



universität
wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Patient taub – keine Anamnese möglich“

Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen im österreichischen
Gesundheitssystem und Lösungsansätze für eine gleichberechtigte
medizinische Versorgung

verfasst von / submitted by

Cornelia Zacek, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

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

A 066 841

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

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Petra Herczeg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 25.09.2017

Unterschrift

Danksagung

Ein ganz besonderer Dank geht an alle Expertinnen und Experten, die mir ihre Zeit für sehr ausführliche und manchmal lange andauernde Interviews gewidmet haben. Sehr interessante und vielfältige Gespräche haben nicht nur diese Arbeit, sondern letztendlich auch mich persönlich sehr bereichert.

Mein Dank gilt vor allem auch Patricia, die alle Gespräche mit gehörlosen Expertinnen und Experten sehr professionell gedolmetscht hat und mir auch mit ihrer Erfahrung immer wieder mit Rat und Tat zur Seite stand. Das gleiche gilt für meinen Kollegen Sreco, der mir nicht nur der beste Gebärdensprachlehrer ist, sondern der mir ebenso immer wieder interessante Informationen zukommen ließ und sich mit mir austauschte.

Ebenso danke ich Mag. Dr. Petra Herczeg für die Betreuung meiner Arbeit und die stets raschen Antworten auf meine E-Mails.

Meine engsten Kolleginnen Mona, Birgit und Amber, die alle Höhen und Tiefen während dieser Arbeit direkt miterlebt und über viele Monate geduldig ertragen haben und dabei sogar immer ein aufmunterndes und motivierendes Wort parat hatten – ihnen gilt ebenfalls mein allergrößter Dank!

Ebenso danke ich meiner Arbeitgeberin Mag. Karin Simonitsch, die mir in vielerlei Hinsicht Inspiration für diese Arbeit war und durch die es mir erst ermöglicht wurde, mich so ausführlich dem Thema Gehörlosigkeit zu widmen.

Mein Dank gilt auch meiner Schwester und meinen langjährigen Freundinnen, die immer für mich da sind und mir Halt geben. Besonders möchte ich mich auch bei Tamara für die Unterstützung bei der langwierigen Transkription der Interviews bedanken.

Ganz besonders danke ich meinem Lebenspartner Andreas, der mich stets motiviert und mir Kraft gibt, es immer schafft, mich aufzuheitern und der ein wunderbarer und gewissenhafter Lektor war.

Zu guter Letzt und an wichtigster Stelle danke ich meinen Eltern, allen voran meiner Mutter, die mir immer alles im Leben ermöglicht hat und dafür fast immer eigene Bedürfnisse hinten anstellte. Nicht nur die finanzielle, sondern auch die emotionale Unterstützung in allen Lebenslagen und während meiner gesamten Ausbildung, hat es erst ermöglicht, dass ich mich heute in der glücklichen Lage befinde, mein zweites Studium abschließen zu können.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Gesundheitskommunikation	5
2.1. Interpersonale Gesundheitskommunikation	7
2.1.1. Die Arzt-Patienten-Interaktion.....	7
2.1.2. Gesundheitskommunikation unter Laien	15
2.2. Gesundheitskompetenz	16
3. Barrieren in der Gesundheitskommunikation	21
3.1. Warum ist gelingende Gesundheitskommunikation wichtig?	21
3.2. Sprachbarrieren	23
3.2.1. Exkurs: Dolmetschen im Gesundheitsbereich.....	24
3.3. Kulturbarrieren	27
3.4. Soziale Barrieren	28
3.5. Geschlechtsspezifische Barrieren	31
3.6. Abbau von Barrieren in der Gesundheitskommunikation	32
4. Gehörlosigkeit	36
4.1. Wer ist gehörlos?	37
4.2. Geschichte und Kultur der Gehörlosen	39
4.3. Bildung und Spracherwerb bei Gehörlosen	42
4.3.1. Die Bildungssituation in Österreich	44
4.4. Barrierefreiheit für Gehörlose in Österreich	47
5. Gehörlosigkeit und Barrieren in der Gesundheitsversorgung.....	50
5.1. Internationaler Forschungsstand	50
5.1.1. Problemfelder und Barrieren in der Gesundheitsversorgung	51
5.1.2. Maßnahmen zum Abbau von Barrieren	58
5.2. Die Situation in Österreich	60
6. Empirische Untersuchung	67
6.1. Forschungsfragen	67
6.2. Methode.....	68
6.2.1. Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	70
6.2.2. Durchführung der Interviews.....	71
6.2.3. Auswertung der Interviews	72
6.3. Ergebnisse	73
6.3.1. Einführung	73

6.3.2 Problemfelder	74
6.3.3. Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren.....	84
6.3.4. Best Practice Beispiele	95
7. Fazit und Empfehlungen	97
I Literaturverzeichnis	103
II Anhang.....	123
Kurzfassung	123
Abstract	124
Interviewleitfaden	125
Beispiel-Transkripte der ExpertInnen-Interviews	127

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Interventionspunkte, um Gesundheitskompetenz zu stärken.....	19
Abb. 2: Wirkung der sozialen Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit	29

1. Einleitung

In Österreich leben laut Schätzungen ungefähr 450.000 Menschen mit einer Hörbehinderung, etwa 8.000 – 10.000 davon sind gehörlos (vgl. ÖGSDV o.J.). Gehörlosigkeit wird von Betroffenen dabei meist nicht als „Behinderung“ verstanden: Es gibt eine lebendige Gehörlosen-Gemeinschaft, die nicht nur eine eigene Sprache, sondern auch eine vielfältige Kultur pflegt. Man kennt sich untereinander, ist gut vernetzt und kann sich in vielen Lebensbereichen gut organisieren. Eine Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS) geht davon aus, dass bis zu 8.000 gehörlose Personen (0,1% der Bevölkerung) in Österreichischer Gebärdensprache kommunizieren (vgl. Hartl/Unger 2014: 42), die seit 2005 auch in der österreichischen Verfassung als eigenständige Sprache anerkannt ist. Viele Technologien, wie die Videotelefonie oder Smartphones im Allgemeinen, haben die Kommunikation unter Gehörlosen in den letzten Jahren zunehmend erleichtert. Dennoch sehen sie sich im Alltag immer wieder vor Herausforderungen gestellt. Der Österreichische Gehörlosenbund (o.J. a) bringt es auf den Punkt: „Nicht das Nicht-Hören ist das Problem, sondern die Barrieren.“.

