem Sprachkreis betreut:

„(...) es gibt glaube ich im XY Bezirk einen praktischen Arzt, der war als Kind immer in Kroatien und hat so gut Kroatisch gelernt, dass er das wirklich kann. Er hat jetzt viele, viele Kroatisch sprechende Patienten.“

(vgl. Interview Ärztin E, Seite: 6-7, Zeilen:201-204)

Ärztin O erzählt im Kontext der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen bei immigrierten PatientInnen, dass sie Türkisch sprechende PatientInnen zu einem gleichsprachigen Arzt ins Krankenhaus überweisen kann:

„(...) und manche muss ich dazu sagen da gibt es einen türkischen Facharzt im Krankenhaus und dorthin überweise ich dann direkt. Weil wozu sollen sich da die anderen plagen, wenn dort ein Türkisch Sprechender ist.“ (vgl. Interview Ärztin O, S.3, Zeilen: 78-79)

Und auf die Frage welcher Fachrichtung dieser angehört, meint die Ärztin weiter:

„Das ist ein Psychiater, ich hab aber keinen persönlichen Kontakt, das wusste ich wieder nur durch eine Patientin“ (vgl. Interview Ärztin O, S.3, Zeilen: 82-83)

Als Gründe, PatientInnen nicht zu gleichsprachigen ÄrztInnen zu überweisen, geben ein Arzt und eine Ärztin an, persönlich keine ArztInnen mit erweiterter Sprachkompetenz zu kennen und die PatientInnen aus Gründen des entgegengebrachten Vertrauens nicht zu einer fremden Person vermitteln zu wollen.

Arzt J erklärt auf die Frage, ob er aufgrund der sprachlichen Barriere PatientInnen zu anderen praktischen Ärzten überweisen würde, dass er dies nur zu bekannten KollegInnen machen würde. Die PatientInnen kommen zu ihm, weil sie ihm vertrauen, deshalb kann er sie nicht zu irgendwelchen fremden KollegInnen überweisen.

„Um ehrlich zu sein, so eine Überweisung würde ich nur zu jemand machen, den ich persönlich kenne. Nicht nur, weil der die Sprache spricht. Das kann man nicht machen. Also ich kann mir vorstellen, wenn ich jemanden kenne. Sagen wir ich habe einen indischen Kollegen und sage: hör zu, bitte sprich einmal mit diesem Patienten, da ist dieses und jenes, dann wäre das ok. Aber das könnte ja irgendein Idiot sein, den ich nicht kenne. Dann schicke ich die Leute dorthin und das ist sehr heikel. Wenn

ich jemanden zu einem Chirurgen schicke, für eine kleine Operation, da gehe ich davon aus, dass der das kann. Aber ob jemand kommunizieren kann oder nicht das hängt nicht nur von der Sprache ab.“ (vgl. Interview Arzt J, S.6, Zeilen: 196-206)

Hinzu kommt, dass Ärzte von Unstimmigkeiten unter bestimmten Bevölkerungsgruppen wissen, sich aber in diesem Bereich zu wenig auskennen um Entscheidungen bezüglich Überweisungen aufgrund der Sprachbarriere treffen zu können.

„Was ich noch nicht erwähnt habe ist, dass gerade bei türkischstämmigen Patienten. Es gibt Ärzte, die können türkisch, die sind aber teilweise Kurden und das ist dann auch wieder problematisch. Weil mein Impuls oft ist: super, dort könnte man ja hinschicken. Aber das funktioniert eben nicht gut, weil bei vielen Kurden sind Vorbehalte und Kränkungen, die freuen sie nicht, wenn Türken kommen, (...) Also ich kann mich erinnern in XY war ein Kurde, der mit uns Turnus gemacht hat, und damals hat es massive Vorbehalte gegeben, gegenüber Türken. Das war der, der am meisten geschimpft hat. Wie blöd die alle sind und wie unverschämt, ja und er kennt das eh schon, das ist einfach so ein Volk“ (vgl. Interview Ärztin E, S.19-20, Zeilen: 637-644, 649-654)

Später im Gespräch erwähnt die Ärztin den Konkurrenzkampfgedanken unter den ÄrztInnen und bezweifelt, dass Patienten einfach so abgegeben werden würden. Auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit von mehr Vernetzung unter den Ärzten um zu Türkisch oder Kroatisch Sprechenden überweisen zu können antwortet Ärztin E:

„Ja, das wäre hilfreich, wobei man natürlich nie übersehen darf, dass es auch diesen Konkurrenzkampf-Gedanken gibt. Das heißt, dass die Idee, dass alle Patienten dann woanders hingehen. Also ich weiß nicht wie das so im Kollegenkreis gesehen wird. Medizinisch betrachtet wäre es absolut sinnvoll das zu wissen. Zumindest zu wissen, wo man Leute hinschicken kann, wenn man merkt die brauchen wirklich mehr.“ (vgl. Interview Ärztin E, S.7, Zeilen: 211-217)

Die Ärztin und der Arzt der Spitäler berichten beide, dass KollegInnen mit

Fremdsprachenkenntnissen, die im gleichen Gebäude arbeiten, im Notfall bei Übersetzungen behilflich sind oder sein könnten.

Der Kinderarzt erzählt in diesem Zusammenhang:

„(...) wir haben zum Beispiel einen türkischen Kollegen in der XY-Abteilung, der auch immer wieder geholfen hat.“(vgl. Interview Arzt G, Seite 3, Zeilen 85-87)

Und die Kinderärztin meint, dass in dem Spital in Notfällen Kollegen mit Fremdsprachenkenntnissen zu Rate gezogen werden könnten:

„(...) da es verschiedene Ärzte sind, können auch manche Türkisch. Es gibt welche, die verschiedene Sprachen können. Es gibt eine Ärztin, die kann Slowenisch und in der Not, wenn es wirklich sehr dringend wäre, würde man im Haus jemanden finden, der helfen kann.“(vgl. Interview Ärztin F, Seite 3, Zeilen 93-98)

3.5. Fremdsprachenkenntnisse der befragten ÄrztInnen

Alle befragten ÄrztInnen nutzen die Englische Sprache bei der Behandlung immigrierter PatientInnen soweit dies möglich ist. Eine Ärztin spricht Portugiesisch und ein Arzt Französisch und beide haben aus diesem Grund mehr PatientInnen aus diesem oder verwandten Sprachkreisen.

Der Arzt erklärt:

„(...) ich spreche Französisch und das spricht sich natürlich in diesen Kreisen herum. Das heißt viele aus afrikanischen Ländern, wo Französisch die erste oder die zweite Sprache ist, kommen deswegen dann auch zu mir. Da gibt es natürlich kein Problem. Wenn ich nicht Französisch könnte würde ich mit denen zum Teil wahrscheinlich auch größere Verständigungsschwierigkeiten haben.“ (vgl. Interview Arzt L, S.2, Zeilen: 48-54)

Weiters erzählt er, dass auch Familienangehörige, die noch im Ausland leben seine Dienste als Arzt in Anspruch nehmen:

„(...) die kommen dann, kündigen schon an, dass der Vater, die Mutter aus Afrika endlich einmal herkommen um sich die Blutwerte anschauen zu

lassen. Diese Angehörigen sind krank (...).“ (vgl. Interview Arzt L, Seite 9, Zeilen: 271-274)

Ärztin O spricht Spanisch und Portugiesisch und wird deshalb von vielen immigrierten PatientInnen, die Spanisch oder Portugiesisch sprechen aufgesucht:

„(...) dann hab ich Portugiesen. Weil ich Portugiesisch spreche. Dann habe ich aus Südamerika etliche, weil ich durch das Portugiesisch ein bisschen mit Spanisch zukrecht komme.“ (vgl. Interview Ärztin O, Seite: 1, Zeilen: 16-18)

Aus diesem wie auch aus dem vorangegangenen Kapitel: „Überweisungen zu Kollegen mit Fremdsprachenkenntnissen“ geht hervor, dass ÄrztInnen mit Fremdsprachenkenntnissen von immigrierten PatientInnen bewusst für medizinische Betreuung gewählt werden. Die befragten Ärztinnen wissen, dass es Möglichkeiten gibt, KollegInnen mit Fremdsprachenkenntnissen ausfindig zu machen, nehmen sie aber nur selten in Anspruch und versuchen die immigrierten PatientInnen, mit denen auf keine gemeinsame Sprache ausgewichen werden kann, so gut als möglich zu betreuen.

3.6. Verständigung auf nonverbaler Ebene

Gebärden, Menschenkenntnis und Wahrnehmungen auf der Gefühls-ebene stellen für die befragten ÄrztInnen Hilfsmittel dar, um sich PatientInnen, mit denen kein sprachlicher Austausch stattfinden kann, verständlich zu machen und ihre körperlichen Beschwerden zu erfahren. Von dieser Ebene berichten im speziellen die weiblichen Ärztinnen, die in den Erzählungen über Behandlungssituationen von ImmigrantInnen immer wieder nonverbale Wahrnehmungen ihrer PatientInnen mit den Worten „ich spüre, ich empfinde“ und „ich habe das Gefühl“ beschreiben. Fünf ÄrztInnen sind sehr betroffen von der schwierigen Lebenssituation von Immigrantinnen und beschreiben, wie sie versuchen sich in deren Situation hinein zu versetzen. Durch vorhandene sprachliche Barrieren sehen sie aber keine Möglichkeit, die immigrierten PatientInnen in ihrer

schwierigen Situation zu unterstützen.

Ärztin A, sie lehnte die Aufnahme des Interviews auf Band eingehend ab, war aber mit der schriftlichen Aufzeichnung ihrer Aussagen einverstanden, zieht deutliche Parallelen zwischen der schwierigen Familiensituationen in ihrer Kindheit und der Lebenssituation von Immigrantinnen und äußert sich, wie mir scheint aus Überforderung mit den Behandlungssituationen, während des Gesprächs immer wieder abfällig über das Verhalten von Menschen türkischer Herkunft. Ihre Praxis für Allgemeinmedizin befindet sich in einem Viertel mit sehr hohem ImmigrantInnenanteil von dem sie selbst sagt:

Der Ort wird auch Türkenpark genannt, hier gibt es keine Österreicher, ich habe viel erlebt und weiß auch sehr viel. (vgl. Interview Ärztin A, S.1, Zeilen 16-18)

Im Gespräch tauchen immer wieder derartige abfällige Bemerkungen über Menschen türkischer Herkunft:

Unter den älteren Türken gibt es viel Analphabeten, sie denken sie sind hier ins gelobte Land gekommen und wollen nutznießen. Lebenstüchtige Menschen bringen es in der Türkei auch zu etwas. Die, die hier sind, sind die untere Schicht. Sie sind ausgewandert. Es fehlt ihnen an Intelligenz, sonst bringen sie es in der Türkei auch zu etwas. (vgl. Interview Ärztin A, S.2-3, Zeilen: 68-72)

Gleichzeitig zeigt sie Verständnis, findet es schade, keinen persönlichen Zugang zu türkischen ImmigrantInnen ohne Deutschkenntnisse herstellen zu können und schildert ihre Sicht der Lebenssituation von türkischen Migrantinnen wie folgt:

Die Frauen leben oft ein tragisches Leben, haben schwere Depressionen. Der Mann ist den ganzen Tag weg, kommt dann zum Essen und geht am Abend noch ins Cafe. Die Frau ist den ganzen Tag alleine. Sie darf alleine nicht weg und hat nichts außer dem türkischen Fernsehen. Sie schlucken meist Antidepressiva, haben Schlafstörungen und Panikattacken, werden geschlagen - nur bei Älteren, haben Verspannungen. Bei den türkischen PatientInnen ist die Behandlung schwer, wenn sie die Sprache nicht

beherrschen. Weil die Gefühle dann nicht äußerbar sind. Ich weiß dann nicht woran ich bin. (vgl. Interview Ärztin A, S. 3+4, Zeilen: 74-79, 119-120)

Ärztin M spricht im Gespräch zum Thema Supervision für Ärztinnen und Ärzte die emotionale Einbindung von ÄrztInnen in die Betreuung von PatientInnen dezidiert an und meint:

„Also ich habe den Eindruck, es ist insofern, vor allem unter den Frauen ein Thema. Weil wir als Frauen uns doch austauschen, dass wir doch im emotionalen Bereich viel wahrnehmen und bearbeiten und gar nicht anders können. Würde ich einfach sagen. Da ist einfach ein Stellenwert da (...) Ich hab den Eindruck, oder zumindest was mir eben auch als Information zugetragen wurde. Als ich in die Praxis ging wurde mir gesagt, dass Frauen aufpassen sollen, dass man nicht im Beruf ausbrennt. Unter dem Thema Burn Out ist die Allgemeinpraxis, da sie ja keine Grenzen hat, man sollte über Alles Bescheid wissen. Sie trägt dieses Risiko in sich und wenn man den psychosozialen Bereich dann auch noch intensiv mit bearbeitet. Dann kann man für sich selber Überforderungen inszeniert.“ (vgl. Interview Ärztin M, S.12-13, Zeilen 387-391, 405-413)

Ärztin E und Ärztin D erzählen, dass es für Sie oft spürbar ist, dass es ihren immigrierten PatientInnen nicht gut geht:

„(...) es ist oft spürbar, also so rein Hypothesen hat man ja viele warum es denen vielleicht nicht gut geht. Und das sind eher alles Tabuthemen und da gibt's ja wirklich eher die kulturellen Barrieren. Ich kann nur davon ausgehen, wenn ich in einem Land wäre, die Sprache nicht könnte und eigentlich nicht teilnehmen kann am sozialen und kulturellen Leben. Keine Ahnung wie es mir ginge, wenn meine Kinder in einer Welt groß würden die völlig anders ist als meine und ich merke, wie sie mir in einer gewissen Weise fremd werden. Auch nicht nur glücklich sind, schlechtere Chancen haben als die Kinder, die da aufwachsen. Also wenn ich mir das alles vorstelle, ist Magenweh noch das Harmloseste was man kriegen kann.“ (vgl. Interview Ärztin E, S.3, Zeilen: 88-99)

„Ja, was ich schon merke, ist bei den Ausländern, die haben eine gewisse

Entwurzelung. Sie neigen mehr zu psychosomatischen Erkrankungen. Also Magenprobleme, Depression, Bodypain so was in der Art. Wo man sich denkt, dem geht's jetzt insgesamt schlecht, weil er nicht mehr in der Heimat ist. So etwas spüre ich schon sehr oft. Auch ein paar Schwarzafrikaner hatte ich schon, die Asylwerber sind und die grundsätzlich gesunde Menschen sind und ununterbrochen irgendwas haben. Weil es ihnen nicht gut geht, weil sie einfach so verloren sind, aber die nicht wirklich krank sind.“ (vgl. Interview Ärztin D, Seite:2, Zeilen:46-50)

Arzt A betont die Relevanz der persönlichen Zuwendung zu den PatientInnen um Heilungserfolge zu erzielen und äußert seinen Unmut über die laufende Entpersönlichung der Medizin. Er beschreibt wie folgt:
„Das heißt, die persönliche Zuwendung, (...) Ob ich mit dem auf Englisch, Türkisch oder auf Suaheli rede, das muss ich ja nicht unbedingt können. Ich muss einmal auf den Menschen zugehen, ihm einmal die Hand geben. Nicht mit sechs Handschuhen, weil der könnte ja eine Infektion haben. Sondern die Hand geben und ins Gesicht schauen, anschauen, die menschliche Zuwendung bringt 50% des Therapieerfolges.“(vgl. Interview Arzt A, Seiten:14-15, Zeilen:171-178)

Die Kinderärztin des Spitals berichtet, sie hat bei der Behandlung von Babys oder Kleinstkindern sehr oft mit sprachlosen PatientInnen zu tun und muss deshalb gezielt auf andere Hinweise achten. Trotzdem müssen Fragen wie, hat das Kind Durchfall oder trinkt es genug, abgeklärt werden und wenn die Zeichensprache an ihre Grenzen stößt ist auch in diesen Behandlungen eine Übersetzung notwendig:

„Also es ist natürlich, in der Kinderheilkunde, hat man oft mit einem sprachlosen Patienten zu tun. Das Kind spricht sowieso nicht oder erst später, sodass man als Kinderarzt sicher mehr auf andere Reaktionen achtet und nicht das Sprechen ganz etwas Bedeutsames ist. Es ist aber natürlich trotzdem wichtig zu wissen, ob das Kind gebrochen hat, Durchfall hat und ob es brav trinkt. Also teilweise kann man das mit Pantomime machen. Also wenn es etwas Schwieriges ist zu erklären, dann bitte ich sie schon, dass sie jemanden zum Übersetzen mitbringen.“ (vgl. Interview

Zu schwer zu deutenden Begriffen werden Harnabgabe, Durchfall und Krankenstand gezählt, wobei sich ÄrztInnen die mehr Migrantinnen in ihrer Praxis betreuen schon den einen oder anderen Begriff in der Fremdsprache angeeignet haben.

Ärztin D, sie betreut nur vereinzelt PatientInnen mit Migrationshintergrund, beschreibt welche Worte in fremden Sprachen die medizinischen Behandlung einfacher gestalten könnten:

„(...) also Schmerz. Ich müsste es zusammenstellen oder Fieber, Erbrechen, Durchfall, das sind so die wichtigen Worte. Die sind so schwer, die sind manchmal sehr schwer mit Gebärdensprache.

Hals, ist ganz einfach eigentlich, das Erbrechen, Husten, dass ist alles nicht so schwierig. Aber Durchfall oder Harnabgabe ist wahnsinnig schwer zu zeigen.“(vgl. Interview Ärztin D, Seite:6, Zeilen: 186-193)

Dieselbe Ärztin beschreibt ein Beispiel für ihre Möglichkeiten sprachloser Behandlung und nennt Grenzen, an die sie bei ebengenannter stößt:

„(...) ich habe das schon mit einer Frau gehabt, die glaub ich kann fast gar kein Deutsch und eine andere Frau, eine Inderin. Die habe ich jetzt gerade neu bekommen. Sie ist operiert worden und wollte nur die Wundversorgung. Das war überhaupt kein Problem. Sie hat mir den Zettel gezeigt, was gemacht worden ist und hat dorthin gezeigt und ich habe es gewechselt. Also das war nicht schwierig.

(...) Ein paar Worte in der Sprache wären für mich hilfreich. Manchmal muss ich sagen: da haben sie einen Becher bitte gehen sie auf die Toilette und geben sie mir einen Harn. Das ist wirklich schwer auszudrücken. Der bekommt einen Becher in die Hand, ich schicke ihn hinaus, der hat keine Ahnung was er damit tun soll. Durchfall ist auch ein Wort das sich schwierig zeigen lässt. Das versteht er auch nicht.“(vgl. Interview Ärztin D, Seiten:6-7, Zeilen:199-211)

Die Gespräche mit den ÄrztInnen machen deutlich, dass medizinische Versorgung, bei der fast ausschließlich nonverbal oder in Laienübersetzung kommuniziert wird, die medizinische Behandlung von Immi-

grantInnen auf die Teilwissenschaften der Medizin, vor allem auf die Chemie, Physik, Biologie und Pharmazie beschränken und die Gefahr von Missverständnissen besteht. (vgl. Zimmermann 2000) ÄrztInnen nehmen zwar das psychosoziale Mißempfinden ihrer PatientInnen wahr, können aber durch vorhandene Sprachbarrieren den persönlichen Zugang zu ihren PatientInnen nicht vertiefen und somit die Funktion der Medizin als soziale Institution nicht wahrnehmen.

4. Medizin und Kultur

Gesundheit und Krankheit haben nicht immer und überall gleiche Bedeutungen, denn in jeden Körper ist Kultur mit eingeschrieben, so dass Krankheit nicht nur ein biologisches Faktum basierend auf Dysfunktionen von Körperteilen ist, sondern vielmehr ein breites Geflecht auch philosophischer Vorstellungen über einen Bestzustand, der dann persönlich als Gesundheit wahrgenommen wird. (vgl. Greifeld 1995) Medizinische Probleme manifestieren sich auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene. Die kulturellen Bedeutungssysteme, die Kulturteilnehmer gebrauchen um mit Krankheit umgehen zu können, überspannen die drei genannten Ebenen und beeinflussen somit den körperlichen Prozess, die individuellen Erfahrungen und das Wissen der Regeln im Umgang mit Gesundheitsproblemen. (vgl. Binder-Fritz 1997)

Bei der Anwendung dieses Wissens im praktischen Alltag und der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen ist Vorsicht geboten, um nicht zu Stereotypisierungen beizutragen. In der Literatur wird der Schlüsselfaktor bei der täglichen Arbeit mit ImmigrantInnen als transkulturelle Kompetenz bezeichnet. Dieser Begriff sieht von einer Wahrnehmung vieler nebeneinander existierender Kulturen oder von Kulturen, die gänzlich aufeinanderprallen ab und beschreibt das über die kulturellen Grenzen Hinausgehende, ebenso wie das Hindurchgehende und sich dadurch auch Vermischende. Kultur ist ein nicht abgeschlossenes System, ein Bedeutungsgewebe, das Menschen immer neu weben, neu deuten und in das sie selbst auch verstrickt sind. (Geertz 1999)

Transkulturelle Kompetenz ist somit die Fähigkeit individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen und angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Eine transkulturelle Betreuung von PatientInnen sollte die Auseinandersetzung mit dem eigenen soziokulturellen Hintergrund fördern, die Interaktion mit den PatientInnen und nicht die Kultur ins Zentrum stellen und von einem Blick von außen auf das Fremde absehen. (vgl. Domenig 1999) Dies soll nicht die Wichtigkeit von Hintergrundwissen über spezifische, soziokulturell geprägte Bedeutungszusammenhänge, wie z.B.: über spezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte oder über die verschiedenen

Gesundheitssysteme in Frage stellen. Dabei soll aber berücksichtigt werden, dass solche soziokulturellen Hintergründe meist nicht bestimmten Kulturen zugeordnet werden können, sondern vielmehr mit dem Übergang von sogenannt traditionell organisierten hin zu industrialisierten Gesellschaften und städtischen Lebensformen in Zusammenhang stehen. Hier ist auch zu bedenken, dass Lebensformen immer wieder Abwandlungen und Neuformierungen unterworfen sind. Hintergrundwissen kann den Weg führen, aber die Geschichte der ImmigrantInnen über ihre Migrationserfahrung und über die durch ihre Migration gewandelten Konzepte nicht ersetzen. (vgl. Domenig 2001) Dies bedeutet, dass die Betreuung von ImmigrantInnen den Arzt gezielt dazu auffordert, den Menschen und nicht nur die Krankheit wahrzunehmen und zu behandeln. Es gilt also nicht einen Stereotyp ImmigrantIn zu schaffen und PatientInnen bezüglich ihrer kulturellen Herkunft zu kategorisieren, sondern Personen individuell in ihrem soziokulturellen Kontext zu erfassen, um mögliche Krankheitsursachen mit den PatientInnen zu erkennen. Domenig beschreibt das Konzept der transkulturellen Kompetenz als Teil jeglichen professionellen Handelns, das auf Selbstreflexion, Empathie, Erfahrung und Hintergrundwissen gründet. Sie weist darauf hin, dass nicht nur Krankheitsprozesse von ImmigrantInnen lebensweltliche und soziokulturelle Anteile aufweisen, sondern auch PatientInnen ohne Migrationshintergrund von einer situations- und kontextbezogenen Ausrichtung im Behandlungsprozess und einer flexiblen angepassten Behandlung im Einklang mit der individuellen Lebenswelt und der eigenen Sicht auf persönliches und soziales Leiden profitieren. (vgl. Domenig 2001) Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen nicht kulturspezifische Ansätze, die womöglich Stereotypisierung begünstigen könnten, sondern das Erfassen von individuellen Lebenswelten in besonderen Situationen und unterschiedlichen Kontexten um daraus entsprechende Handlungsweisen abzuleiten.

Der Psychiater und Medizinanthropologe Arthur Kleinman unterstreicht die Wichtigkeit der PatientInnen Perspektive auf das individuelle Kranksein, welches physische, psychische, soziale und kulturelle Faktoren mit einschließt. Er unterscheidet zwischen „Krankheit“, der medizinisch definierten Perspektive des Arztes und der subjektiven Perspektive der

PatientInnen „Kranksein“. Demnach treffen im Behandlungsprozess generell zwei unterschiedliche Krankheitsperspektiven aufeinander. Einerseits die biomedizinische, naturwissenschaftliche auf Seiten des Arztes, von außen gerichtet, andererseits die individuelle, sozial und kulturell geprägte auf Seiten der PatientInnen. Meist setzt sich leider nur das institutionalisierte Erklärungsmodell des Arztes durch, da PatientInnen ihre Perspektive nur teilweise äußern können. Wenn Fachpersonen jedoch bereit sind, der Perspektive der PatientInnen den notwendigen Raum zu geben und die Behandlung dementsprechend auch anzupassen, scheint die Behandlung durch die größere Akzeptanz und Kooperation der PatientInnen zu besseren Resultaten zu führen. (vgl. Kleinman 1980)

Inwiefern diese Ansätze in der praktizierten Allgemeinmedizin in Österreich umsetzbar sind, galt es für mich zu erfassen. Und wird im Weiteren dargelegt.

4.1. Beachtung des kulturellen Hintergrundes bei der medizinischen Versorgung

Arzt P nimmt die unterschiedliche kulturelle Zugehörigkeit seinerseits und auf Seiten der PatientInnen, neben der Sprache als eine weitere Barriere wahr, die zwischen den PatientInnen und dem Arzt steht. Er beschreibt dies wie folgt:

„(...) das ist dann einfach nur eine Erschwerung der Erkenntnisse, genauso wie man halt sonst auf einem Auge blind ist oder man keinen Tastsinn hat oder nichts riecht oder schlecht sieht. Man hat hier mehr oder weniger eine weitere Scheibe dazwischen, die das Ganze etwas schwieriger macht.“ (vgl. Interview Arzt P, S.9, Zeilen: 286-289)

Bis auf zwei der befragten Ärztinnen schienen sich alle über die Thematik transkultureller Kompetenz, angeregt durch Literatur oder eigene Erfahrungen, bereits Gedanken gemacht zu haben. Trotzdem finden eingehende Gespräche über persönliches Krankheitsverstehen und Heilungsvorstellungen kaum Platz (siehe auch Kapitel 5.). Fünf sehen darin keine Notwendigkeit und haben zudem Bedenken den kulturellen

Hintergrund zu beachten, denn dies könnte diskriminierend wirken. Von ihrer Seite wird immer wieder betont, dass alle Menschen gleich behandelt werden und die Herkunft der PatientInnen bei der Behandlung nicht beachtet wird. Andere ÄrztInnen berichten, dass sie sehr wohl die Notwendigkeit erkennen die PatientInnen in ihrem persönlichen Umfeld und mit ihrer speziellen Herkunftsgeschichte wahrzunehmen, fühlen sich aber durch fehlende zeitliche und praktische Ressourcen in ihrer Handlungsweise stark eingeschränkt. Um sich eingehender mit der persönlichen Krankheitswahrnehmung und dem soziokulturellen Umfeld ihrer PatientInnen auseinandersetzen zu können, bräuchten die ÄrztInnen hauptsächlich Zeit, die in diesem Gesundheitssystem selten ausreichend vorhanden ist. Dieser Thematik wird im nächsten Kapitel noch ausführlicher Raum gegeben.

Sechs der befragten ÄrztInnen sind davon überzeugt, dass der Mensch in seiner Ganzheit erfasst werden muss um als ÄrztInnen hilfreich tätig sein zu können und versuchen dies, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen umzusetzen. Ärztin M beschreibt ihr Engagement hinsichtlich der ganzheitlichen Betreuung ihrer PatientInnen wie folgt:

„(...) Der Patient mit Migrationshintergrund konnte recht gut Englisch. Rechtliche Grundlagen, allgemeine Versorgung aber auch das psychosoziale Umfeld war bei dem Patienten wichtig. Also für mich war von Anfang an selbstverständlich, dass der psychosoziale Raum für den Menschen eine Gegebenheit ist, mit dem ich mich neben der krankheitsorientierten Universitären Ausbildung auf jeden Fall auseinandersetze. Das auch wahrnehme und ich habe mich dann auch fortgebildet mit den diversen Diplomen. (vgl. Interview Ärztin M, S.3, Zeilen: 75-84)

Arzt I äußert Bedenken hinsichtlich des Entstehens von Vorurteilen, seitens der ÄrztInnen durch die genauere Beschäftigung mit anderen Kulturen und meint, dass dies für ihn in seiner Arbeit keine Erleichterung bringen würde, da er sowieso jeden Fall einzeln aufarbeiten müsse:

“(...) aber die Schwierigkeit die ich habe, ist, dass ja durchaus sehr viele Facetten eines Menschen möglich sind. Auch derjenigen, die aus dem gleichen Kulturkreis kommen. Das heißt es ist für mich keine extreme

Erleichterung, weil ich muss ja sowieso jeden Fall wieder einzeln aufarbeiten. Da bringen mir solche kulturellen Inputs bestens Vorurteile.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite:11, Zeilen:361-167)

Im weiteren Gespräch beschreibt er dann ein Missverständnis aufgrund von unterschiedlichen religiösen Auffassungen bei der Behandlung eines türkischen Patienten und macht deutlich, dass ein Wissen um praktizierte Traditionen und Lebensweisen bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen hilfreich sein kann. Der Arzt hat Interesse an den gelebten Traditionen der immigrierten PatientInnen, denn er sucht in Gesprächen mit ihnen sein Wissen darüber zu erweitern. Das folgende Zitat soll dies verdeutlichen. Er antwortet auf die Frage, inwiefern er den kulturellen Hintergrund seiner PatientInnen in die medizinische Behandlung mit ein bezieht:

„Nur dann wenn ich das Gefühl habe, dass es dort an irgendetwas liegt. Ich erinnere mich zum Beispiel, mit einem sehr großen Fokus an einen Patienten, den ich zu einem Magenröntgen geschickt habe, und nach vierzehn Tagen noch immer diese Beschwerden da waren und er nicht zum Magenröntgen gegangen ist. Ich habe mich dann irrsinnig geärgert, weil ich mir gedacht habe, das könnte ein Magengeschwür sein. Dann bin ich aber draufgekommen, er ist Mohammedaner und es war gerade diese Fastenzeit, wo sie untertags nichts essen dürfen. Da die Röntgenologen nur untertags offen haben, war das eine Unmöglichkeit für ihn das zu machen. Wobei ich dann noch mit einem anderen Mohammedaner gesprochen hab, der mir gesagt hat, dass das ja gar nicht richtig ist. Er hätte das ohne weiteres schlucken können. Ich meine da kann ich keinen Ratschlag geben, wäre das irgendein anderer Kulturraum gewesen, dann hätte ich ihm erklären können dass er das darf. Aber ich wusste nicht warum er das so verweigert. Da gibt es schon eine ganze Reihe von Missverständnissen, einfach aus einer anderen Sozialisierung heraus. Nur das werden sie auch nie verhindern können, dass es solche Irrtümer oder solche Dinge gibt.“(vgl. Interview Arzt I, S.5-6, Zeilen: 169-188)

Im späteren Teil des Interviews beschreibt der Arzt sein gezieltes Vorgehen um der Persönlichkeit jedes Menschen und seinem sozialen

Umfeld gerecht zu werden:

„So wie ich fast mit allem umgehe. Nachdem die Menschen nie alle gleich sind, nur die Probleme sind manchmal die gleichen, die sie haben. Ich gehe problemzentriert vor, das heißt sie kommen mit der Präsentation irgendeines Symptoms zu mir, man versucht an dem Symptom zu arbeiten und versucht dann ein bisschen rechts und links den Hintergrund aufzumachen. Zu schauen, dass man zu dem kommt was man tragendes Arzt - Patienten Verhältnis nennt. Aber das ist ja nicht etwas was sofort passiert sondern das ist durch längeren Kontakt gegeben. Und ob es zu solchen längeren Kontakten kommt, hängt also meist auch vom Patienten ab, ob er wieder kommt.“(vgl. Interview Arzt I, Seite 9, Zeilen:277-287)

Acht weitere Ärzte erwähnen die Relevanz der Religionszugehörigkeit ihrer PatientInnen im Bezug auf medizinische Untersuchungen und Medikamenteneinnahmen. Sie nehmen unterschiedliche Handhabungen ihrer PatientInnen bezüglich der Regeln des Korans wahr. Ärztin N erklärt auf die Frage nach der größten Herausforderung bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen, dass ihre Kenntnisse über die Kulturen zu gering sind, sie zwar weiß, dass für kranke Menschen Ausnahmestimmungen bezüglich des Ramadan gelten, aber nicht immer klar ist, ab wann man als krank gilt und der Betreffende das sehr wohl anders sieht als der Arzt. (vgl. Interview Ärztin N, S.7-8, Zeilen 235-241)

In Gesprächen mit immigrierten PatientInnen, die gut Deutsch sprechen, wird von Ärztin M ihr Wissen über die Handhabungen im Ramadan erweitert:

„(...)also das was mich am meisten betroffen hat als Ärztin, war der Ramadan, in der Zeit, wo also die Moslems nichts zu sich nehmen. Dass ich da einfach einmal einen Durchblick bekommen musste. Bezüglich Medikamenteneinnahme, bezüglich einfach medizinischer Versorgung und eben Ernährung, essen und trinken. Das war mir am Anfang gar nicht klar und bewusst. Ich habe das dann bei einer islamischen Studentin, die bei mir in der Praxis war, dann einfach auch nachgefragt, ob sie was isst und trinkt. Nein, hat sie gesagt, den ganzen Tag nichts erst am Abend. Also da war ein dazu lernen einfach notwendig“. (vgl. interview Ärztin M, S.2,

Zeilen: 49-58)

Ein Arzt betont besonders die kulturelle Herkunft eines Patienten bei der Behandlung nicht zu beachten um Diskriminierungen keinen Raum zu bieten, äußert sich aber im selben Satz sehr abfällig über schwarzafrikanische PatientInnen. Ich persönlich hatte den Eindruck, dass der betroffene Arzt sich selbst nicht im Klaren war, welche diskriminierende, herabsetzende Aussage er tätigt. Trotzdem stellt sich für mich die Frage, wie respektvoll er Menschen schwarzafrikanischer Herkunft begegnet, wenn er derartige Bezeichnungen verwendet:

„(...) das spielt ich nicht, weil für mich Patient, Patient ist, mir ist das egal ob der grün, gelb, blau, schwarz, dunkel oder hell oder was auch immer für mich zählt der Mensch wie er ist. (...) Ich schaue mir den Menschen an, rede mit ihm und fertig. Mir ist das egal ob das ein Indianer oder ein Ganzkörpermelanom ist, heißt, Melanom ist ein dunkler Hautkrebs, falls sie das nicht wissen, Ganzkörpermelanom heißt bei mir Neger.“ (vgl. Interview Arzt B, S.4, Zeilen: 110-112, 116-119)

Diese Aussage scheint mir wichtig in dieser Arbeit zu erwähnen, weil sie zeigt wie unbewusst Vorurteile gehandhabt werden können und eine Selbstreflexion im Migrationskontext eine wichtige Rolle spielt. Die selbstreflexive Hinterfragung eigener Wertvorstellungen und Sichtweisen erlaubt es, die eigenen Vorurteile und Annahmen zu erkennen um sich infolgedessen möglichst ohne Vorurteile mit dem sogenannten Fremden auseinanderzusetzen. (vgl. Domenig 2001)

Das folgende Zitat von Ärztin M soll zeigen, dass die Begegnung mit Menschen aus anderen Ländern Unbekanntes mit sich bringt und von ÄrztInnen Offenheit und Respekt den Menschen gegenüber gefordert ist. Die Ärztin erzählt, dass die medizinische Versorgung von Schwarzafrikanern eine neue Herausforderung für sie darstellte. Leider führt sie diese Aussage nicht genauer aus um ihre Aussage genau zu begründen.

Sie erzählt:

„(...) dass ein respektvolles Umgehen wichtig ist (...) das ist absolut wichtig. Eine Offenheit anderen Kulturen gegenüber. Mir fallen dazu die

Schwarzafrikaner ein, die ich phasenweise in größeren Mengen auch hatte. Je nachdem wie die Leute gekommen sind, auch eine neue Erfahrung mit Schwarzafrikanern umzugehen.

(...) die meiste neue Erfahrung für mich war einfach der afrikanische Raum, also die Schwarzafrikaner, die in größeren Zahlen in der Praxis aufgetaucht sind. Das war für mich neu und anders und ein Lernprozess.
“(vgl. Interview Ärztin M, Seiten 2-3, Zeilen 68-74)

Alle befragten ÄrztInnen nehmen eine kulturelle Barriere im Zugang zu ihren immigrierten PatientInnen wahr. Aus ihren Aussagen geht hervor, dass die Herausforderung bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen darin besteht, den kulturellen Hintergrund wahrzunehmen und sich auch dafür zu interessieren um in nötigen Fällen das Wissen um Traditionen und Lebensweisen einsetzen zu können, den Menschen aber nicht auf seine Herkunft zu reduzieren und zu schablonisieren. Weiters scheint es bei der medizinischen Betreuung von Menschen verschiedener Herkunft nicht darum zu gehen Unterschieden keine Beachtung zu schenken und so zu tun als wäre die Betreuung von PatientInnen aus anderen Ländern keine neue Herausforderung. Sondern diese anzunehmen, die Menschen zu respektieren und sich selbst in den eigenen Handlungsweisen bewusst beobachten um einen respektvollen Umgang mit allen Menschen zu ermöglichen. Denn Sympathie wie auch Antipathie sind in jeder Begegnung mit Menschen Bestandteil und können bewusst reflektiert werden.

4.1.1. Ernährungsgewohnheiten und Diabetes

Drei der befragten ÄrztInnen der Allgemeinmedizin und beide KinderärztInnen sehen ein Problem in den unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten von immigrierten und österreichischen PatientInnen. Im speziellen wird hier Diabetes II angesprochen, der in der Behandlung unter anderem einer Ernährungsumstellung bedarf. Zur Erklärung der zu treffenden Maßnahmen, um die medikamentöse Behandlung zu ergänzen und eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, stehen den

ÄrztInnen Informationsbroschüren zur Verfügung. Leider erscheinen diese nur in deutscher Sprache und sind auf die Ernährungsgewohnheiten von ÖsterreicherInnen abgestimmt. Die Frage, was man bräuchte, um zugewanderte PatientInnen mit Diabetes besser zu betreuen, beantwortet Interviewpartnerin N mit: Kochbücher, die die jeweiligen kulturell geprägten Eßgewohnheiten berücksichtigen. Sie habe zwar Ernährungsbroschüren mit Ernährungsanweisungen den Diabetes betreffend, die aber immigrierten Diabetes - PatientInnen meist keine Hilfestellung leisten können:

„Kochbücher (...), und ich gebe natürlich auch Broschüren mit. Aber diese Broschüren enthalten nur was die österreichische Küche und nicht was die ausländische Küche bietet. Wenn ich einem türkischen Patienten meine Broschüre in die Hand gebe und er das sowieso nie isst, weil er andere Sachen isst, dann ist das nicht so hilfreich. Es sind Menüpläne drinnen, aber das ist alles auf die österreichische Küche bezogen.“ (vgl. Interview Ärztin N, S.8-9, Zeilen: 269-275)

B: „(...) ich habe einen Patienten in die XY-Stiftung geschickt, weil ich gemerkt habe, dass das mit der Diätberatung bei mir nicht funktioniert. Ein zuckerkranker Patient. Er kam auch wirklich dort in ein Setting, wurde dort sozusagen beraten. Der Sohn hat mir dann erzählt, der Vater hat nichts verstanden. Was man aber am Zucker auch merkt, weil er nach wie vor schlecht eingestellt ist.

VK: Und er hat dort auch nichts verstanden?

B: Nein, er hat dort auch nichts verstanden, obwohl ich mir von dort mehr erwartet habe.

VK: Also sie haben ihn dorthin überwiesen?

B: Ja, dort war er wirklich in einer Schulung, aber er hat auch diese Schulung nicht verstanden.

VK: Weil die nur auf Deutsch war?

B: Ja.

VK: Und er hat trotzdem dran teilgenommen?

B: Ja, er hat teilgenommen.

VK: Komisch oder?

B: Er konnte nichts umsetzen.

VK: Was gäbe es für eine Möglichkeit, dass man das Problem löst?

B: Es gäbe dort meines Wissens sogar einen Türkisch sprechenden Dolmetsch. Aus diesem Grund wurde er von mir dorthin überwiesen. Der wurde aber nicht hinzugezogen.

VK: Wird sich da dann zu wenig drum gekümmert?

B: Das kann ich nicht sagen, das kann ich nicht wirklich beurteilen.

VK: Glauben sie, dass von den Patienten selber zu wenig Engagement da ist, oder wie sehen Sie das?

B: Also bei diesem Patienten ärgert mich zum Beispiel, dass er schon Jahrzehnte in Österreich lebt, alle Kinder perfekt Deutsch können, alle Kinder einen Beruf ausüben, (...) er spricht überhaupt kein Wort Deutsch.“ (vgl. Interview Ärztin N, S.2, Zeilen: 43-73)

Sie erzählt von einem türkischen Diabetes – Patienten, den sie nach erfolgloser Behandlung bei Diabetes ihrerseits, zu einer Diätschulung in ein Spital, das auch Dolmetschdienste anbietet, überwiesen hat. Die Gesprächssequenz zeigt, dass in diesem Fall die Kommunikation zwischen den Institutionen nicht funktioniert hat, denn der Dolmetschdienst wurde von dem Spital nicht hinzugezogen, und der Patient konnte die Diabetesschulung nicht für sich nutzen. Weiters erkennt man, dass es Engagementbereitschaft der Ärztin bedarf, um konstruktive Vernetzung zu ermöglichen. Die Ärztin scheint im Verhalten des Patienten - er ist schon Jahrzehnte in Österreich und spricht trotzdem kein Deutsch - kein Engagement zu erkennen und ist deshalb auch nicht sehr motiviert, sich eingehender für das Funktionieren der Schulungsmaßnahmen einzusetzen. Mehrsprachige Informationsbroschüren, abgestimmt auf die Ernährungsgewohnheiten bestimmter Bevölkerungsgruppen, könnten laut dieser Ärztin in solchen Fällen eine Unterstützung bieten, sofern sie den PatientInnen zugänglich gemacht werden.

Einer der befragten Ärzte bietet in seiner Praxis die Zusammenarbeit mit einer Ernährungswissenschaftlerin und die Erstellung eines Ernährungsprotokolls an. Er erzählt, dass ernährungsbedingte Probleme generell zunehmen und er zwei immigrierte Familien betreut, deren Eltern er von einer Ernährungsumstellung nicht überzeugen konnte und die zu seinem großen Bedauern viele Komplikationen bis hin zur Niereninsuffizienz erleiden müssen. Zu den Gesprächen wurden auch die Kinder der

Betroffenen hinzugezogen, doch die Erklärungen des Arztes wurden nicht angenommen.

„(...) weil sie haben nicht verstanden wozu das gut sein soll, wenn man das Normalgewicht anstrebt. Sie waren der Meinung, dick sein ist viel besser. Was wir uns gar nicht vorstellen können. (...) Es waren hier Gespräche mit den Kindern und den Eltern und mit mir und dabei ist das herausgekommen. Für mich schaut es dann so aus: wenn dann meine Behandlung nichts nützt, dann überweise ich die Patienten in die Ambulanz, ins AKH. Dort hat es aber auch nichts genützt. Dort wurden sie auch nur medikalisiert. Und wenn man aber Ernährungsmaßnahmen nicht trifft bei Diabetes, und Medikamente und Insulin nimmt, dann wird man immer dicker, und dann nehmen die Probleme zu.“ (vgl. Interview Arzt H, S.4, Zeilen: 115-118, 127-134)

In Österreich wurde im Zuge der Erstellung des Österreichischen Diabetesplanes darauf hingewiesen, dass ImmigrantInnen und armutsgefährdete Personen mit Diabetes nicht ausreichend versorgt werden. Der österreichische Diabetesbericht belegt, dass die Diabetesprävalenz in einkommensschwachen Wiener Gemeindebezirken besonders hoch ist und dennoch konnten im Zuge der Fragebogenerhebung keine speziellen Angebote für sozial benachteiligte Gruppen im Bereich Diabetes II identifiziert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen plant eine Erhebung von speziellen Angeboten für ImmigrantInnen in österreichischen Krankenhäusern durchzuführen, um mittels einer österreichweiten Ist – Zustandserhebung zu einer besseren Vernetzung der Angebote beizutragen. (vgl. Gollner/Haas/Kopp/Lehner/Pichlbauer/Schnabl/Unger 2005)

Als erfolgreiches Beispiel für funktionierende Betreuung von an Diabetes II erkrankten ImmigrantInnen kann der Verein „Diabetes und Migranten“ in Hamburg Wilhelmsburg erwähnt werden. Der Internist und Diabetologe Bernd Kalvelage beschreibt die Arbeit mit den PatientInnen wie folgt: Je komplexer der Sachverhalt ist, der besprochen wird, je differenzierter die Gerätetechnik, die beherrscht werden muss und je geringer die Vorbildung und Information der PatientInnen, umso intensiver,

didaktisch geschickter und geduldiger muss überwiegend in Einzelgesprächen zugehört und erklärt werden. Bei ausländischen PatientInnen sind dolmetschende erwachsene Familienangehörige dabei unverzichtbar, selbst wenn eine zweisprachig befähigte MitarbeiterIn anwesend ist, denn Kinder sind der Kompliziertheit der modernen Diabetologie meist nicht gewachsen. Diese Behandlungen sind sehr aufwändig oft für beide Seiten mit erheblichen Frustrationen verbunden. Deshalb wurde versucht für die Gruppe der türkischen PatientInnen, die in Wilhelmsburg vorrangig durch das diabetologische Netzwerk fallen, eine „strukturierte Diabetes Basisschulung in türkischer Sprache“ anzubieten. Der Arzt schreibt, dass die Ergebnisse dieser Schulung deutlich positive Effekte und Nutzen für die geschulten PatientInnen zeigen. (vgl. Kalvelage 2003)

4.1.2. Vertrauensverhältnis ÄrztIn-PatientIn

Neben Sprachbarrieren können auch unterschiedliche Vorstellungen – in Bezug auf die Beziehungsgestaltung und den Vertrauensbildungsprozess in einem professionellen Kontext - Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund erschweren. Hier kann transkulturelle Kompetenz Unterstützung bieten, wie das folgende Beispiel verdeutlicht. MigrantInnen aus soziozentrierten Kontexten gestalten Beziehungen zu Fachpersonen oft ähnlich einer familiären Bindung, deshalb ist für eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gegenseitiges familiäres Vertrauen oft Voraussetzung. Im Unterschied dazu setzen Fachpersonen meist auf einen sogenannten problemzentrierten Beziehungsansatz, der eine gewisse professionelle Distanz zu den PatientInnen impliziert. Eine Möglichkeit, um eine vertrauensvolle Beziehung zu ImmigrantInnen herzustellen, würde bedeuten vom erlernten Nähe-Distanz Verhältnis Abstand zu nehmen und sich auf familiäre vertrauensbildende Gespräche einzulassen. (vgl. Domenig 2003) Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf beschreibt das Adaptieren von westlichen Methoden auf ein transkulturelles Setting im Zusammenhang der Begrüßungssituation von

immigrierten PatientInnen. Den PatientInnen wird etwas zu trinken angeboten und die Personen stellen sich gegenseitig vor. (vgl. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf)

Auch Interviewpartnerin E – sie arbeitete selbst ein Jahr als Ärztin in Indien – erzählt im Gespräch, dass sie sich vorstellen kann, durch Begrüßungsrituale die persönliche Begegnung und Vertrauensbildung mit ImmigrantInnen zu unterstützen. Sie erkennt bei immigrierten PatientInnen eine Erschwernis im Vertrauensbildungsprozess durch die unterschiedliche kulturelle Zugehörigkeit ihrerseits und auf Seiten der PatientInnen und schildert als Beispiel unterschiedliche Auffassungen über Gesten der Freundlichkeit. Sie meint, ihr fehle das Wissen, was man tun müsste, um einen persönlichen Zugang zu den immigrierten PatientInnen zu bekommen. Wie ich später noch zeigen werde, fällt ihr der Zugang zu InderInnen auf Grund ihres langen Aufenthaltes in diesem Land leichter als zu ImmigrantInnen aus anderen Ländern.

„(...) ich glaube, dass das noch weiter geht. Ich müsste die Kultur auch besser kennen um einen Zugang zu bekommen. Weil dass sich jemand öffnet und dir solche Sachen erzählt, da musst du irgendwie eine Basis schaffen und das ist sehr viel schwerer. Also möglicherweise würde es mit einem super Dolmetscher gelingen, der vielleicht seinerseits oder die ihrerseits dazu etwas tut. Es kommt ja dazu, dass es oft spürbar ist, also so rein Hypothesen hat man ja viele, warum es denen vielleicht auch nicht gut geht. Und dass sind eher alles Tabuthemen und da gibt's ja wirklich eher die kulturellen Barrieren. (...) das Vertrauen fehlt und es fehlt mir auch die Möglichkeit das aufzubauen, das muss ich echt sagen, obwohl ich das gerne hätte (...). Ich glaube schon, dass es Dinge gibt von denen man weiß, in unserer Kultur, das wird sofort als freundlich ausgelegt. Das schafft eine gute Stimmung. Das ist einfach schwieriger, wenn Leute aus einer anderen Kultur kommen. Da fehlt mir das Wissen, was man tun müsste. Vielleicht wäre alles ganz anders, wenn alle einen Tee bekommen würden. Und das wäre noch ganz einfach, aber man müsste es wissen.“
(vgl. Interview Ärztin E, Seiten 4-5, Zeilen: 132-142)

In ebengenannten Fällen könnten Community Interpreter, deren Berufsbild

in Kapitel 4. beschrieben wurde, unterstützende Hilfe leisten, um zwischen ArztInnen und PatientInnen sprachlich und kulturell zu vermitteln.