Eine dieser Barrieren stellt das Gesundheitswesen dar. Die Probleme beginnen bei Information und Aufklärung zu wichtigen Gesundheitsthemen und verstärken sich bei akut notwendiger medizinischer Versorgung. Jeder Arztbesuch erfordert ein/e DolmetscherIn oder aufwendiges und nur unter großer Anstrengung mögliches Lippenlesen. Gesundheitsvorsorge und jegliche prophylaktische Maßnahmen stellen gehörlose Menschen vor Herausforderungen, da hinreichende Informationen oft nicht in der Gebärdensprache zur Verfügung gestellt werden.

Menschen, die schon von Geburt an gehörlos sind, erlernen die Lautsprache nur sehr schwer – sie können schließlich nicht hören, wie ein Wort ausgesprochen wird. Ebenso verhält es sich mit der schriftlichen Kommunikation. In Österreich gibt es nur vereinzelt Bildungsangebote in Österreichischer Gebärdensprache, in den Gehörlosenschulen wird ebenfalls hauptsächlich lautsprachlich unterrichtet (vgl. Krausneker/Schalber 2007: 75). Viele der in Österreich lebenden gehörlosen Menschen sind deshalb vom Kindesalter an auf das Lippenlesen angewiesen. Da damit aber nur maximal 30% der Laute richtig erfasst werden können, muss der Großteil der Botschaft erraten werden (vgl. Krausneker/Schalber 2007: 330). Diese Umstände führen zu einer Reihe von Handicaps in Beruf und Alltag, die Gehörlose meist gut bewältigen können. Geht es aber um gesundheitliche Probleme, kommen zusätzliche Faktoren hinzu, die die Kommunikation erschweren: In Österreich gibt es kaum Ärztinnen und Ärzte, die die Gebärdensprache

beherrschen (vgl. ÖQMed o.J.). Für einen Gehörlosen ist es schwierig, seine Symptome in Lautsprache zu schildern, der Arzt oder die Ärztin wiederum muss sich sehr viel Zeit nehmen, um dem Gehörlosen das Krankheitsbild verständlich zu machen. Nicht viele Arztbesuche lassen sich im Voraus so planen, dass ein/e DolmetscherIn mitgenommen werden kann. Dies liegt zum Teil auch daran, dass in Österreich ein Mangel an qualifizierten GebärdensprachdolmetscherInnen herrscht: Auf schätzungsweise 8.000 gehörlose Menschen, die die ÖGS nutzen, kommen derzeit nur etwa 100 ÖGS-DolmetscherInnen (vgl. Hartl/Unger 2014: 34). Zum Vergleich: In Schweden gibt es ebenfalls etwa 8.000 gehörlose Personen, denen fast 500 GebärdensprachdolmetscherInnen zur Verfügung stehen (vgl. GESDO o.J.).

Die wichtigsten Anlaufstellen für gehörlose Menschen im Gesundheitssystem sind die vier Gehörlosenambulanzen in Wien, Linz, Graz und Salzburg. Sie sind mit gebärdensprachkompetentem Personal besetzt und ersetzen oft den Hausarzt oder die Hausärztin. In ländlichen Gegenden hingegen sind gehörlose Menschen häufig noch von adäquater, barrierefreier medizinischer Versorgung ausgeschlossen. Vor allem hinsichtlich der Vorgaben der Österreichischen Gesundheitsziele, die festlegen, dass das Gesundheitssystem „so zu gestalten [ist], dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a: 12), besteht in diesem Bereich noch dringender Handlungsbedarf.

Die spezifische Situation der Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen in Österreich wurde bisher kaum wissenschaftlich berücksichtigt. Auf Engpässe und Barrieren aufmerksam gemacht haben bisher die Diskriminierungsberichte des Österreichischen Gehörlosenbundes, der 2007 veröffentlichte Bericht „Zeichen gehören gesetzt!“ des Gehörlosen-Schulungszentrums *equalizent* und eine parlamentarische Anfrage der gehörlosen Behindertensprecherin der Grünen, Helene Jarmer, aus dem Jahr 2010. Dieser Anfrage zu Kommunikationsdefiziten für Gehörlose in der Gesundheitsversorgung ist auch der Titel der vorliegenden Arbeit entnommen: „Patient taub – keine Anamnese möglich“ war lange Zeit eine durchaus übliche Aussage im österreichischen Gesundheitswesen (vgl. offenesparlament.at 2010). Im Herbst 2016 wurde in Österreich auch erstmals eine größere Umfrage unter gehörlosen Menschen zu diesem Thema durchgeführt. Die Marien Apotheke im 6. Wiener Gemeindebezirk, die zu diesem Zeitpunkt selbst drei gehörlose Mitarbeiter beschäftigte, befragte etwas mehr als 100 Gehörlose persönlich und mithilfe eines Online-Fragebogens zu verschiedenen Themen der Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse legten dabei ebenfalls einige

Barrieren in diesem Bereich offen (vgl. Marien Apotheke 2017c). Den tatsächlichen Gesundheitszustand gehörloser ÖsterreicherInnen im Vergleich zur hörenden Bevölkerung hat der Neurologe und Gründer der österreichischen Gehörlosenambulanzen, Johannes Fellingner, eingehend untersucht. Die Ergebnisse aus der Analyse von PatientInnendaten der Gehörlosenambulanzen belegen dabei einen schlechteren (psychischen) Gesundheitszustand vieler Gehörloser, der ebenfalls zum Teil auf Kommunikationsbarrieren zurückgeführt werden kann (vgl. Fellingner et al. 2005).