Auch Arzt I erkennt eine kulturelle Barriere im Hinblick auf die Verständigung durch Gesten und nonverbale Botschaften und eine Erschwernis des Vertrauensbildungsprozesses. Folgendes Zitat stammt aus dem Gespräch über eine ältere immigrierte Patientin aus Indien, mit der der Arzt keine Kommunikationsebene findet:

„(...) ich versteh die Kultur nicht so gut, um die nonverbalen Botschaften genau zu interpretieren. Darum verstehe ich sie nicht genau. Ich sehe das Problem und das ist vielschichtig in der fremden Kultur und ich weiß nicht, wie es in der Familie ist. Das weiß ich alles nicht, das wird nicht kommuniziert. Deshalb verstehe ich das nicht. (...) Wenn ich die Leute nicht verstehe, dann haben sie auch sicher das Gefühl, dass sie nicht verstanden werden und dann ist es schwer Vertrauen zu haben. Wenn ich jemanden begreife, auch wenn er anders ist. Ich meine das ist nicht der Punkt. Mich einfühlen und Motivation erkennen kann. Bei manchen von den Indern habe ich schon das Gefühl, dass sie mir vertrauen.“(vgl. Interview Arzt I, Seite:2, Zeilen:52-57)

Kulturspezifische Handlungsweisen wie zum Beispiel Gesten der Freundlichkeit können in der zwischenmenschlichen Begegnung zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen. Arzt G beschreibt seine Wahrnehmung von kulturspezifischen Gesten und daraus resultierenden Missverständnissen wie folgt:

„Es gibt eindeutige Barrieren, es gibt zum Beispiel die verweigerte ausgestreckte Hand, die von manchen türkischen Frauen nicht genommen wird. Weil sie offensichtlich aus religiösen Gründen einem fremden Mann nicht die Hand geben dürfen. Das ist zum Beispiel eine absolute Barriere, wo ich immer wieder völlig verduzt bin, schon Verständnis aufbringen kann, aber das ist der Gipfel wo Gesten missverstanden, will ich jetzt gar nicht sagen, aber zurückgewiesen werden.“(vgl. Interview Arzt G, S.6, Zeilen: 180-187)

Dem Arzt sind die Hintergründe für das Verhalten seiner immigrierten PatientInnen bewusst, er respektiert sie und ist trotzdem immer wieder überrascht über derartiges Zurückweisen seiner Geste der Begrüßung. Ein Wissen von der Existenz ebengenannter traditioneller Verhaltensweisen kann Missverständnissen in der ÄrztInnen – PatientInnen Beziehung vorbeugen und das Empfinden persönlicher Beleidigung verhindern.

Alle ÄrztInnen berichten, dass kulturspezifische Regeln im Verhalten nicht aufgestellt werden können, da dies von den Menschen unterschiedlich gehandhabt wird. Die Aussagen der ÄrztInnen unterstreichen die für diese Arbeit gewählte Definition des Begriffs Kultur als sich stetig wandelndes Konstrukt, das von Menschen selbst hergestellt wird. Sie besagt, dass sich jeder Mensch selbst kreativ sein eigenes Symbolsystem erarbeitet, weshalb Verhaltensweisen und Gesten nicht an einer bestimmten Instanz "Kultur" festgemacht werden können. (siehe Einleitung) Drei der von mir befragten ÄrztInnen berichten, dass sie sich deshalb nach den Bedürfnissen der Patientinnen richten und die ihnen entgegengebrachten Gesten erwidern. Sie achten auf deren Körpersprache und lassen sich auf die Gesten ein, die ihnen von den PatientInnen entgegengebracht werden.

Arzt H beschreibt diese Vorgehensweise wie folgt:

„Ja, auch, zum Beispiel eine Frau kommt und deklariert sich durch ihre Kleidung als Muslimin. Dann rechne ich damit, dass sie mir die Hand vielleicht nicht geben will. Das kann ich leicht in meinen Alltag einbauen. Dieses Wissen. Und dann gibt's aber welche, die tragen Kopftuch und geben mir doch die Hand. Ja das ist auch gut, das ist für mich keine Frage.“ (vgl. Interview Arzt H, S.11, Zeilen: 342-347)

Eine Ärztin und ein Arzt, die ihren Turnus in Indien absolvierten, erzählten wie ihre Erfahrungen vom Leben in der anderen Kultur ihren Zugang zu den PatientInnen erleichtern und ein Vertrauensverhältnis schneller aufgebaut werden kann. Sie fühlen sich jenen PatientInnen vertrauter, als zum Beispiel türkischen PatientInnen und erhalten durch die Erzählungen

ihres Aufenthaltes und der positiven Wahrnehmung der indischen Kultur persönlichen Zugang zu den Menschen.

Die Ärztin schildert:

„(...) Ich habe immer wieder Patienten aus Indien, mit denen tu ich mir noch am leichtesten. Weil ich selber ein Jahr in Indien gearbeitet habe. Das bricht, also wenn man das erzählt, das bricht tatsächlich ein bisschen die Hindernisse. Zum Beispiel weiß ich, dass die Inder sehr stolz sind auf ihre Ausbildung und zwar zu Recht, und wenn ich ihnen das erzähle, dass ich beeindruckt war, wie viel ihre Ärzte wissen und können, ist das oft ein super Eisbrecher. Das klingt echt total banal aber, ich fühle mich vertrauter, weil ich ein bisschen eine Ahnung habe von der Kultur.“ (vgl. Interview Ärztin E, S.5, Zeilen: 146-154)

Vertrautheit mit dem Herkunftsland von PatientInnen schafft einen persönlichen Zugang. Natürlich können die ÄrztInnen nicht alle Länder ihrer PatientInnen bereisen, aber vielleicht wäre es eine Möglichkeit, dass sich einzelne interessierte ÄrztInnen auf ein bestimmtes oder mehrere bestimmte Länder spezialisieren und diese auch bereisen, um einen tieferen Zugang zu bekommen.

5. Zeit und Wirtschaftlichkeit

Wie aus den vorangegangenen Kapiteln hervorgeht, können sich die sprachliche Barriere und das Aufeinandertreffen unterschiedlicher kultureller Lebenswelten auf die ÄrztInnen - PatientInnen Interaktion auswirken. Das explizite Auseinandersetzen mit den PatientInnen, sei es um Übersetzungen durchzuführen oder die spezielle Lebenssituation zu berücksichtigen braucht Zeit und Engagement. Der zeitliche Aspekt findet in diesem Gesundheitsverrechnungssystem der Krankenkassen nur geringe Beachtung und zur Umsetzung von Engagement wird Zeit benötigt. Aufgrund ihrer Verträge mit den Krankenkassen sind ÄrztInnen an ein bestimmtes Verrechnungssystem gebunden, indem der jeweilige Behandlungsfall und nicht die in die Auseinandersetzung mit den PatientInnen investierte Zeit honoriert wird. Für zeitlichen Mehraufwand, der in häufigen Fällen bei der Betreuung von immigrierten PatientInnen entsteht, können nur in begrenzten Fällen geringe Beträge, definiert als therapeutische Aussprache oder eingehende psychische Beratung bei lavierten Depressionen, in Rechnung stellen. Als Beispiel möchte ich die Angaben der WGKK zu den verrechenbaren Positionen zitieren. Es wird unterschieden zwischen:

- Eigenen PatientInnen
- FremdpatientInnen
- Erstordination
- Folgeordination
- Wo die Leistung erbracht wurde
- Ordination
- Zeitraum (außerhalb der Ordinationszeit, Nacht, Sonn- und Feiertag)
- Sonderfall: Hausbesuch.

Der „Grundscheinwert“, das heißt der Behandlungsfall pro Quartal, wird mit 17,96 Euro verrechnet, wobei bei einer Erstordination noch 7,75 Euro dazu kommen. Für die Folgeordination im selben Quartal kann kein Honorar mehr in Rechnung gestellt werden. Mögliche Zusatzverrechnungspositionen für zeitlichen Mehraufwand sind Position 90, die therapeutische Aussprache mit 11,11 Euro und Position 614, die eingehende psychische Beratung bei lavierten Depressionen mit 7,15

Euro. Um einen Einblick in die Vorgaben der Verrechnung der therapeutischen Aussprache zu geben möchte ich die zu erfüllenden Punkte genauer ausführen. Mit der therapeutischen Aussprache soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden, darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese. Hier wäre zu klären, ob diese Position dann bei zeitlichem Mehraufwand auf Grund von Übersetzungen verrechnet werden darf. Die ÄrztIn hat die therapeutische Aussprache persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (zum Beispiel Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache mit mehreren PatientInnen gleichzeitig“ ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten PatientInnen ist zulässig. Sie hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern. Weiters ist sie höchstens in 18 Prozent der Behandlungsfälle und nur bei eigenen PatientInnen verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen. (vgl. Ärztekammer für Wien, b) Die ÄrztInnen sind somit gefordert, im Rahmen des Krankenkassensystems ihrer zeitlichen und ökonomischen Ressourcen eine gute medizinische Versorgung für ImmigrantInnen zu gewährleisten.

Im Gespräch mit Interviewpartnerin E wurde ich durch folgende Aussagen auf die Relevanz von Zeit bei der medizinischen Betreuung von immigrierten PatientInnen aufmerksam gemacht. Sie weist darauf hin, dass man, um sprachliche wie auch kulturelle Barrieren zu überwinden, hauptsächlich Zeit bräuchte, die man nicht hat und die in dem Verrechnungssystem der Krankenkassen nicht genug Berücksichtigung findet. Die PatientInnen, bei denen es auf Grund sprachlicher oder kultureller Barrieren eine eingehende Auseinandersetzung mit der Situation erfordert um Hilfe leisten zu können, sind auf die Engagementbereitschaft der ÄrztInnen angewiesen:

„(...) die Zeit, die man brauchen würde um diese Barrieren zu durchbrechen (...) dazu bräuchte man hauptsächlich viel Zeit. Und die hat man eigentlich nicht, und die wird auch wirklich nicht bezahlt, das muss

man sagen. Das tut man dann wirklich nur aus Altruismus.“(vgl. Interview Ärztin E, Seite: 9, Zeilen:281-286)

Auch Ärztin O erklärt, dass sie bei der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen Zeit und Geduld benötigt:

„(...) man muss sich einstellen oft auf die andere Mentalität. Man braucht viel Geduld und auch Zeit dadurch. Nachdem ich ein geduldiger Mensch bin, Gott sei dank, habe ich da kein großes Problem.“ (vgl. Interview Ärztin N, Seite:4, Zeilen:115-118)

Im weiteren Gespräch betont sie den nötigen Zeitaufwand um sich eingehender mit dem Befinden ihrer PatientInnen auseinander setzen zu können. In Kapitel 3.2.1. Psychosoziale Betreuung von ImmigrantInnen, wurde bereits erklärt, inwiefern bei ImmigrantInnen, wie auch bei ÖsterreichInnen, ein Wissen um die jeweiligen Lebensumstände in der medizinischen Betreuung relevant sind. Körperliches kann nicht von geistigem Befinden getrennt betrachtet werden. Wenn ÄrztInnen dieser ganzheitlichen Sicht Beachtung schenken wollen, benötigen sie Zeit. Folgende Interviewsequenz mit Ärztin O soll dies verdeutlichen:

VK: Sprechen Sie mit ausländischen Patienten über ihre Erfahrungen von Flucht?

B: Wenn es notwendig ist ja, absolut, ja oder was sie mitgemacht haben.

VK: Das kostet Zeit?

B: Ja, das kostet freilich Zeit, das ist dann, wenn der das erste oder zweite Mal da ist, sind gleich einmal 20 Minuten oder eine halbe Stunde weg, aber gut, dann weiß ich den Hintergrund, dann weiß ich was los ist.“ (vgl. Interview Ärztin O, Seite:8, Zeilen:256-262)

Die folgenden Ausführungen des Kinderarztes zum Thema Sprachkenntnisse seiner immigrierten PatientInnen zeigen den nötigen zeitlichen Mehraufwand bei der Betreuung von PatientInnen mit schlechten Deutschkenntnissen:

VK: Wie sind die Sprachkenntnisse von ihren immigrierten PatientInnen?

B: Wie sind die - bei 50% der Leute, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, sind die Sprachkenntnisse meist so schlecht, dass es einen

erheblichen Zeitaufwand bedeutet diese Patienten zu betreuen, aufgrund der Sprachbarriere, mit der anderen Hälfte geht es gut.

VK: Also sie sagen, dass schon der Zeitfaktor eine Rolle spielt, wenn eine Sprachbarriere da ist?

B: Ja, dass man manche Sachen wiederholt sagen muss und versuchen muss, anders zu formulieren.“ (vgl. Interview Arzt G, S.3, Zeilen: 88-96)

Alle sechs ÄrztInnen, die ich zum zeitlichen Mehraufwand bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen befragte, bestätigen diese Einschätzung, und führten dies auf die sprachliche wie auch die kulturelle Barriere zurück. Mit vier Ärztinnen der Allgemeinmedizin unterhielt ich mich über das Krankenkassensystem, ihre Meinungen und mögliche Verbesserungsvorschläge um zeitaufwändiges Engagement von ÄrztInnen bei der Betreuung von immigrierten PatientInnen angemessen zu honorieren und dieses auch zu fördern. Die folgenden Zitate dieser vier Ärztinnen beschreiben kurz die Verrechnungsart der Krankenkasse und zeigen ihren Unmut bei der medizinischen Betreuung nicht nach Qualität sondern nach Quantität bezahlt zu werden.

Ärztin E:

„(...) kurz der Ausflug ins österreichische Kassensystem: Man kriegt pro Schein ungefähr dreißig Euro im Quartal. Man kann sich also ausrechnen - die durchschnittliche Praxisgröße in Wien ist ca.700 Scheine. Für alle zusätzlichen Leistungen kriegt man relativ wenig. Für intramuskuläre Spritzen 2 oder 3 Euro, also sehr, sehr wenig. Das heißt, das, was halbwegs etwas bringt, ist ein EKG schreiben und Infusionen machen. Hausbesuche sind 29 Euro, sind aber meist ein großer Zeitaufwand. Also das rechnet sich für viele schon wieder gar nicht mehr. Das heißt, dieses System ist so ausgelegt, je mehr Scheine du hast, je mehr Patienten umso besser. Und wenn du viele Patienten hast, kannst du pro Patient natürlich nicht mehr so wahnsinnig viel Zeit aufwenden. Man müsste wahrscheinlich wirklich nur mehr honorieren, wenn man für Patienten Zeit aufwendet. Dass man das so langsam umschichtet, jetzt nicht in erster Linie die Quantität belohnt, wenn einer wirklich viele Scheine durchschleust.“ (vgl. Interview Ärztin E, Seite 8, Zeilen:257-272)

Arzt I beschreibt:

„Das heißt, es ist eine Fallpauschale, der Behandlungsfall wird gezählt und dann gibt es so genannte Zusatzleistungen. Wenn sie einen Hausbesuch machen oder wenn sie ein EKG schreiben oder wenn sie die Ohren waschen. Da gibt es zusätzlich noch Sonderleistungspositionen, nennt sich das. Da gibt es dann ein ganz geringes zusätzliches Entgelt.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite:10, Zeilen:327-332) „(...) die Gesundheits-Maßnahmen in unserem Land sind kontingiert, ich weiß auch nicht warum. Ich glaube, dass man das nicht müsste und dass das von der Politik so gewollt ist. Es ist daher eine Art Mangelverwaltung in all diesen Bereichen. Und es ist ein Gemeinplatz, dass immer dann, wenn sie einen Mangel haben, sind die Randgruppen diejenigen, die von diesem Mangel am meisten mitbekommen.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite:15, Zeilen:481-488)

Ärztin M erzählt:

„(...) wir haben Praxen und definieren sie nach den Scheinzahlen. Eine gut gehende Allgemeinpraxis um die 1000 Scheine steht ökonomisch gut da. Wir haben ein Leistungssystem, das pauschal pro Schein für drei Monate einfach eine Abgeltung im Wiener Raum bietet. Dann kommen ein paar Sonderleistungen dazu. Mit dieser Pauschalverrechnung soll sein, dass viele Patienten bei uns nicht viel brauchen, während die paar die dann viel brauchen, zwar nicht adäquat abgedeckt, aber dass das dann sozusagen in einen Topf zusammen fließt. So funktioniert das System und solange das eben so funktioniert, haben die Ordinationen, die große Praxen haben, sicherlich Zeitdruck und viele Patienten. Das ist ökonomisch aber auch im Konzept so gedacht, dass man sich mit Einzelnen schon länger auseinander setzt. Ab 600 Scheinen wird's dann kritisch von der Ökonomie her. Weil an sich Leistungen da sind, Ordinationshilfe, ein Erhalten von Räumen. Was natürlich auch eine Rolle spielt. Die Ärzte haben dann schon ein bisschen mehr Zeit auch. Ich hatte nach 10 Jahren eine große Praxis und habe sie dann aber bewusst reduziert und dann am Schluss 500-600 Scheine gehabt. So an der Grenze, das erreicht man dann, wenn man Patienten auch nicht annimmt nach einer gewissen Zahl. Dafür habe ich eigentlich immer plädiert - ich möchte immer genug Zeit

haben für meine Patienten.“ (vgl. Interview Ärztin M, Seiten:4-5, Zeilen:119-141)

„Also wenn man sozusagen eine Großpraxis möchte und nicht zusätzliche Aufgaben dazu, so im Wiener Raum ist das sozusagen nicht so leicht eine Großpraxis zu haben. Von der Lage her, wenn man eine kleinere Praxis hat und Zusatzjobs. Man ist dann auch noch woanders tätig. Das war für mich dann auch eine Entlastung, weil ich wollte einfach nicht 100 Patienten am Tag sehen. Ich meine, das kann man sich schon ein bisschen aussuchen. Ich habe den Eindruck, daran liegt es, wo man seine vorrangigen Prioritäten einfach setzt. Nur vom System her ist nicht vorgesehen, dass man viel Zeit mit einem Patienten, mit vielen Patienten verbringt. Man muss sozusagen Patienten haben, die nicht viel brauchen oder weitergeschickt werden. Weil das Pauschale so als Idee nach wie vor im Raum steht, es ist keine Einzelleistung, sondern es ist eine pauschale Leistung, die abgegolten wird.“(vgl. Interview Ärztin M, Seite: 5, Zeilen:143-156)

„(...) dann ist es schon so, dass ich mir doch auch wünschen würde, dass man den Zeitfaktor in der Medizin auch zunehmend wahrnimmt, mit Honorierung ist gleich Bezahlung. Weil das soll nicht nur emotional abgegolten werden. Sondern das ist einfach auch ein Stellenwert, der wichtig ist in der Alltagsarbeit. Dass sich einfach eine Finanzierung entwickelt, wie das ja auch in der Privatpraxis der Fall ist. Wenn ich mit einem Patienten eine Stunde auseinander setzte, dann ist das auch mehr Geld, das für mich als Bezahlung zurück fließt. Ja, ich find einfach, der Zeitfaktor spielt eine Rolle. Und er soll kein Hindernis sein, dass die Versorgung darunter leidet.“ (vgl. Interview Ärztin M, Seite: 3- 5, Zeilen: 100-111, 143-156)

Der folgende Absatz des Gesprächs mit Arzt I zeigt auf, dass die Verrechnungspositionen der Krankenkassen unter anderem die Behandlungsprioritäten der Ärzte beeinflussen, weil sie der medizinischen Betreuung durch Höhe und Tiefe der Kostenverrechnung eine bestimmte Richtung weisen:

„(...) man kann was verändern, wenn man Strukturen langsam anpassen würde und auch die Wertbemessung für verschiedene Dinge anders

macht. Denn ich bekomme noch immer mehr wenn ich mit einer Nadel in ein Knie steche, als wenn ich einen Hausbesuch mache.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite:18, Zeilen:600-604)

An dieser Stelle möchte ich auf eine Parallele aufmerksam machen, die mir während den Befragungen aufgefallen ist. Fünf meiner InterviewpartnerInnen berichteten ohne Aufforderung meinerseits, im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen von der Betreuung suchtkranker PatientInnen. Ich führte dies darauf zurück, dass beides Randthemen sind, die von den ÄrztInnen besondere Qualifikationen und Engagementbereitschaft erfordern. Trotzdem beachtete ich diese Erkenntnis nur am Rande und wollte nicht Migration mit dem Thema Sucht in Verbindung bringen. Erst als ich im Konzept von Denise Gilgen die Gemeinsamkeiten der Themen Sucht und Migration bestätigt sah, ich mir diese Parallelen zu ziehen. Sie schreibt, dass Sucht wie auch Migration zusätzliche Probleme im Spital- und Praxisalltag bereiten, von denen alle Berufsgruppen, die im medizinischen Bereich arbeiten, betroffen sind. Die Zuständigkeit ist bei diesen Querthemen oft ungeklärt, und sie werden nicht mit dem Hauptthema der PatientInnen in Zusammenhang gebracht. ÄrztInnen haben immer weniger Zeit, sodass diese Randthemen notgedrungen zu kurz kommen, da sie nicht als prioritär eingestuft werden. Beide Themen, Sucht wie Migration, sind politisch und gesellschaftspolitisch sensibel und umstritten. (vgl. Gilgen 2002)

Im Gegensatz zu dem Thema der Migration ist die Betreuung von süchtigen PatientInnen in Österreich mittlerweile genauestens geregelt. Die ÄrztInnen können sich selbst dafür oder dagegen entscheiden und müssen sich, um diese PatientInnen betreuen zu dürfen, bestimmten Fortbildungen unterziehen. Die Krankenkasse bietet für die Betreuung von Drogenkranken eine Verrechnungsposition an, die den speziellen Aufwand vergüten soll: Position 761, Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Quartal und Patient verrechenbar; besondere Qualifikation erforderlich. (vgl. Ärztekammer für Wien, b) Die ÄrztInnen, die dieses Thema mir gegenüber ansprachen, erklärten, dass man um Drogenkranke betreuen zu dürfen spezielle Fortbildungen absolvieren

muss und die gezielten Verrechnungsmöglichkeiten die Betreuung von Drogenkranken attraktiver macht. Die folgenden Zitate sollen dies verdeutlichen:

Ärztin M:

„Bei der Drogensubstitution, das machen ja viele Ärzte (...) Ich hab mehr oder weniger widerwillig begonnen. Also nach zehn Jahren wäre ich so weit gewesen, dass ich es wirklich gut gemacht hätte. Es wird eine extra Bezahlung angeboten, für den Arzt, wenn er es macht. Das ist attraktiv, aber trotzdem machen es nicht alle. Weil hier ist eine Selektion. Ich habe sehr viele Kolleginnen getroffen, die mir erklärt haben, dass sie es in ihrer Praxis nicht anbieten. Meine Nachfolgerin hat sofort erklärt, nein, also sie wird das nicht machen. Hier ist eine klare Schulung, Bezahlung und auch Einstellungsselektion vorhanden.“ (vgl. Interview Ärztin M, Seiten:13-14, Zeilen:439-449)

Geprächssequenz mit Arzt H:

B: „Eigentlich heißt es, je mehr Krankenscheine, desto mehr Geld. Aber dieses Prinzip ist ein wenig in den Hintergrund geraten. Ich hab sozusagen richtig spekuliert. In den 60er 70er Jahren, diese psychosomatischen Krankheiten, das wird mehr Beachtung finden in der Zukunft. Ich habe mich dafür ausgebildet, für viele werde ich deswegen angefragt. Es gibt Ausbildungen. Man kann etwas mehr verdienen kann als einen Krankenschein. Zum Beispiel auch die Behandlung von süchtigen Patienten. Dadurch, dass ich medizinische Psychologie gelernt habe, kann ich mit denen umgehen. Ich habe investiert in diese Ausbildung. Psychotherapieausbildungen sind nicht billig. Sie kosten auch viel Zeit, aber es hat mich in Stand gesetzt ein Arbeitsvolumen zu bewältigen auf eine adäquate Art und Weise. Ich habe 200 süchtige Patienten in meiner Praxis. Andere Ärzte sagen, das würden sie nie schaffen.

VK: Und wie schaffen sie das?

B: Dass ich weiß wie es geht.

VK: Und wie geht es?

B: Wenn ich keine Vorbehalte habe gegen Süchtige, wenn ich die sehen kann, wie jeden anderen auch. Dann erlaubt mir das, durch die Arbeit an

meiner Person, in kurzer Zeit einen guten Kontakt zu schließen, mit den Patienten. Man kann es so nennen, es gelingt mir eine emotionale Brücke zu bauen, das heißt, ich empfange sie selbstverständlich, sie fühlen sich angenommen.“ (vgl. Interview Arzt H, Seite:17, Zeilen:546-570)

Die Qualität seiner Betreuung von süchtigen PatientInnen ist für mich als Außenstehende nicht einschätzbar, deshalb möchte ich um diesem Kapitel einen Abschluss zu geben eingehend darauf hinweisen, dass angemessene ökonomische Honorierung von ärztlichen Diensten die genauere Auseinandersetzung mit der medizinischen Betreuung von Randgruppen fördern kann, aber deren Beachtung nicht im Sinne des Geldes, sondern des Mitgefühles und Engagements erfolgen sollte.

Wie nun die ÄrztInnen im Bezug auf die Betreuung von ImmigrantInnen im Rahmen dieses Gesundheitssystems und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen mit dem zeitlichen Rahmen in ihrer alltäglichen Arbeit umgehen, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

5.1. Umgang mit Zeitdruck

Insgesamt ergab sich bei neun ÄrztInnen die Frage nach ihrem Umgang mit Zeitdruck in ihrer alltäglichen Arbeit als ÄrztInnen und einem größeren Zeitaufwand bei der Behandlung von immigrierten PatientInnen. Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben erklären die ÄrztInnen, dass sie aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten und kulturellen Barrieren mehr Zeit aufwenden müssen, wenn sie PatientInnen mit Migrationshintergrund medizinisch gut betreuen wollen. In diesem Zusammenhang wiesen mich fünf ÄrztInnen auf den Vorteil der Wiederbestellungsmöglichkeit von PatientInnen in der allgemein-medizinischen Praxis hin. Die Funktion der HausärztIn bringt wiederholte Kontakte und Langzeitbeziehungen mit sich:

„Also es ist sicher so, dass man mehr Zeit aufwenden muss, (...) einer der Vorteile ist ja die Wiederbestellungsmöglichkeit. Wir sehen den Patienten nicht nur einmal. Das ist ja eine Langzeitbeziehung. Das sind nicht immer neue Patienten, sondern ich kenne meine Familie G. zum Beispiel, es gibt

eh so viele Namen, da plaudere ich nichts aus. Ich habe den Eindruck durch diese wiederholten Kontakte, das ist ein Vorteil in der Allgemeinpraxis.“ (vgl. Interview Ärztin M, S.3-4, 92-100)

Die fünf ÄrztInnen erklärten, dass die Wiederbestellungsmöglichkeit von PatientInnen ein sehr großer Vorteil ist und auf diese Weise im Laufe der Zeit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann.

Dazu meint Ärztin N:

„Ich hab zu meinen Patienten eine relativ große Bindung und Patienten, die bei mir sind, die sind dann auch bei mir (...). Die Patienten, die zu mir kommen, zu denen habe ich meist eine enge Bindung, weil ich sie oft bestelle.“ (vgl. Interview Ärztin N, Seite 3, Zeilen:88-93)

Eine andere Taktik um mehr Behandlungszeit für einzelne PatientInnen herauszuholen ist die Einladung zu einer Vorsorgeuntersuchung. Arzt J beschreibt im Gespräch zum Thema zeitlicher Druck in seiner alltäglichen Arbeit und der Umgang damit, dass er die Möglichkeit hat, PatientInnen zu einer Vorsorgeuntersuchung einzuladen, wenn es ein größeres Problem zu besprechen gilt. Wie er mit zeitlichem Druck in seiner täglichen Arbeit umgeht beantwortet er wie folgt:

„Durch selektive Wahrnehmung. Man kann nicht jedes Problem angehen, das heißt ein bisschen braucht man ein Management. Wenn ich sehe, der hat ein größeres Problem, und er hat letztes Jahr keine Vorsorgeuntersuchung gehabt, sage ich, kommen sie doch zu einer Vorsorgeuntersuchung. Dann habe ich mehr Zeit, oder ich bestelle ihn wieder.“ (vgl. Interview Arzt J, Seite:8, Zeilen:260-264)

Und auf die Frage, unter welchen Umständen er Überweisungen tätigt, antwortet der Arzt:

„Der hat einen hohen Blutdruck und ein komisches EKG, dann schicke ich ihn zum Internisten. Oder jetzt hat er mich gequält mit einem Ausschlag, mit einer Schlafstörung und jetzt hat er noch Kreuzschmerzen, obwohl ich mich kompetent fühle, den Kreuzschmerz zu behandeln, kann es schon sein, dass ich da jemanden überweise.“ (vgl. Interview Arzt J, Seiten:8-9,

Zeilen:270-274)

Eine der befragten Ärztinnen erklärt, dass sie die Vorsorgeuntersuchung bei immigrierten PatientInnen mit schlechten Deutschkenntnissen kaum anbiete, da ein großer Teil der Behandlung auf verbaler Ebene abgewickelt wird und sich Sprachbarrieren hier naturgemäß besonders stark auswirken:

„Ja, und was ich bei einem Deutsch sprechenden Patienten mache, ich mache bei vielen Vorsorgeuntersuchungen. Und dann bespricht man das, das mache ich auch schon bei Immigranten nicht so. Weil ein ganz großer Teil der Vorsorgeuntersuchung ist Gespräch. Und das ist einfach fast nicht möglich. Also das ist einfach schwierig. Allein der Satz gibt es in ihrer Familie Krebserkrankungen, das sind so Sachen.“ (vgl. Interview Ärztin E, Seite:11, Zeilen: 345-353)

Die Ärztin glaubt, dass dies eher eine unbewusste Angelegenheit ist und den ImmigrantInnen Vorsorgeuntersuchungen generell weniger angeboten werden:

„Ja, Immigrantinnen werden wahrscheinlich weniger angesprochen. Das ist so eine unterbewusste Sache. Weil, wenn ich weiß, dass jedes Gespräch doppelt so lange dauert, bis ich überhaupt ausdeutsche, was ich sagen will. Dann biete ich das als Ärztin oder Arzt auch weniger großzügig an. Während ich das bei deutschsprachigen Patienten schnell einmal anbiete.“ (vgl. Interview Ärztin E, S.12, Zeilen: 373-375)

Als Lösungsmöglichkeit beschreibt die Ärztin die Idee, Vorsorgeuntersuchungstage speziell für ImmigrantInnen anzubieten an denen praktische Ärzte vor Ort sind, die selbst Fremdsprachen beherrschen oder professionelle Dolmetscher an ihrer Seite haben:

„(...) man könnte wahrscheinlich Vorsorgeuntersuchungen mit Dolmetscher anbieten. Das wäre vielleicht noch am ehesten ein Ansatz. Dass man ganz gezielt Vorsorgeuntersuchungstage organisiert. Das könnte dann auch die Stadt Wien anbieten. Wo ein praktischer Arzt dort sitzt, der im Idealfall selber irgendeine Sprache kann. Ein nicht deutschsprachiger zum Beispiel und gleichzeitig ein Dolmetscher für

andere Sprachen. (vgl. Interview Ärztin E, Seite:11, Zeilen: 358-364)

Die Ärztin erzählt, dass die Vorsorgeuntersuchung – je nach Handhabung der ÄrztInnen, der zeitliche Ablauf der Untersuchung ist nicht vorgeschrieben – ca. 20-25 Minuten dauert und von der Krankenkasse mit sechzig Euro vergütet wird. Aus den folgenden Interviewpassagen ergaben sich Hinweise auf die Verantwortlichkeit der PatientInnen im Bezug auf den Umgang der ÄrztInnen mit dem Umfang der Behandlungszeiten. Die Ausführungen von Arzt G, Ärztin D und Ärztin O machen deutlich, dass PatientInnen ihren Teil zu der genaueren Beschäftigung mit der Person und dem Zeitmanagement der ÄrztIn beitragen. Der Kinderarzt des Spitals erzählt auf die Frage, ob er in die Situation kommt PatientInnen schnell durchzuschleusen, dass der Druck durch die wartenden PatientInnen oft sehr groß ist und diese nach schnellem Vorgehen der ÄrztInnen verlangen. Eine intensivere Beschäftigung mit den einzelnen PatientInnen ist demnach auf der Notfallambulanz nicht möglich: „Der Druck des vollen Wartezimmers ist so groß, dass wir oft in dieser Situation sind. Wir sind ein beliebtes Spital (...) und dementsprechend überlaufen sind wir. Das macht schon großen Druck, weil die Patienten draußen im Wartezimmer sehr ungeduldig werden. Dann wird der Druck noch durch die Schwestern verstärkt, weil die sind der erste Puffer für die Unruhe, die Eltern und die Kinder entwickeln, wenn sie allzu lange warten müssen. In der Spezialambulanz ist das natürlich anders, da ist die ausführliche Auseinandersetzung mit dem medizinischen Problem des Patienten das Kernstück der Betreuung, und da haben wir ja fix eingeplant für neue Patienten zumindest eine Stunde.“ (vgl. Interview Arzt G, S.4, Zeilen: 114-125)

Ärztin D beschreibt, inwiefern sie sich auf das Interesse ihrer PatientInnen bezüglich genauerer Erklärungen zu Behandlungen einlässt. Wenn ihre PatientInnen Interesse an dem gesundheitlichen Zustand ihres eigenen Körpers und den von der Ärztin ausgewählten Behandlungsmethoden zeigen, nimmt sie sich die Zeit um ihnen das zu erklären. Die Ärztin beschreibt die vorrangige Behandlungsart ihrer PatientInnen als zeitsparend und medikamentenorientiert:

„Ja, vor allem bei dieser indischen Familie, die beanspruchen mehr meine Zeit und meine Auskunft. Also dieses schnell, schnell, also angehört und Medikament, das ist das, was der Österreicher akzeptiert. Sondern die bleiben einfach solange sitzen, bis sie ausreichend informiert worden sind. Das finde ich ja eigentlich nicht so schlecht. Es wäre nur auf die Dauer ein bisserl mühsam, wenn ich mehr Inder hätte, bräuchte ich viel mehr Zeit. Das ist jetzt speziell diese Familie, ich weiß ja nicht ob alle Inder so sind.“ (vgl. Interview Ärztin D, S.1, Zeilen 20-27)

Ärztin O erklärt, dass ihre PatientInnen lange Wartezeiten gerne in Kauf nehmen, um selbst auch ihre Zeit bei der Ärztin zu bekommen. In ihrem Wartezimmer sind Plakate angebracht, die Aufschriften wie „Niemand wartet gerne!“ enthalten.