Der Mangel an ÖGS-DolmetscherInnen und vereinzelte Schwierigkeiten mit dem Gehörlosen-Notruf (vgl. ÖAR 2013) lassen vermuten, dass auch in der barrierefreien Notfallversorgung Gehörloser Defizite bestehen. Verschiedene Initiativen zur Lösung der Situation – wie etwa der Einsatz von VideodolmetscherInnen (vgl. Kletečka-Pulker 2013) – konnten bisher nicht langfristig umgesetzt werden.

Ziel dieser Arbeit ist deshalb, vor dem theoretischen Hintergrund der Bedeutung von Kommunikation im Gesundheitsbereich, die Situation und spezifischen Problemfelder für gehörlose Menschen im österreichischen Gesundheitssystem näher zu explorieren. Verschiedene Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren sollen zudem bewertet und deren Umsetzbarkeit in Österreich diskutiert werden. Dabei sollen in Österreich laufende oder schon erprobte Lösungsansätze ebenso berücksichtigt werden wie Vorgehensweisen mit anderen PatientInnengruppen und Best Practice Beispiele aus anderen Ländern. Folgende Forschungsfragen ergeben sich daraus:

FF 1: Welche Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen können im österreichischen Gesundheitswesen identifiziert werden?

FF 2: Wie kann eine barrierefreie Kommunikation zwischen gehörlosen PatientInnen und Gesundheitspersonal auch ohne anwesende DolmetscherInnen ermöglicht werden?

FF 3: Welche Best Practice Beispiele aus anderen Ländern oder Erkenntnisse aus dem Umgang mit anderen PatientInnengruppen könnten zur Lösung des Kommunikationsproblems beitragen?

Um Antworten auf obige Forschungsfragen zu finden, sollen zunächst die Rolle von Kommunikation im Gesundheitsbereich und die Auswirkungen von Kommunikationsbarrieren näher beleuchtet werden. Internationale Forschungsliteratur zu spezifischen Kommunikationsbarrieren für Gehörlose im Gesundheitswesen und eine Einordnung des bisherigen Wissenstandes zur österreichischen Situation sollen in Folge

eine Orientierung im spezifischen Themenfeld bieten. Um den Status Quo in Österreich dann tatsächlich in der Tiefe explorieren zu können, werden leitfadengestützte Interviews mit gehörlosen und hörenden ExpertInnen durchgeführt. Auf diese Weise kann ein möglichst umfassendes Bild der Situation gezeichnet werden, das auch eine erste Bewertung geeigneter Maßnahmen zum Abbau von Barrieren erlaubt.

2. Gesundheitskommunikation

Kommunikation findet auf allen Ebenen der menschlichen Existenz statt – unbewusst und bewusst, verbal und nonverbal, zwischen Individuen, Individuen und Organisationen, intrapersonal und natürlich auf gesellschaftlicher Ebene. Der deutsche Kommunikationswissenschaftler Klaus Merten (1977: 9) identifizierte in den 70er Jahren mehr als 160 verschiedene Definitionen von Kommunikation und machte dadurch auch deutlich, wie schwierig die exakte Bestimmung ist: „Offensichtlich ist die Alltäglichkeit von Kommunikation, ihre als selbstverständlich angenommene und in Anspruch genommene Simplität, der wissenschaftlichen Analyse nicht förderlich sondern, wie bei vielen anscheinend selbstverständlichen Phänomenen, eher hinderlich gewesen.“. Auch weil Kommunikation so alltäglich und allgegenwärtig ist, muss es laut Merten (1977: 12) oft erst zum Misslingen derselben kommen, damit eine grundlegende Analyse stattfinden kann. Von besonderer Bedeutung ist dies im medizinischen Bereich, wo Kommunikationsbemühungen die Wiedererlangung oder den Erhalt der Gesundheit betreffen. Gelingende Kommunikation kann in diesen Settings lebens- beziehungsweise überlebenswichtig sein. Auch diesem Gelingen oder Misslingen von Kommunikation widmet sich die Forschungsdisziplin der Gesundheitskommunikation. Die Schweizer Kommunikationswissenschaftler Hartung und Schulz (2014: 20) bezeichnen die Aufgabe des Forschungsfelds auch als „Studium des Nutzens von Kommunikation bei der Einflussnahme auf individuelle und kollektive Entscheidungen, die sich auf die menschliche Gesundheit auswirken.“.

Der sehr heterogene Forschungsbereich der Gesundheitskommunikation hat sich dabei zunächst in den USA entwickelt, wo bereits 1975 die Fachgruppe *Health Communication* von der *International Communication Association (ICA)* gegründet und in den frühen 90er Jahren erste Lehrbücher veröffentlicht wurden (vgl. Bonfadelli 2014: 16). Die Bedeutung und die Eingrenzung des Forschungsgebiets haben sich seitdem grundlegend verändert und erweitert. Auch wenn sich seit Beginn an unterschiedlichste Disziplinen wie die Medizin, Soziologie oder eben die Kommunikationswissenschaft mit der Gesundheitskommunikation beschäftigten, so war es vor 30 Jahren in nahezu allen Wissenschaften noch eher ein Randthema (vgl. Hurrelmann/Baumann 2014: 8). Erst gestiegenes Interesse der Praxis hat die Entwicklung des Forschungsgebiets Anfang der 90er auch im deutschen Sprachraum vorangetrieben (vgl. Bonfadelli 2014: 15).