Die Frage, ob sie bei der Behandlung von PatientInnen mit schlechten Deutschkenntnissen aufgrund von nötigen Übersetzungen mehr Zeit für die medizinische Behandlung benötigt, beantwortet die Ärztin mit „ja, das schon“ und wie das in ihrem Praxisalltag funktioniert mit:

B: „Ich bin überhaupt, ich habe die Praxis von meinem Vater übernommen. Die Praxis besteht seit dem 48iger Jahr und ich bin so aufgewachsen, dass immer alles open end war. Ich habe offiziell um 5 Uhr Schluss und der Letzte kann um sieben oder halb acht auch am Abend gehen. Meine Patienten wissen das auch. Sie schätzen, dass sie nicht einfach abgefertigt werden, sondern eben wenn sie drankommen, dann auch ihre Zeit haben und bekommen und daher akzeptieren sie auch Wartezeiten. Bzw. wir geben schon etliche Jahre, ich weiß gar nicht wie lange schon, Termine aus. Es kann sein, offiziell ist um fünf Schluss und der letzte Termin ist um sieben.“

VK: Wie viel Zeit haben sie für einzelne PatientInnen?

B: Ich habe es mir einmal ausgerechnet. Also wenn es flott dahingeht, es gibt Tage und Tage aber sonst so zwischen 5 und 15 Minuten. Manche brauchen auch ganz vereinzelt, wenn irgendwas Schwerwiegendes ist, nehme ich mir auch mehr Zeit bis 20 Minuten. Ich schau da nicht auf die Uhr.“ (vgl. Interview Ärztin O, S.2, Zeilen:39-56)

Die Ärztin signalisierte, dass sie dies auch abwegig findet.

5.2. Fortbildungen

Die Kulturministerkonferenz der europäischen Union erkannte bereits 1996 die Relevanz der Vermittlung transkultureller Kompetenz für alle Bildungsbereiche und formulierte Ziele für den Erwerb dieser Fähigkeiten. Sie möchte damit der Entwicklung der Europäischen Union sowie der zunehmenden Globalisierung, den sich daraus ergebenden gesellschaftlichen Veränderungen und dem sozialen Wandel gerecht werden. Zu diesen Zielen gehören folgende Qualifikationen: sich der jeweiligen kulturellen Sozialisation und Lebenszusammenhänge bewusst werden, Neugier, Offenheit und Verständnis für andere kulturelle Prägungen entwickeln, anderen kulturellen Lebensformen und –Orientierungen begegnen, sich mit ihnen auseinander setzen, dabei Ängste eingestehen und Spannungen aushalten, das Anderssein der anderen respektieren, den eigenen Standpunkt reflektieren, kritisch prüfen und Verständnis für andere Standpunkte entwickeln und Konsens über gemeinsame Grundlagen für das Zusammenleben in einer Gesellschaft finden. Diese Schlüsselqualifikationen begünstigen Fähigkeiten wie Bewusstheit, Empathie, Kommunikation, Respekt, Reflexion und Kooperation. (Gilgen 2002)

Weiter- und Fortbildungsprogramme für ÄrztInnen zur Förderung der sprachlichen, schicht- und kulturübergreifenden Verständigung und Kommunikation sind von zentraler Bedeutung. Sie sollen zu Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, beispielsweise hinsichtlich ethnozentrierter Bewertungen infolge unbewusster kultureller Geprägtheit innerhalb eines Medizinsystems, welches ebenfalls als Bestandteil eines Kultursystems definiert wird, beitragen. Themen der Weiterbildung, die von im Gesundheitswesen Tätigen als wichtig erachtet werden, sind die migrationsspezifische Wissensvermittlung, soziale Kenntnisse über PatientInnen, deren Umgang mit Geburt und Tod, Reflexion der eigenen Beziehung und Tabus, Mythen und Religion. Die Eigenverantwortung der PatientInnen, Vorurteile und Diskriminierung sind weitere wichtige Themen. Unterschiedliche Meinungen bestehen bezüglich dessen, inwieweit spezifisches Wissen zu den einzelnen Kulturen zu vermitteln ist. (vgl.

Gilgen 2002) Transkulturelle Fortbildungen sollen nicht kulturalisierend wirken und Menschen kategorisieren, sondern die Möglichkeit bieten im Kontext transkultureller Kompetenz Bewusstheit für ImmigrantInnen und ihre Lebenszusammenhänge zu entwickeln und nach Zugängen in eigenen und fremden Lebenswirklichkeiten zu suchen. (vgl. Stanjek 2001)

Eine meiner Interessen bei den Befragungen bezog sich auf die Bereitschaft der ÄrztInnen in Fortbildungen eingehender die Verbesserung der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen zu bearbeiten. Mit zwölf der befragten Ärzte unterhielt ich mich über dieses Thema. Vier erklären aus Zeitmangel sich nicht näher mit dieser Thematik auseinander zu setzen und wenn, dann an wissenschaftlich medizinischen Fortbildungen teilzunehmen. Eine erklärt auf die Frage, ob Fortbildungen, die sich mit der Thematik: Betreuung von ImmigrantInnen auseinander setzt, angeboten werden, dass sie darüber keine Kenntnis habe, weil sie dermaßen viel Arbeit habe, dass derartige Fortbildungen meist kein Interesse wecken:

„Ich glaube nicht, ich weiß es nicht (...). Wir sind dermaßen überladen mit allem. Man sieht, ja, da ist etwas gekommen. Eh kein Interesse oder keine Zeit und landet im Mistkübel.“ (vgl. Interview Ärztin O, Seite:5, Zeilen:152-154)

Auf die Frage nach der Ursache dieser Überladung und ob dabei noch eine eigene Familie in ihrem Leben Platz findet, antwortet die Ärztin:

„B: Vielleicht weil man sich überladen lässt. Ich bin sicher zum Teil selber schuld, aber ich bin nicht der Typ der Leute hinaus komplimentieren kann. Das ist mein Fehler, damit müssen halt die Angehörigen leben (...).

VK: Das habe ich mir vorher gerade gedacht, ob da nebenher noch eine Familie Platz hat?

B: Nein, ich habe nur einen Lebensgefährten (...).“ (vgl. Interview Ärztin O, Seite 5, Zeilen: 156-162)

Eine weitere Ärztin antwortet auf die Frage, ob sie an Weiterbildungsangeboten im interkulturellen Bereich teilnehmen würde wie folgt:

„Glaub ich fast nicht, nein, schon aus zeitlichen Gründen nicht“. (vgl.

Interview Ärztin N, Seite 5, Zeile: 139)

Und Arzt I erklärt, dass er an Fortbildungen generell aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen meist nicht teilnimmt und deshalb an Informationsveranstaltungen den interkulturellen Aspekt betreffend wohl auch nicht teilnehmen würde:

„Ich gehe ja sonst zu anderen Fortbildungen größtenteils auch nicht, weil ich keine Zeit habe. Also würde ich wahrscheinlich nicht hingehen.“ (vgl. Interview Arzt I, Seite 4, Zeilen: 119-123)

Zwei ÄrztInnen meinten sie haben andere Schwerpunkte, wobei die eine erklärt, sie betreue nicht viele ImmigrantInnen und habe dabei keine Schwierigkeiten:

„(...) aber ich habe andere Schwerpunkte, deswegen konzentriere ich mich in meiner Weiterbildung eben auf andere Dinge. Auf Substitutionstherapie und so. Ausländer sind kein schwieriges Thema. Überhaupt nicht, ich bin lieb zu denen und sie sind lieb zu mir und das passt. Es hat sich noch keiner wirklich beschwert oder so. Ganz im Gegenteil, sie sind eh froh, wenn man sie nimmt.“ (vgl. Interview Ärztin D, Seite 4, Zeilen 116-122)

Die zweite Ärztin führt aus, dass ein Wissen über unterschiedliche Lebensweisen für ihre alltägliche Arbeit eine Bereicherung darstellen würde, sie aber andere Prioritäten setze. Auf die Frage nach der größten Herausforderung bei der Betreuung von PatientInnen unterschiedlicher kultureller Herkunft, erklärt sie:

B: „Dass ich manchmal auch zu wenig Bescheid weiß über die eigene Kultur. Zum Beispiel wann Ramadan ist und lauter solche Sachen. Wann es wirklich auch Ausnahmegestimmungen gibt, welche Religiositäten. Also beim Ramadan, ein Kranker muss sich nicht an diese Fastenzeit halten, ab wann ist man krank. Der Betreffende sieht das sehr wohl anders als der Arzt. Also dass ich einfach auch zu wenig Kenntnisse von den Kulturen habe

VK: Und das würde ihnen im Alltag helfen?

B: Erleichtern, ja

VK: Geht das nicht, dass die Ärztekammer Fortbildungen organisiert?

B: Ja, kommt darauf an, ob man es dann wirklich macht oder besucht. Es gibt so viele Fortbildungen und da herauszupicken, was das Wichtigste ist. Da denk ich mir halt doch, dass jeder sagt, nein, das geht eh nicht so schlecht, da mache ich was anderes und sucht sich eine andere Fortbildung raus.“ (vgl. Interview Ärztin N, S. 7-8, Zeilen: 235-249)

Die Ärztin deklariert, dass es sich bei ImmigrantInnen als PatientInnen um eine marginale Gruppe handelt und deren Bedürfnisse sehr leicht ins Abseits gestellt werden. Sie erklärt, dass sie in ihrer Praxis sehr wohl mit interkulturellen Problemen konfrontiert ist, ihre Interessen aber anderswo liegen und sie die Betreuung von ImmigrantInnen einfach so gut es geht durchführt, ohne sich näher mit deren Ansprüchen auseinander zu setzen. Auf die Frage nach ihren vorrangigen Prioritäten erklärt sie:

„Andere Fortbildungen, ich mache die Substitutionstherapie. Also man muss eine gewisse Anzahl von Fortbildungen haben. Für meine Diplome brauche ich auch Fortbildungen. Ich mache Führerscheinuntersuchung. Da brauche ich auch meine Stunden und irgendwann wird's schon zeitlich knapp. Und es gibt immer wieder was Neues an Krankheiten, bezüglich Diabetes, Diabetestherapien. Da kommt schon einiges dazu, was einen interessiert und vielleicht mehr interessiert, als die interkulturellen Probleme. Die man sicherlich in der Ordination hat, aber die man dann halt unter den Tisch kehrt und sich denkt, es geht so schon, wird schon gehen.“ (vgl. Interview Ärztin N, S.8, Zeilen: 252-262)

Eine Ärztin und ein Arzt, die sehr viele ImmigrantInnen in ihrer Praxis betreuen, und eine Ärztin aus einer von ImmigrantInnen weniger frequentierten Praxis - sie arbeitete bis vor zwei Jahren noch in einem Spital - sehen die Verantwortung für eine gelingende medizinische Betreuung im Migrationskontext bei den PatientInnen selbst und zeigen deshalb an Fortbildungen im interkulturellen Bereich kein Interesse. Sie bringen für die spezielle Lebenssituation von ImmigrantInnen kein Verständnis auf, fordern von ihnen Integration und erleben geringe Deutschkenntnisse und das Praktizieren religiöser Traditionen als persönliche Beleidigung. Folgendes Zitat von Ärztin A soll dies ver-

deutlichen. Sie antwortet auf die Frage nach Teilnahmen an Fortbildungen im interkulturellen Bereich:

„Ich würde es auch nicht in Anspruch nehmen. Ich gehe in zwei Jahren in die Privatpraxis. Ich habe es auch nicht in Anspruch genommen, weil sich die Türken integrieren sollen. Ich erlebe es als beleidigend, dass sie in ihren Ghettos leben und kein Interesse an unserer Kultur haben.“ (vgl. Interview Ärztin A, S.5, Zeilen: 133-135)

Und Ärztin C:

„Na, was ich nicht versteh ist, wenn ich in ein Land komme. Ich meine das schweift jetzt vielleicht ein bisschen vom Thema ab. Aber wenn ich in ein Land komme, dann möchte ich die Sprache können, damit ich mich verständigen kann. Wenn die zwanzig Jahre in Wien sind und kein Wort deutsch können. Ich muss mich auch anpassen. Und ja, das ist jetzt vielleicht sehr politisch, aber ich denke mir, ich kann auch nicht in ein anderes Land gehen und verlangen, dass sich das Land an mich anpasst. Ich meine sollen sie ruhig Kopftücher tragen, obwohl ich es nicht richtig finde. Aber sie sollen nicht verlangen, dass die Kreuze in den Schulen wegkommen und dass wir unsere Religion ihrer Religion anpassen. Ich finde da muss man sich eben an das Land anpassen. Und da muss ich auch die Sprache lernen.“(vgl. Interview Ärztin C, S. 6-7, Zeilen 191-201)

Diese ÄrztInnen würden sich mehr Engagement auf Seiten der PatientInnen bezüglich Integration wünschen. Ärztin M würde sich im Bezug auf das Thema Transkulturalität in der Medizin Schulungen und Fortbildungen wünschen. Ihre Ausführungen machen deutlich, dass sich, wie schon aus den oben erwähnten Zitaten hervorging, nicht alle ÄrztInnen mit unterschiedlichen Lebensweisen beschäftigen und ein Angebot von Schulungen diese Thematik betreffend mehr Wahrnehmung für die medizinische Betreuung und die Lebenssituation von ImmigrantInnen schaffen könnte.

B: „Na, ja ich würde mir schon wünschen, dass man gezielter Fortbildungen und Schulungen in der Richtung mehr aufbaut. Die werden ja nicht wirklich prinzipiell angeboten.

VK: Von wem?