Diese Entwicklung lässt sich auch anhand der unterschiedlichen Definitionen von Gesundheitskommunikation ablesen. So definieren die US-amerikanischen Gesundheitswissenschaftler Kreps und Thornton (1992: 2) den Begriff *der health*

communication zu Beginn der 90er Jahre noch sehr allgemein als „area of study concerned with human interaction in the health care process.“. Sie formulieren weiter: „It is the way we seek, process and share health information. Human communication is the singularly most important tool health professionals have to provide health care to their clients.“ (ebd.). Damit betonen Kreps und Thornton vor allem die Ebene der interpersonalen Kommunikation und nicht zuletzt deren Bedeutung im Gesundheitsmanagement. Nach dem Medienwissenschaftler Heinz Bonfadelli (2014: 17) ist die interpersonale Kommunikation der Mikroebene der Gesundheitskommunikation zuzuordnen. Diese Mikroebene umfasst ebenso die *intrapersonale* Kommunikation, also die Einstellungen und Meinungen zu Gesundheit, sowie die Nutzung und Wirkung von Medien in diesem Zusammenhang. Als darüber liegende Ebenen unterscheidet Bonfadelli die Medien- und die Mesoebene, wobei sich erstere vor allem mit Gesundheitskampagnen und dem Thema Gesundheit in den Medien beschäftigt, während die Mesoebene die Organisationskommunikation – etwa innerhalb von Gesundheitseinrichtungen – meint (vgl. ebd.). Auch Hurrelmann und Baumann (2014) nehmen in der zweiten Auflage ihres „Handbuch Gesundheitskommunikation“ Rücksicht auf die verschiedenen Kommunikationsebenen und postulieren eine erweiterte Definition, die auch dem breiten Anwendungsgebiet Rechnung tragen soll.

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direktpersönlich oder medienvermittelt erfolgen. Gesundheitsbezogene Kommunikation schließt dabei alle Kommunikationsinhalte ein, die sich auf Gesundheit, Krankheit oder deren Determinanten beziehen; gesundheitsrelevante Kommunikation umfasst alle Formen symbolvermittelter sozialer Interaktion, die – auch unabhängig von der Intention der Kommunikationspartner – das Gesundheitsverhalten direkt oder indirekt beeinflussen, oder durch dieses initiiert werden.“ (Hurrelmann/Baumann 2014: 13)

Die Autoren gehen in ihrer Definition dabei nicht nur auf einen breiten Kommunikationsbegriff und die verschiedenen Kommunikationsebenen ein, sondern benennen mit der *gesundheitsrelevanten Kommunikation*, die das *Gesundheitsverhalten* beeinflusst, einen wichtigen Aspekt, der im Zuge der Beschäftigung mit Gesundheitskommunikation nicht außer Acht gelassen werden sollte: Was ist eigentlich Gesundheit und in weiterer Folge das *Gesundheitsverhalten*?

Hurrelmanns eigene, interdisziplinäre Definition von Gesundheit berücksichtigt dabei sein sogenanntes Sozialisationsmodell. Dieses identifiziert bestimmte Risiko- und Schutzfaktoren und versteht Gesundheit als „Gleichgewichtsstadium zwischen den

Anforderungen von Körper und Psyche als ‚innerer Realität‘ und sozialer und physischer Umwelt als ‚äußerer Realität‘“ (Hurrelmann/Richter 2013: 138). Er nimmt dabei Anleihen am ganzheitlichen Gesundheitsansatz der WHO (o.J.), die Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being“ definiert, sowie am Salutogenese-Modell nach Aaron Antonovsky, der diesen Begriff in den 70ern als Gegenstück zur Pathogenese entwickelt hat (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 120). Auch die Gesundheitswissenschaftler Schnabel und Bödeker (2012) gehen in ihrem Werk „Gesundheitskommunikation: Mehr als das Reden über Krankheit“ auf Antonovskys Konzept der Entstehung von Gesundheit ein. Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive fassen die beiden Autoren zusammen, dass nach Antonovsky Gesundheit eine *Leistung* ist, welche zu erbringen, der Mensch erst durch „bedarfsorientierte Kommunikation mit Versorgungs- und Gesundheitsexperten und Sozialisation befähigt werden muss“ (Schnabel/Bödeker 2012: 66).

Eben diese beiden von Schnabel und Bödeker angesprochenen Punkte, die *Kommunikation mit Versorgungs- und Gesundheitsexperten* sowie die *Sozialisation*, sollen Fokus dieser Arbeit sein. Dabei sprechen sie nicht nur die direkte, interpersonale Gesundheitskommunikation an, sondern mit der *Befähigung durch Sozialisation* auch die Einstellungen und das Wissen über Gesundheit, das im Laufe des Lebens erlangt wird. Diese sogenannte Gesundheitskompetenz oder *health literacy* ist nach Bonfadelli (2014: 24) ebenso der Mikroebene der Gesundheitskommunikation zuzurechnen und bildet einen eigenen, relativ jungen, Forschungsbereich. Da diese den Gesundheitsversorgungsprozess ebenso bedeutend beeinflusst wie die interpersonale Gesundheitskommunikation, sollen im Folgenden deshalb beide Bereiche näher erörtert werden.

2.1. Interpersonale Gesundheitskommunikation

Die Arzt-Patienten-Interaktion und das ärztliche Gespräch stellen zweifellos die am intensivsten beforschten Teilgebiete der interpersonalen Gesundheitskommunikation dar. Die zunehmende Digitalisierung rückt aber auch den Austausch zwischen Laien zum Thema Gesundheit in den Fokus der Forschung (vgl. Koch 2010: 28). Im Folgenden wird deshalb auf beide Teilgebiete näher eingegangen.

2.1.1. Die Arzt-Patienten-Interaktion

„Die Medizin der Zukunft wird eine kommunikative sein oder sie wird die Menschen verlieren, für die sie eigentlich da ist.“ (Gottschlich 1998: 1)

Die Schlüsselrolle, die die Kommunikation in der medizinischen Versorgung innehat, manifestiert sich vor allem in der direkten Arzt-Patienten-Kommunikation. Wie bereits in der Einleitung des Kapitels kurz erwähnt, sehen die Gesundheitswissenschaftler Kreps und Thornton (1992: 2) Kommunikation gar als „einzig wichtiges Werkzeug“ medizinischer Fachkräfte an, um ihre KlientInnen zu versorgen. Dass auf eben diese Bedeutung von Kommunikation aus ärztlicher Sicht kaum Rücksicht genommen wird, prangerte der österreichische Kommunikationswissenschaftler Maximilian Gottschlich schon Ende der 90er an. Die Bedeutung von Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung, so postuliert er in seinem Werk „Sprachloses Leid: Wege zu einer kommunikativen Medizin“, werde entweder negiert oder erfolgreiche Kommunikation bloß inszeniert (Gottschlich 1998: 30). Mit Inszenierung von Kommunikation meint Gottschlich (ebd.: 29) dabei „eingeübtes Kommunikationsverhalten“ seitens des medizinischen Personals, das zum bloßen Zwecke der Durchsetzung von Therapieformen diene. Die niederländische Gesundheitswissenschaftlerin Wies Weijs (1994: 257) stellte Anfang der 90er ebenfalls fest, dass sich Forschungsbemühungen und Kommunikationstrainings hauptsächlich darauf konzentrieren, wie MedizinerInnen Informationen in adäquater Weise an PatientInnen übermitteln können, um diese von Therapieformen zu überzeugen und das „größte Problem in der Gesundheitsversorgung“, die *Non-Compliance*, also Nicht-Einhaltung der Therapie, zu eliminieren.

Die Gesprächsqualität in der Arzt-Patienten-Interaktion war auch Thema einer umfangreichen Studie, die das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2014 in Auftrag gab. Grund dafür war unter anderem das Ergebnis der *European Health Literacy Survey*, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in 8 europäischen Ländern, darunter Österreich, erhob und im Jahr 2012 veröffentlicht wurde (vgl. HLS-EU Consortium 2012: 1). Die Studie attestierte der österreichischen Bevölkerung eine mangelnde und im europäischen Vergleich unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz (nach Selbsteinschätzung der ProbandInnen) und förderte gravierende Kommunikationsprobleme im Rahmen von Arzt-Patienten-Gesprächen zutage. Es zeigte sich, dass fast ein Drittel der ÖsterreicherInnen (31,9 %) Probleme hat, auf Basis ärztlicher Informationen und Empfehlungen, eigenständige Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit zu treffen und gar mehr als die Hälfte (56,5%) Schwierigkeiten dabei hat, Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden abzuwägen (vgl. ebd.: 12). 2013 kam auch die Arbeitsgruppe, die anlässlich der Umsetzung der österreichischen Gesundheitsziele zum Thema Gesundheitskompetenz eingesetzt wurde, zu dem Ergebnis, dass Gesundheitskompetenz im Arzt-Patienten-

Gespräch nicht nur gefordert ist, sondern auch gebildet wird (vgl. Sator/Menz/Nowak 2015: 1). Eine weitere PatientInnenbefragung, die teilweise auf Berichtsfragen zur Arzt-Patienten-Kommunikation beruhte und vom Worldwide Independent Network of Market Research (2011: 8) in 39 Ländern durchgeführt wurde, ergab, dass ÖsterreicherInnen die Kommunikations- und interpersonellen Kompetenzen ihres Arztes oder ihrer Ärztin eher schlecht bewerten. Der sogenannte CAT (Communication Assessment Tool)-Wert, der die Bewertung der Kommunikationskompetenz ausdrückt, sank in Österreich im Vergleich zum Vorjahr und zu den anderen untersuchten Ländern sogar am stärksten (vgl. ebd.). GesundheitsexpertInnen, die die Autoren Marlene Sator, Florian Menz und Peter Nowak (2015: 26) zur weiteren Beurteilung der Gesprächsqualität in österreichischen Arztpraxen mittels Leitfaden-Interviews befragt haben, kamen ebenfalls überein, dass „die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation ungenügend ist und großer Entwicklungsbedarf besteht“. Sator, Menz und Nowak (ebd.: 52) ziehen letztlich den Schluss, dass die längst überholten „traditionellen Bilder einer paternalistischen und krankheitsorientierten Medizin“, die die Arzt-Patienten-Kommunikation in Österreich immer noch prägen, zugunsten einer Sichtweise, die selbstbestimmte PatientInnen im Fokus hat und die Gesundheitsversorgung „im Kern als eine kommunikative Aufgabe“ ansieht, aufgelöst werden müssen.

Die beiden deutschen Gesundheitswissenschaftler Peter Schnabel und Malte Bödeker (2012: 84) beschäftigten sich ebenfalls mit dem immer noch starken Fokus auf „den angepassten, kooperationsbereiten Patienten“ und schreiben diesen vor allem der „versorgungsfunktionalen Denk- und Forschungstradition“ zu. Sie kritisieren, dass die Kommunikationsstrategie, die es benötigt, um diese Compliance herzustellen, höchst widersprüchlich sein muss: „Durch sie soll einerseits umfängliches Wissen erzeugt, gleichzeitig aber auch die Bereitschaft vermittelt werden, dieses Wissen nur begrenzt, d.h. nur in einem Maße anzuwenden, welches den Interessen der beratenden, pflegenden und/oder behandelnden Person entspricht.“ (ebd.: 85). Stattdessen wäre den Autoren zufolge ein stärkerer Fokus auf das „Empowerment“ der PatientInnen, also auf die Befähigung zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, wünschenswerter (vgl. ebd.: 87). Schnabel und Bödeker (2012: 88) postulieren ebenfalls, dass „hohe kommunikative Kompetenzen“ auf beiden Seiten vorausgesetzt sein müssen, um so eine Art von Arzt-Patienten-Kommunikation zu gewährleisten.