B: Die Ärztekammer kann das machen. Dass ich jetzt mit Ihnen gesprochen habe, ist für mich auch ein Grund, dass man wieder einmal was anbietet und sich überlegt (die Ärztin ist in der Ärztekammer tätig). Ich denke mir, dass man nicht nur Familienmedizin, sondern auch dieses Kulturelle als Thema hat. Vor allem finde ich, dass man doch bei der größer werdenden Zahl der Moslempatienten auch fundierter Informationen weitergeben sollte. Auch an die Ärzte, die mehr oder weniger nicht viel Interesse mitbringen. Dass auch die dann Informationen kriegen. Wie das mit der Ernährung mit den Gewohnheiten und den Problemen ist.“(vgl. Interview Ärztin M, Seiten:14-15, Zeilen:472-484)

Sieben der befragten ÄrztInnen befassen sich, angeregt durch PatientInnen verschiedenster Länder, auf Grund von persönlichem Interesse mit den unterschiedlichen Lebensweisen in kultureller und religiöser Hinsicht. Alle ÄrztInnen sind sich nicht im Klaren darüber, ob sie an Angeboten transkultureller Fortbildung teilnehmen würden, da ihre zeitlichen Ressourcen knapp bemessen sind. Sie überlegen, ob der Zeit- Kräfte und organisatorische Aufwand wirklich zu einer besseren Beziehung zu den PatientInnen mit Migrationshintergrund und dadurch zu besseren Behandlungserfolgen führen kann. Kurse sollten deshalb nicht als zusätzliche Belastung zur täglichen Arbeit präsentiert werden, sondern vielmehr als Möglichkeit zur Kompetenzerweiterung mit Gewinn von Effizienz und Zeit und somit auch an Befriedigung im Beruf. Migrationsspezifische Themen dürfen nicht nur in Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden, sondern müssen integrativer Bestandteil der Grund- und Weiterbildung von MedizinerInnen sein. (vgl. Gilgen 2002)

6. Lösungsvorschläge

Das Ziel der Studie zu Transkultureller Kompetenz in der Medizin war Verbesserungsmöglichkeiten und Lösungsvorschläge für eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung von ImmigrantInnen zu erarbeiten. Dies geschah in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten und durch Auseinandersetzung mit Literatur die Thematik betreffend.

Um die Gesundheitsversorgung für ImmigrantInnen zu verbessern gilt es „Community Interpreting“- Dienste und Übersetzungshilfen flächendeckend auszubauen sowie muttersprachliche Informationen vermehrt anzubieten. Weiters müssen den ÄrztInnen Ressourcen wie Zeit, Personal und Supervision zur Verfügung gestellt werden. In den Befragungen wurde immer wieder auf vorhandene Mängel an Ressourcen und die daraus resultierenden Einschränkungen die umfassendere medizinische Versorgung von ImmigrantInnen betreffend hingewiesen. Die Spezialambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsbedingte Störungen an der Universitätsklinik für Psychiatrie im AKH führte im Rahmen einer Studie des Ministeriums für Gesundheit und Frauen eine Rohanalyse der gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Problemsituation in der medizinischen und psychosozialen Versorgung von türkischen ImmigrantInnen durch. Es wurden zwanzig unselektierte PatientInnen türkischer Herkunft aus der Datenbank entnommen und ihr dort dokumentierter Weg durch die Gesundheitsinstitutionen evaluiert. Die Untersuchung ergab unter anderem 81% überflüssige Untersuchungsmaßnahmen, Fehldiagnosen und oftmaligen Arztwechsel. „Von ursprünglich fünfzehn berufstätigen TürklInnen waren aufgrund unzureichend spezifischer medizinischer Leistungen eine/r noch berufsfähig, die anderen waren auf Sozialleistungen oder Hilfe von Seiten ihrer Familie angewiesen.“ (BMGF 2005) Eine Sparpolitik im Gesundheitsbereich, die zeitliche und personelle Ressourcen einschränkt, kann nicht zielführend sein, denn Fehlbehandlungen und –medikation, „doctor shopping“, mangelnde „compliance“ und Gesundheitsprävention sind mindestens ebenso teuer. (vgl. Amesberger/Halbmayer/Liegl 2003)

Es müssen weiters Gesundheitskompetenzzentren und psychosoziale Beratungsstellen für ImmigrantInnen eingerichtet und gefördert werden.

Dazu ist eine gute Vernetzung zwischen dem Gesundheits- und dem sozialen Bereich von Nöten. Viele der befragten ÄrztInnen wissen nicht, zu welchen muttersprachlichen Beratungsstellen sie ihre PatientInnen verweisen oder wohin sie sich für unterstützende Maßnahmen wenden können.

Die medizinische und die psychosoziale Komponente bei der Betreuung von PatientInnen können nicht voneinander getrennt werden, weshalb in diesem Bereich bei sprachlichen wie auch kulturellen Barrieren Probleme auftreten. Professionelle DolmetscherInnen oder „Community Interpreter“ in das ÄrztInnen-PatientInnen Verhältnis miteinzubeziehen ersehen die ÄrztInnen nicht als zielführend, da Tabuthemen in Anwesenheit eines Fremden nicht besprochen werden können. Auch Patrick Volf erwähnt in seinem Bericht: „Wege zur Integration, Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“ die Schwierigkeit psychologische Betreuung oder Therapien unter Zuhilfenahme von Dolmetschern durchzuführen, da zahlreiche Themen nicht in der Gegenwart dritter Personen erörtert werden können. (vgl. Volf/Bauböck 2001) PatientInnen möchten oft keine fremden Personen in die vertrauliche Situation des ÄrztInnen - PatientInnen Gesprächs mit einbeziehen. (vgl. Juliard/Vivar/Delgado/Cruz/Kabak/Sabers 2008) Um hierbei Verbesserung zu erwirken sollten mehr Möglichkeiten geschaffen werden ImmigrantInnen für nichtmedizinische Gesundheitsberufe wie Ordinationsgehilfinnen anzuwerben und ihnen Fortbildungen in transkultureller Kompetenz ermöglichen. Weiters wäre zu fordern, dass ÄrztInnen, die sich um einen Kassenvertrag bewerben und eine interkulturelle Kompetenz besitzen für diese Qualifikation mehr Punkte und damit eine verkürzte Wartezeit für einen Kassenvertrag bekommen. Durch diese Maßnahmen könnte die Anzahl von transkulturellen MitarbeiterInnen im niedergelassenen Bereich erhöht und hiermit auch die Dolmetschproblematik verbessert werden. (vgl. BMGF 2005)

Transkulturelle Schulungen müssen an österreichische ÄrztInnen und ihre MitarbeiterInnen herangetragen werden und einen ersichtlich effizienten Charakter aufweisen. Ein Dialog zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Dolmetschern über die Vor- und Nachteile informeller und professioneller Übersetzungen ist notwendig um die Wahl der ÄrztInnen in

Einklang mit den Bedürfnissen der PatientInnen zu bringen. (vgl. Mac Farlane/Glynn/Mosinskie/Murphy 2008) Weiters müssen spezifische Probleme die Thematik betreffend systematisch wissenschaftlich aufgearbeitet und universitär an den medizinischen Fakultäten thematisiert werden.

Da sich im Allgemeinen die Überzeugung durchgesetzt hat, dass ÄrztInnen nicht davon ausgehen können nur Menschen zu betreuen, die Kultur und Herkunft mit ihnen teilen wird heute in der medizinischen Ausbildung Sozial- und Verhaltenswissenschaft zumindest zu einem gewissen Anteil berücksichtigt. Seit dem neuen Studienplan 2002/2003 wird an der Medizinischen Universität Wien in manchen Modulen medizinische Anthropologie als Pflichtfach gelehrt. Die StudentInnen sollen bis zum Ende ihrer Studienzeit befähigt werden sozialen und kulturellen Unterschieden respektvoll zu begegnen, den unterschiedlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen Aufmerksamkeit zu schenken und strukturelle Aspekte bei Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu erkennen. Weiters soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, die Vorherrschaft der Biomedizin kritisch zu hinterfragen und man lädt sie ein sich selbst und ihre eigenen Wertvorstellungen zu reflektieren. Durch die unterschiedlichen Lehransätze und andere Bewertungsgrundlagen in Prüfungssituationen haben die medizinischen Geisteswissenschaften noch eine Sonderstellung innerhalb des Medizinstudiums. Künftige Absolventenlehrgänge werden zeigen müssen, ob die Ausbildungsziele erreicht werden und die Anforderungen, die an moderne ÄrztInnen gestellt werden bewältigt werden können. Medizinische Anthropologie ist ein ideales Instrument um soziale Wissenschaft mit Medizin zu vereinen und sollte in Zukunft einen breiteren Eingang in die klinische Lehre finden. (vgl. Kutalek 2009)

Abschließend muss darauf hingewiesen werden, dass die Erhöhung transkultureller Kompetenz in der Gesundheitsversorgung eine Strategie zur Gesundheitsförderung von ImmigrantInnen ist, die ohne soziale Integration und gesellschaftspolitische Maßnahmen aber nur zu punktuellen Erfolgen führen kann. Die verschiedenen Gesellschaftlichen Bereiche wie Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit, soziale Sicherheit, politische Rechte und Gesundheit hängen eng miteinander zusammen

und können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Eine umfassende Integrationspolitik, in der die Aufnahmegesellschaft ihren Teil der Verantwortung für eine gelungene Integration von ImmigrantInnen übernimmt, ist notwendig, um gezielten gesundheitspolitischen Interventionen zum Erfolg zu verhelfen. Sehr oft wird den ImmigrantInnen, wie aus einigen Befragungen hervorgeht, die alleinige Schuld am beispielsweise nicht Erlernen der deutschen Sprache zugeschoben. Dass mangelnde Sprachkenntnisse mit dem Bildungshintergrund, den Arbeits- und Lebensbedingungen im Aufnahmeland oder sogar mit den Sprachkursangeboten zusammenhängen könnten wird, dabei nicht berücksichtigt. (vgl. Domenig 2003) Ein gerechtes Gesundheitssystem mit einem gleichen und ungehinderten Zugang für alle Bevölkerungsgruppen ist eine Idealvorstellung, an deren Annäherung durch eine kontinuierliche Adaption und Weiterentwicklung der sozialmedizinischen Versorgung gearbeitet werden muss. Eine Medizin, die ihren Auftrag ernst nimmt, muss der gesundheitlichen und sozialen Situation der in der gesamten Europäischen Union wachsenden Bevölkerungsgruppe der ImmigrantInnen Rechnung tragen. Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen sind ein Gewinn für die gesamte Bevölkerung, denn „wie diverse Studien zeigen, stellen ImmigrantInnen keine anderen Ansprüche an das Gesundheitssystem als Nichtimmigrierte, sondern an ihnen werden Mängel wie sie sich etwa durch Geringschätzung individueller Bedürfnisse ergeben deutlich sichtbar.“ (Amesberger/Halbmayer/Liegl) Die gesündesten Gesellschaften, sind die gerechtesten, in denen keine krassen Unterschiede bestehen und die einen hohen sozialen Zusammenhalt aufweisen. (vgl. Wilkinson 2001)

7. Schlusswort

Diese Studie startete mit dem Titel: „Interkulturelle Kompetenz in der Medizin“ und wandelte sich während der Forschung zu: „Transkulturelle Kompetenz in der Medizin.“ Die ausgiebigen Gespräche mit den ÄrztInnen, die Tagung wie auch Literatur zur gewählten Thematik machten mich auf die Zweischneidigkeit des Beachtens von kulturellen Lebenswelten bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen aufmerksam. Einerseits brauchen kulturell geprägte Lebensweisen und Traditionen einen gewissen Grad an Aufmerksamkeit, um den Menschen in seiner Gesamtheit wahrnehmen und medizinisch gut betreuen zu können, andererseits ist auch immer Vorsicht geboten, um nicht zu Kulturalisierungen beizutragen. Das Einteilen von Menschen bezüglich ihrer kulturellen Herkunft hat diskriminierende Auswirkungen und lässt keinen Raum für Individualität.

Den Begriff transkulturelle Kompetenz wählte ich, weil er diese Tatsache berücksichtigt, nicht die Kultur sondern das Individuum ins Zentrum stellt und trotzdem die Relevanz individueller Lebenswelten und ihre Auswirkungen auf den Menschen erkennt. Weiters fordert dieser Begriff die Auseinandersetzung mit dem eigenen soziokulturellen Hintergrund der ÄrztInnen und ruft zu Selbstreflexion auf. Die gesundheitliche Versorgung von ImmigrantInnen erfordert von den ÄrztInnen besondere Qualifikationen in transkultureller wie auch in sprachlicher Hinsicht.

Trotz der speziellen Bedürfnisse von ImmigrantInnen ist deren medizinische Betreuung im österreichischen Gesundheitssystem nicht offiziell geregelt. Die ÄrztInnen versuchen deshalb, im Rahmen ihrer praktischen und zeitlichen Ressourcen eine gute medizinische Versorgung für ImmigrantInnen zu gewährleisten. Sie werden von den PatientInnen auf Grund von Mißempfinden aufgesucht und nehmen ihre Aufgabe, Krankheit zu verhüten und zu heilen, so gut es ihnen möglich ist, wahr. Als zentrales Problem sehen die ÄrztInnen die Sprachbarriere, die die psychosoziale Betreuung von ImmigrantInnen fast unmöglich macht und Missverständnissen bezüglich Behandlungsanweisungen und Medikation Platz bietet. Um die sprachliche Barriere zu überwinden greifen die ÄrztInnen zu verschiedenen Maßnahmen. Sie bitten Sprechstunden-

gehilflInnen, Verwandte, Freunde oder Kinder der PatientInnen, andere PatientInnen aus dem Wartezimmer, Reinigungspersonal oder Hausarbeiter als Übersetzer bei den Behandlungen vor Ort zu sein. Professionelle Dolmetscher oder Community Interpreter werden von den befragten ÄrztInnen nicht herangezogen. Mit Ausnahme eines in einem Spital tätigen Kinderarztes, dem professionelle Dolmetscher von dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Neben der sprachlichen Barriere nehmen die ÄrztInnen auch eine kulturelle Barriere wahr, die sich in kulturspezifischen Gesten und religiösen Traditionen äußern. Die Ergebnisse der Befragungen zur Existenz einer kulturellen Barriere machen deutlich, dass ein Einteilen in Kulturen und den dazugehörigen Verhaltensweisen nicht ziel führend ist, weil sich jeder Mensch selbst sein Symbolsystem erarbeitet. Trotzdem ist ein Wissen zu gelebten Traditionen, Lebensweisen und unterschiedlichen Verständnissen von Krankheit und Heilung wichtig, um Begegnungen zu ermöglichen und Missverständnissen vorzubeugen.

Der letzte und dritte Teil, der sich aus den Forschungsergebnissen herauskristallisierte, war das Thema Zeit. In Gesprächen machten ÄrztInnen mehrmals auf ihre zeitlichen Ressourcen der kassenärztlichen Praxis aufmerksam und erwähnten Einschränkungen, die sie aus Zeitknappheit vornehmen müssen. Diese Einschränkungen betreffen das Hinzuziehen von professionellen Dolmetschern oder Community Interpretern, das Auseinandersetzen mit dem psychosozialen Hintergrund der PatientInnen und Teilnahmen an Fortbildungen zum Thema transkulturelle Kompetenz. Die befragten ÄrztInnen wissen, dass es bei der medizinischen Betreuung von ImmigrantInnen Verbesserungen bedarf, haben aber andere Interessenschwerpunkte und deshalb keine zeitlichen Ressourcen sich für diese Bevölkerungsgruppe zu engagieren. In diesem Zusammenhang ergaben die Forschungsergebnisse Parallelen zwischen den Themen Migration und Sucht. Die Randgruppe der süchtigen PatientInnen wird von mehreren der befragten ÄrztInnen medizinisch betreut und die Betreuung mittels Fortbildungen verbessert. Das Kassenverrechnungssystem erlaubt den ÄrztInnen den Mehraufwand, den sie durch dessen Betreuung erfahren, zu verrechnen. Auch die Gruppe der ImmigrantInnen bräuchte gezielte Dolmetschungen, Auseinandersetzen mit

ihrer psychosozialen Situation und Beachtung ihres soziokulturellen Hintergrundes bei der medizinischen Versorgung. Diese Anforderungen, die immigrierte PatientInnen an die ÄrztInnen stellen, müssen alleinig aufgrund von Eigenengagement der ÄrztInnen erfüllt werden und können deshalb auch ein schnelles Abhandeln der Behandlungssituation bewirken. Eine Verrechnungsmöglichkeit den zeitlichen Mehraufwand betreffend ist nur in geringen Fällen möglich.

Zu empfehlen wäre die Verrechnungsmöglichkeiten nicht an der Anzahl der Behandlungsfälle festzumachen sondern die in die Auseinandersetzung mit den PatientInnen investierte Zeit zu honorieren. Jedem Menschen sollte in Zeiten von Krankheit eine umfassende Betreuung in medizinischer wie auch psychosozialer Hinsicht möglich sein.

Die Interviews, die Teilnahme an der Tagung wie auch die literarische Auseinandersetzung mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen machten mich deutlich auf die Schwierigkeiten, mit denen ÄrztInnen wie auch ImmigrantInnen konfrontiert sind aufmerksam. Die Essenz die diese Forschung für mich hervorbringt ist: Dass eine Medizin, die Menschlichkeit in das Zentrum ihrer Aufgabe stellt, in diesem Gesundheitssystem zu einem der größten Anliegen werden sollte.