In welchem Maß nun die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit von gelingender oder misslingender Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflusst wird, haben zahlreiche Studien untersucht. Di Blasi et al. (2001) haben etwa eine umfangreiche

Übersichtsarbeit vorgelegt, die den Einfluss von Kontextfaktoren auf den *health outcome*, also den Gesundheitszustand, im Fokus hat. Die Hälfte der 25 untersuchten Studien konnte dabei einen signifikant positiven Effekt der Arzt-Patienten-Beziehung auf den Gesundheitszustand der PatientInnen nachweisen (vgl. ebd.: 759). Eines der häufigsten signifikanten Ergebnisse war dabei, dass medizinisches Personal, das sich um eine gute und freundliche Arzt-Patienten-Beziehung bemühte, wesentlich effektiver war, als jenes, das Konsultationen eher formal abhielt (vgl. ebd.: 760). Auch eine Fallstudie, die 2001 auf der kardiologischen Station des Wiener Allgemeinen Krankenhauses durchgeführt wurde, kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Autoren Trummer et al. (2006: 304) konnten im Rahmen dieser Studie nachweisen, dass die verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation, nachdem das medizinische Personal Kommunikationstrainings absolviert hatte, einen stark signifikanten Effekt auf die post-operative Genesung von PatientInnen hatte. Nicht nur die Länge des stationären Aufenthalts, sondern auch das Auftreten post-operativer Tachyarrhythmien konnte reduziert werden. Zudem wurden PatientInnen früher aus der Intensivpflege entlassen und ihre Zufriedenheit mit der Kommunikationsqualität des betreuenden ärztlichen Personals konnte gesteigert werden (vgl. ebd.: 299).

Die Kommunikationsfähigkeit von ärztlichem Personal sehen auch Löwe und Meyer (2010: 19) als entscheidenden Faktor in der Arzt-Patienten-Beziehung an. Die Autoren definieren diese dabei als eine von zwei „Säulen der Arzt-Patient-Kommunikation“ und postulieren, dass die Effektivität der Arzt-Patienten-Kommunikation immer durch die individuelle Kommunikationsfähigkeit begrenzt ist (vgl. ebd.). Die zweite Säule nach Löwe und Meyer (ebd.: 25) stellen dabei die „bio-psycho sozialen Befindlichkeiten der PatientInnen“ dar. PatientInnen, die ihre Beschwerden aus unterschiedlichen Gründen nicht direkt kommunizieren (können), beeinflussen die Arzt-Patienten-Kommunikation somit auch ungeachtet der Kommunikationsfähigkeit des Arztes oder der Ärztin. Die Autoren geben jedoch zu bedenken, dass adäquates Kommunikationstraining dies ausgleichen und ärztliches Personal zum „Entschlüsseln“ dieser Botschaften beziehungsweise zur richtigen Interpretation des Nicht-Gesagten befähigen kann (vgl. ebd.: 26).

Der deutsche Sprachwissenschaftler und Gesundheitsexperte Sascha Bechmann (2014: 147) warnt in seinem Werk „Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung“, dass das Informationsdefizit vieler Ärztinnen und Ärzte bedingt durch fehlerhafte oder unzureichende Mitteilung durch PatientInnen im schlimmsten Fall zu Fehldiagnosen führt. Neben den zuvor angesprochenen bio-psycho sozialen

Befindlichkeiten der PatientInnen, ist ein weiterer wesentlicher Faktor dabei die Zeit. Der Zeitmangel wird sowohl von PatientInnen als auch von medizinischem Personal häufig beklagt (vgl. ebd.). Die Situation wird noch verschlimmert durch den Umstand, dass mangelnde Zeit seitens der PatientInnen oft auch mit mangelndem Vertrauen gleichgesetzt wird (vgl. ebd.: 146). Bechmann (ebd.: 147) erläutert dazu, dass diese Klagen über den Zeitmangel zwar „berechtigt, aber unnötig“ seien. Denn: „Im Vordergrund steht nicht die Dauer der Konsultation, sondern die Effektivität der Gesprächsführung durch den Arzt.“ (ebd.). Die Kommunikationsfähigkeit des ärztlichen Personals wird also auch von ihm als entscheidender Faktor betrachtet.

Neben der individuellen Kommunikationsfähigkeit von ärztlichem Personal und PatientInnen spielen zahlreiche weitere Faktoren eine Rolle bei dieser Form der interpersonalen Kommunikation. Zum einen nehmen PatientInnen im Setting des ärztlichen Gesprächs mehrere verschiedene Rollen ein, etwa jene von „KlientInnen, KundInnen und MitarbeiterInnen am Genesungsprozess“ (Schäffner 2012: 21). Zum anderen sind sie oft allein durch das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt einem gewissen Stress ausgesetzt. Dieses Phänomen wird auch als „White-Coat-Effekt“ bezeichnet (vgl. Löwe/Meyer 2010: 26). Der Effekt ist zum Teil auf die starke Asymmetrie der Kommunikationsbeziehung zwischen MedizinerIn und PatientIn zurückzuführen, die sich auf das Kommunikationsverhalten etwa in Form von dominantem, sprachlichem Verhalten, auswirkt (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 19; Menz 2013: 7). Die Ungleichheit der KommunikationspartnerInnen ist auch durch den institutionellen Rahmen bedingt. Der oft formelle Rahmen der Arztpraxis und die unterschiedlichen Kommunikationsebenen der GesprächspartnerInnen können nicht nur ein Gefühl von Distanz erzeugen (vgl. Bechmann 2014: 151), das ärztliche Gespräch wird auch maßgeblich vom institutionellen Zweck bestimmt (vgl. Menz 2015: 75). Dies bedeutet nach Menz (ebd.) auch, dass ärztliche Gespräche „medizinischen Aufgaben der Informationssammlung zum Zweck einer Diagnosebildung, strukturellen Aufgaben der zeitlichen, räumlichen und personellen Planung und interaktiven Ansprüchen der Beziehungsgestaltung“ dienen müssen.

Schließlich stellen die soziale Schicht und die zum Teil daraus erwachsende Gesundheitskompetenz wesentliche Einflussfaktoren der Begegnung zwischen MedizinerIn und PatientIn dar. Peter Schnabel (2009) hält dazu fest:

„Diese Zusammenarbeit [zwischen MedizinerIn und PatientIn; Anm. d. Verf.] verläuft, wie man inzwischen weiß, umso reibungsloser, je gleicher die individuellen und sozialen Voraussetzungen sind, unter denen sich die Kommunikationspartner begegnen. Denn von dieser Reibungslosigkeit im Sinne

einer wirksamen Behandlung profitieren diejenigen am meisten, die aufgrund ihres gehobenen Status, ihrer besseren Bildung und ihrer guten materiellen Lage aus der Kommunikationssituation zwischen Arzt und Patient, Dienstanbieter und Klient, den für sie größten Nutzen zu ziehen vermögen.“ (Schnabel 2009: 44)

Diese *Gesundheitsfähigkeit* muss deshalb möglichst früh gefördert werden, da sie laut Schnabel nur von jenen erlangt werden kann, die nicht nur durch Sozialisation, sondern auch durch „bedarfsbedingte Kommunikation mit Versorgungs- und Gesundheitsexperten dazu befähigt worden sind“ (Schnabel/Bödeker 2012: 66). Diese Grundvoraussetzungen können, wenn sie fehlen, eine der größten Barrieren zum adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem darstellen und werden daher in Kapitel 2.3. noch näher erörtert.