8. Anhang

Fragenkataloge

Wie hoch ist ca. der Prozentsatz ihrer PatientInnen mit Migrationshintergrund?

Aus welchen Ländern stammen diese vorwiegend?

Wie gut sind die Sprachkenntnisse ihrer PatientInnen mit Migrationshintergrund?

Wie überwinden Sie die Sprachbarriere?

Arbeiten Sie mit Dolmetschern? Wenn ja, warum? Wenn, nein, warum nicht?

Haben Sie Informationsmaterial für fremdsprachige PatientInnen?

Welches Wissen haben PatientInnen mit Migrationshintergrund über das österreichische Gesundheitssystem?

Was ist für Sie die größte Herausforderung bei der Arbeit mit PatientInnen verschiedener Herkunftsländer?

Sprechen Sie mit ihren PatientInnen über deren Glauben?

Sprechen Sie mit Ihren PatientInnen über Erfahrungen der Migration, Flucht und Konflikte, die sie erleben?

Wie sind ihre Erfahrungen im Bezug auf die Geschlechtlichkeit ihrer PatientInnen?

Erleben Sie kulturspezifische Krankheiten?

Haben Sie zeitlichen Druck, wenn ja, wie gehen Sie damit um?

Haben Sie Weiterbildungsmöglichkeiten im interkulturellen Bereich?

Haben Sie Interesse an Weiterbildungsmöglichkeiten im interkulturellen Bereich?

Wie wurden Sie in ihrer Ausbildung auf die Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund vorbereitet?

Was glauben Sie, wäre hilfreich für herangehende Ärzte um auf die kulturelle Vielschichtigkeit vorbereitet zu sein?

Erleben Sie eine kulturelle Barriere, wenn ja, inwiefern?

Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der kulturellen Herkunft einer/eines Patientin/Patienten und ihrem/seinem Zugang zu Krankheit und Heilung?

Beziehen Sie den kulturellen Hintergrund der PatientInnen in die medizinische Behandlung mit ein, wenn ja, inwiefern?

Was würden Sie sich im Bezug auf das Thema Interkulturalität in der Allgemeinmedizin wünschen?

Was war ihre Motivation Medizin zu studieren?

Wie lange sind Sie in dem Beruf des Arztes bereits tätig?

Darf ich Sie noch fragen wie alt Sie sind?

Details zu den Interviews

Interviewpartnerin A: 24.08.07, 8.00-8.45 Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 57 Jahre, seit 26 Jahren Führung einer Praxis für Allgemeinmedizin.

Interviewpartner B, 28.08.07, 10.00-11.30 Uhr

Arzt für Allgemeinmedizin, Alter: 57 Jahre, seit 30 Jahren Führung der Praxis für Allgemeinmedizin.

Interviewpartnerin C: 25.10.07, 19.00-19.50 Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 40 Jahre, längere Arbeit im Spital, seit einem Jahr Führung der Praxis für Allgemeinmedizin.

Interviewpartnerin D: 02.11.07, 9.30-10.15 Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 54 Jahre, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 24 Jahren.

Interviewpartnerin E: 23.11.07, 9:30-10:20 Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 39 Jahre, betreut zwei Praxen der Allgemeinmedizin in Vertretung und führt eine Privatpraxis für Allgemeinmedizin.

Interviewpartnerin F: 03.12.07, 15.45-16.30Uhr.

Ärztin für Kinderheilkunde in einem Spital.

Interviewpartner G: 08.12.07, 14.00-14.50 Uhr.

Arzt für Kinderheilkunde in einem Spital, Alter: 40 Jahre, seit 13 Jahren in diesem Beruf tätig.

Interviewpartner H: 12.12.07, 11.30-12.00 und 19.12.07, 12.00-13.00 Uhr.

Arzt für Allgemeinmedizin, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 22 Jahren.

Interviewpartner I: 17.12.07, 11.00-11.45 Uhr.

Arzt für Allgemeinmedizin, Alter: 60 Jahre, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 30 Jahren.

Interviewpartner J: 10.01.08, 10.00-10.45 Uhr.

Arzt für Allgemeinmedizin, seit 28 Jahren in dem Arztberuf tätig.

Interviewpartnerin K: 15.01.08, 14.00-14.50 Uhr

Ärztin für Allgemeinmedizin.

Interviewpartner L: 21.01.08, 15.15-15.50 Uhr.

Arzt für Allgemeinmedizin, Alter: 52 Jahre, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 24 Jahren.

Interviewpartnerin M: 22.01.08, 14.00-15.00 Uhr.

Führung einer Praxis für Allgemeinmedizin seit 27 Jahre, Pensionierung und Führung einer Privatpraxis für Allgemeinmedizin.

Interviewpartnerin N: 23.01.08, 19.30-19.10. Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 40 Jahre, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 12 Jahren.

Interviewpartnerin O: 05.02.08, 01.02.08, 9.30-10.15 Uhr.

Ärztin für Allgemeinmedizin, Alter: 54, Führung der Praxis für Allgemeinmedizin seit 22 Jahren.

Interviewpartner P: 26.01.08, 13.30-14.20 Uhr.

Arzt für Allgemeinmedizin.

Hinweise zur Transkription der Interviews

(...) Auslassung zum Glätten des Textes

B: Abkürzung für Befragte/Befragten

VK: Abkürzung für Interviewerin: Veronika König

Die Transkription erfolgte in Mundart. Dialektgefärbte Ausdrücke wurden in den verwendeten Textabschnitten geändert.

9. Literaturverzeichnis

Akbal S. (1998) Gesundheit von MigrantInnen. Teilprogramm des Wiener Gesundheitsplanes, Magistratsabteilung für Gesundheitsplanung L/II der Stadt Wien, Wien Vital 1998)

Amesberger H., Auer K., Halbmayer B. (2001) „Zugewanderte PatientInnen im Wiener Gesundheitssystem“, Institut für Konfliktforschung (IKF), Wien.

Amesberger H., Halbmayer B., Liegl B. (2003) Gesundheit und medizinische Versorgung von ImmigrantInnen in: Fassmann H., Stacher I.(Hg.) Österreichischer Migrations- und Integrationbericht, Drava Verlag, Wien, S. 171-194.

Ärztchammer für Wien a, Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
in: <http://www.aekwien.or.at/252.html>

Ärztchammer für Wien b, Leistungen korrekt verrechnen
in: http://www.aekwien.or.at/media/070219_leistungen_korrekt_verr.pdf

Benson H. (1997) Heilung durch Glauben. Die Beweise. Selbstheilung in der neuen Medizin, München.

Binder-Fritz C. (1997) Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich, ein aktuelles Thema in der Fortbildung von Krankenpflegepersonen. Berlin, Verl. für Wiss. und Bildung.

Böhm A. (2003) Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory, in: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke(Hrsg.) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 475-485.

Brucks U., Wahl W.B. (2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfs-

lücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für MigrantInnen und Migranten in: Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH, S. 15-33..

BMGF (2005) - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen.

in:http://www.bmgfi.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit, und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld in Kooperation mit infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH. Eigenverlag, Berlin.

Csitkovics M., Eder A., Matuschek H. (1997) Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Dokumentationsreihe des WHO-Projektes Wien – gesunde Stadt, Stadt Wien.

Domenig D. (1999) Die Vermittlung der transkulturellen Pflege im klinischen Kontext: Eine Gratwanderung. Pflege 1999, 12, S. 362-366.

Domenig D. (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz, Bern: Hans Huber Verlag.

Domenig D. (2003) Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung, in: Theda Borde, Matthias David (Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH, S. 85-103.

Dreißig V. (2005) Interkulturell Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund, Bielefeld: transcript Verlag.

Flick U. (1995) Qualitative Forschung, Reinbeck bei Hamburg.

Flick U., Kardoff E., Steinke I. (2003) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. in: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke(Hg.) Qualitative Forschung, ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg:Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 13-29.

Friedrich M., Akkaya T., Dervic K. (1999) Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkindern und –jugendlichen. Eine empirische Studie mit in Österreich lebenden aus der Türkei und Ex-Jugoslawien stammenden Familien im Zeitraum 1998-1999. Erstellt an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters im AKH Wien, 1999.

Geertz C. (1999) Dichte Beschreibung, Frankfurt am Main.

Gilgen D. (2002) Strategien zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen, Institut für Sozial und Präventivmedizin, Universität Basel: Konzept im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Fachstelle Migration und Gesundheit. [www.bag-admin.ch/sucht/migration/d/kompetenz.pdf](http://www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/kompetenz.pdf)

Glaser B. (1978) Theoretical Sensitivity: Advanced in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, Ca.: Sociology Press.

Glaser B., Strauss A. (1998) Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung, Bern.

Gollner A., Haas S., Kopp K., Lehner M., Pichlbauer E., Schnabl E., Unger T. (2005) Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung – Bestandsaufnahme und Analyse in Österreich und Europa, Studie im Auftrag des BMGF.

Gottschlich M. (2007) Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft emphatischer Kommunikation. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag GesmbH

und CoKG.

Greifeld K. (1995) Einführung in die Medizinethnologie, in: Pfeleiderer B., Greifeld K. (Hrsg.), Bichman W. Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin, Berlin: Reimer Verlag, S. 11-32.

Hall Edward T. (1973) „The silent language“, New York.

Hegemann T. (2001) Transkulturelle Kommunikation und Beratung in: Hegemann Thomas und Salman Ramazan, Bonn, S. 116-129.

Hopf C./Weingarten E. (Hrsg.) Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett.

Huber E. (1996) Das Gesundheitssystem macht die Ärzte krank. Studie der Berliner Ärztekammer in: Zukunft direkt (Janssen-Cilag). Neuss.

Hungerbühler H. (2002a) Migration bringt Sprachenvielfalt, in: Interpret' Schweizerische Interessensgemeinschaft zur Förderung von Übersetzungs und kultureller Mediation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich: Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial und Bildungsbereich, Bern: BAG-Mandat.

Hungerbühler H. (2002b) Sprachmitteln und Interkulturelles vermitteln im Gesundheits-Sozial und Bildungsbereich in: Interpret' Schweizerische Interessensgemeinschaft zur Förderung von Übersetzungs und kultureller Mediation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich: Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial und Bildungsbereich, Bern: BAG-Mandat.

Internationale Organisation für Migration (2003) Soziale Exklusion und Gesundheit von Migrantinnen in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Wien.

Janzen John M. (2002) An introduction to medical anthropology. Boston,

Mass. (u.a.): Mc Graw-Hill.

Juliard K., Vivar J., Delgado C., Cruz E., Kabak J., Sabers H. (2008) What Latina Patients Don't Tell Their Doctors: A Qualitative Study. Departments of Internal Medicine and Family Medicine, Ltheran Medical Center, Brooklyn, New York. Annals of Family Medicine, Vol. 6, No. 6, November/December 08.

Kalvelage B. (2003) Diabetes – Schulung türkischer Patienten – Wanderung zwischen therapeutischem Nihilismus und unrealistischer Erwartung in: Theda Borde, Matthias Davis (Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH, S. 35-42.

Kleinman A. (1980) Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley: University of California Press.

Knipper M., Akinci A. (2005) Wahlfach "Migrantenmedizin" Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund." Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema „Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt“ in Deutschland. GMS Z Med Ausbild; 22(4):Doc215.

Kovacs C. (1999) Hungarian university starts first migration medicine course. Br Med J 318: 624.

Kutalek R. (1999) Steven Lihonama Lutumo: Leben und Arbeit eines traditionellen Heilers der Bena Südwest-Tansanias, ein Beitrag zur biographischen Forschung in der Ethnomedizin. VWB Verlag.

Lamnek S. (1995) Qualitative Sozialforschung Band 1.:Methodologie, Band 2.: Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union (3., korr. Aufl.).

Luijten M.C.G., Tjadens F.L.J (1995) GPs in deprived neighbourhoods,

Leiden: Research voor Beleid.

Mac Farlane A., Glynn L. G., Mosinskie P.J., Murphy A.W. (2008) Responses to language barriers in consultations with refugees and asylum seekers: a telephone survey of Irish general practitioners. BMC Family Practice – BioMed Central.

Mayring P. (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Miles M.B., Huberman A.M. (1984) Qualitative data analysis. A source book of new methods. Beverly Hills: Sage.

Mikrozensus (1999) Ergebnisse zur Gesundheit in Wien, Magistrat der Stadt Wien.

Papies-Winkler I. (2003) „Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen- Ein Projekt des „Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks“ Berlin, in: Borde T., David M.(Hrsg.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 229-234.

Pöchlhammer F. (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Teil 2 einer Publikation der MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien.

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf,
in: www.psz-duesseldorf.de

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten (2000/2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III. Über- Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Schmid C. (1997) Am Material: Auswertungstechniken für

Leitfadeninterviews, in: Friebertshäuser B./Prenzel A.(Hg.): Handbuch qualitativer Methoden in der Erziehungswissenschaft, Weinheim, München: Juventa, S. 544-568.

Schmid C. (2003) Analyse von Leitfadeninterviews in: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hg.) Qualitative Forschung, ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 447-456.

Seidler E. (1978) Primärerfahrung von Not und Hilfe in: Schipperges H., Seidler E. (Hrsg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung, Freiburg, S. 399-418,

Stanjek K. (2001), Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung, in: Dagmar Domenig (Hrsg.) unter Mitarbeit von Andreas Altorfer, Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in der Pflege und Geburtshilfe, Bern, Verlag Hans Huber, S. 238-252.

Steinke I. (2003) Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hg.) Qualitative Forschung: Ein Handbuch, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S 319 333.

Strauss A., Farahaugh S., Suczek B., Wiener C. (1980) Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, S. 629-651.

Süddeutsche Zeitung (1999) Nr. 255, 4.Nov.

Van Wieringen J.C., Harmsen J.A., Bruijnzeels M.A. (2002) Intercultural communication in general practice. European Journal of Public Health, 12, S. 63-68.

Volf P., Bauböck R. (2001) Wege zur Integration: Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann. Bundesministerium für Bildung(Hrsg.), Wissenschaft und Kultur, Abteilung Gesellschaftswissenschaften) Klagenfurt, Drava Verlag.

Wilkinson RG. (2001) Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Springer, Wien New York.

Wimmer-Puchinger B., Gartner D., Wolf H., Akbal S. (1998) Die Lebens und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Eine Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung, Wien.

World Health Organisation. The World Health Report 1996-2001, Genf 1996.

Zimmermann E. (2000), Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin: Ausländische Patienten besser versorgen, Bern, Verlag Hans Huber.

10. Zusammenfassung

Die Studie zum Thema „Transkulturelle Kompetenz in der Medizin“ wurde durchgeführt, da der Forschungsstand diese Thematik betreffend in Österreich noch sehr gering ist und eine gute medizinische Versorgung für ImmigrantInnen nur durch Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen gewährleistet werden kann. Ihr Umgang, mit der, durch Sprach- wie auch kultureller Barriere, erschwerten Behandlungssituation und die Verhaltensweisen, die sie daraus ableiten, galt es zu erheben. Ich befragte sechzehn ÄrztInnen in dreiviertel bis eineinhalb stündigen Interviews, in denen sie über ihre Arbeitsweise im Praxisalltag bei der medizinischen Versorgung von ImmigrantInnen, über Verbesserungsmöglichkeiten im System und Vorschläge zur Ausbildung von MedizinerInnen berichteten. Die Interviews wurden Wort für Wort transkribiert und mittels Kategorisierung verdichtet und ausgewertet.

Aus den Befragungen resultierte, dass die sprachliche wie auch kulturelle Barriere die Hauptprobleme für ÄrztInnen bei der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen darstellen. Daraus können Missverständnisse entstehen und diese erschweren den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und somit das Einbeziehen des soziokulturellen Umfeldes und die psychosoziale Situation. Die ÄrztInnen sind zudem durch gefüllte Wartezimmer und der Verrechnungsart des Krankenkassensystems an ein zügiges Fortschreiten ihrer Arbeit gebunden.

Lebenslauf

Persönliches:

Name: Veronika König
Geboren am: 10.02.1978
In: Innsbruck
Kontakt: veronika.koenig@gmx.at

Bildungsweg:

Studium: Kultur- und Sozialanthropologie,
Internationale EZA, Spanisch;
Seit: Februar 2001;
Reifeprüfung: 23.01.2001 Bundesoberstufenrealgymnasium
für Berufstätige Wien;

Auslandsaufenthalte:

Mexiko (Chetumal, 9-10/01): Sprachaufenthalt;
Costa Rica (1-2/03): Sprachaufenthalt;
Guatemala (1-2/04): Sprachaufenthalt,

Berufliche Erfahrungen im Fachbereich:

Januar.06-.Oktober 06 Deutsch als Fremdsprache, Leitung von Übungsstunden, Institut Europea in Wien;