Ein weiterer Forschungsbereich der Gesundheitskommunikation, der vor allem aktuell zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist der Einfluss des technischen Fortschritts und der Digitalisierung auf die Arzt-Patienten-Interaktion. Die ständige Verfügbarkeit von relevanten Gesundheitsinformationen im Internet beeinflusst nicht nur maßgeblich die Gesundheitskommunikation im Laiensystem, sondern verändert auch die Strukturen und das Verhalten in der Arzt-Patienten-Interaktion. Das oft paternalistische Gefüge, in welchem der Informationsfluss einseitig vom ärztlichen Fachpersonal zum Behandelnden verläuft, wird durch die veränderte Wissenslage und den „informierten Patienten“ aufgebrochen (vgl. Eichenberg 2011: 69). Die deutschen Kommunikationswissenschaftler Lars Rademacher und Nadine Remus (2010: 42) sehen im „Aufbruch“ dieser Wissensstrukturen eine Chance, die traditionelle Distanz zwischen MedizinerInnen und Behandelten abzubauen. Sie kritisieren, dass gerade im Gesundheitswesen die aktive Einbindung von PatientInnen viel zu lange verabsäumt wurde und diese auch jetzt nur „an den unabdingbaren Stellen“ (ebd.: 43) einbezogen werden. Auch Kray (2010: 11) sieht in der digitalen Kommunikation eine Möglichkeit zum Wandel des festgefahrenen „Sprechstunden“-Systems zwischen ärztlichem Personal und PatientInnen, das im 21. Jahrhundert durch immer größere Geld- und Zeitknappheit im Gesundheitssystem zunehmend schwieriger durchzusetzen ist. Der Arzt und Betriebswirt Udo Janßen (2010: 142) hält dagegen, dass PatientInnen trotz der ständig abrufbaren Flut an Gesundheitsinformationen immer nur „teilinformiert“ bleiben und die Nutzung dieses Wissens möglicherweise „nur eine konsequente Antwort auf den Informationsfortschritt in der Gesellschaft, aber keine tatsächliche Änderung des Patientenverhaltens“ bedeutet. Dies auch, weil das Auffinden und Rezipieren von teilweise hochkomplexen Gesundheitsinformationen nicht gleichbedeutend mit dem Verstehen dieser ist. Rademacher und Remus (2010: 57) fordern vom ärztlichen

Personal in diesem Sinne letztlich eine Art „Lotsenfunktion“, um mit den PatientInnen gemeinsame Entscheidungen treffen zu können. Die Autoren fassen in diesem Kontext sehr gut zusammen:

„Wenn das Gesundheitswesen selbst nicht in kürzester Zeit die kommunikativen Strukturen aufbaut, um die inhärente Eigenkomplexität in angemessene Begriffe zu fassen und verständlich an die wichtigste Zielgruppe, die Patienten, zu transportieren, wird es vom gesellschaftlichen Willen zu mehr Transparenz und den vielfältigen Angeboten überrollt. Dann werden Informationsanbieter aus dem Netz ihnen den Rang ablaufen und die Deutungsmacht übernehmen.“ (Rademacher/Remus 2010: 56)

Der Informationsfluss und die Wissensstruktur sind allerdings nicht die einzigen Parameter, die durch die Digitalisierung beeinflusst werden. Auch der Modus des Arzt-Patienten-Gesprächs kann aufgrund neuer Technologien variieren. Unter dem Schlagwort *eHealth* wird laut WHO (2017) ganz allgemein „the use of information and communication technologies (ICT) for health“ verstanden. Von der Nutzung von Apps, die Gesundheitsdaten aufzeichnen, bis hin zu Arzt-Patienten-Gesprächen, die über Videotelefonie geführt werden, ist darunter ein breites Spektrum an Anwendungsformen zu verstehen, die digitale Kommunikationsmöglichkeiten zu Gesundheitszwecken einsetzen. Die direkte Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und PatientInnen über Kommunikationstechnologien wie die Videotelefonie wird auch dem Unterbereich der *Telemedizin* zugeordnet. Ganz einfach gesagt sollen dabei „medizinische Leistungen, wie zB Diagnostik und medizinische Notfallversorgung, trotz räumlicher Distanz ermöglicht werden.“ (Schmid 2016: 12). Ferndiagnosen via Videochat oder die telemedizinische Überwachung von Vitalparametern chronisch Kranker stellen etwa Anwendungsgebiete der Telemedizin dar (vgl. ebd.: 13).

Während die Ferndiagnose in skandinavischen Ländern bereits weit verbreitet ist, um der ärztlichen Unterversorgung in ländlichen Gebieten zu begegnen, ist sie in Deutschland und Österreich grundsätzlich verboten (vgl. ebd.: 12). Im österreichischen Ärztegesetz § 49 Abs 2 ist dazu wie folgt bestimmt: „Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben.“ (Thiele o.J.: 2). Dies bedeutet, dass sich die Ärztin oder der Arzt „einen persönlichen Eindruck vom Zustand des Patienten zu verschaffen hat.“ (Wallner 2016: 29). Auf welche Weise er dies macht, ist rechtlich allerdings nicht eindeutig geregelt und obliegt der Ärztin oder dem Arzt selbst. Der Einsatz telekommunikativer Mittel zur Erbringung ärztlicher Leistungen ist rechtlich daher äußerst strittig und wird in Österreich derzeit kontrovers diskutiert (vgl. ebd.).

Die entsprechenden Gesetze sind allerdings nur eine von vielen Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um telemedizinische Anwendungen tatsächlich flächendeckend zu etablieren. Weitere Gründe dafür, dass solche Anwendungen in manchen Ländern bereits stärker genutzt werden, sind beispielsweise auch topographische Voraussetzungen (vgl. Riedler 2016: 49). Länder, die eine unterschiedliche Besiedlungsdichte oder ein starkes Stadt-Land-Gefälle aufweisen, verwenden ärztliche Beratung und Diagnose über Telekommunikation auch, um Menschen in entlegenen Gebieten zu erreichen. Ebenso von Bedeutung sind die Anbindungs- und Nutzungsrate des Internets sowie die Akzeptanz von telemedizinischen Anwendungen beziehungsweise eHealth in der Bevölkerung (vgl. ebd.: 51). Nicht zuletzt spielt auch die Struktur des Gesundheitssystems, also etwa die Krankenhausdichte, eine Rolle (vgl. ebd.: 50).

In Österreich werden telemedizinische Anwendungen in der Praxis häufig zur Heranziehung weiterer ärztlicher Expertise, etwa bei der ärztlichen Konsultation von Radiologen zur weiteren Beurteilung von Röntgenbildern, verwendet (vgl. Wallner 2016: 28). Des Weiteren ist die Behandlung und „Überwachung“ chronisch kranker Menschen ein Thema (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016). Wichtigste Voraussetzung dafür ist laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (ebd.) immer die „sichere Übertragung medizinischer Daten für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten in Form von Text, Ton und/oder Bild“.

Aber nicht nur das sogenannte telemedizinische *Monitoring* nimmt laufend zu, vor allem in Deutschland etablieren sich zunehmend medizinische Beratungsangebote, die unter Verwendung von Telekommunikationsmitteln in Anspruch genommen werden können. Es etablieren sich Plattformen, die die Einholung von Zweitmeinungen zu medizinischen Diagnosen – etwa auch Krebsdiagnosen – vereinfachen sollen oder Videosprechstunden, die, unter Nutzung einer verschlüsselten Verbindung, Gespräche mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ermöglichen. „Dr. Johannes“, ein deutscher Arzt, der im Internet hauptsächlich eine Aufklärungs- und Informationsfunktion wahrnimmt, zählt ebenso zu den neueren Phänomenen (vgl. Krüger-Brand 2016: 168f). In Österreich wurde zu diesem Zweck im Frühjahr 2017 eine „Gesundheitsnummer“ für Wien, Niederösterreich und Vorarlberg eingerichtet, die rund um die Uhr erreichbar ist und wo diplomiertes Krankenpflegepersonal bei gesundheitlichen Fragestellungen zur Verfügung steht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017b). Damit soll nicht nur die ständige Verfügbarkeit

gesicherter Expertenmeinungen gewährleistet sein, sondern auch die PatientInnenanzahl in den Ambulanzen reduziert werden (vgl. ebd.). Dies rührt auch daher, dass „rund 70% der Menschen ihre gesundheitlichen Beschwerden bezüglich Dringlichkeit – im Sinne einer dringend notwendigen Behandlung durch Ärztin oder Arzt – falsch einschätzen“ (Weik 2016: 12). Eine Evaluierung des Services steht aufgrund der kurzen Einsatzzeit noch aus.

2.1.2. Gesundheitskommunikation unter Laien

Man nimmt an, dass rund 80% aller gesundheitsbezogenen Probleme oder Ereignisse in der Familie, im Bekanntenkreis oder mit „alternativen Diensten“ wie etwa Apotheken oder Beratungsstellen bewältigt werden (vgl. Schnabel 2009: 40). Auch wenn dieser Prozentsatz recht hoch erscheint, so führt Schnabel (ebd.) schlüssig aus, dass ohne diese Form der Bewältigung das Gesundheitssystem und all seine AkteurInnen wohl heillos überlastet wären. Der Gesundheitspsychologe Toni Faltermaier (2016: 230) kritisiert, dass diese Bedeutung des Laiensystems sowohl in Forschung als auch Praxis lange Zeit unterschätzt wurde und immer noch zu wenig Beachtung erhält. Zum Laiensystem zählt er dabei verschiedene soziale Einheiten wie die Familie, das Arbeits- sowie das Wohnumfeld und schließlich Selbsthilfegruppen (ebd.: 235 f).

Die Digitalisierung und die damit einhergehende ständige Verfügbarkeit von Informationen haben der Laienkommunikation über Gesundheit und Krankheit – wie im vorangegangenen Unterkapitel bereits angedeutet – noch weitere Dimensionen hinzugefügt. Informationen und Wissen, das PatientInnen sich auf diese Weise aneignen, sind aber nicht nur für die Arzt-Patienten-Kommunikation von Bedeutung. So ist es nun auch einfacher denn je, sich *anonym* und über alle (Landes-)grenzen hinweg mit anderen Laien über gesundheitliche Probleme oder Fragen auszutauschen. Constanze Rossmann (2010: 341) fasst diese *Gesundheitskommunikation im Internet* als „all jene internetbasierten Anwendungsmöglichkeiten, die einen individualkommunikativen Austausch über oder die massenkommunikative Bereitstellung von Gesundheitsinformationen ermöglichen“ zusammen. Damit geht sie auf eben diese beiden angesprochenen Bereiche, die Rezeption und den Austausch von Gesundheitsinformationen, ein, die einen wichtigen Stellenwert in der Laienkommunikation haben. Letzterer Bereich, der in sogenannten *health communities* stattfindet, zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass Laien dabei zur gleichen Zeit als „ProduzentInnen und RezipientInnen“ von Gesundheitsinhalten agieren (ebd. 342). Als häufigste Vorteile der Online-Kommunikation über Gesundheit werden Interaktivität, Niederschwelligkeit des Angebots, Aktualität und emotionale Unterstützung durch

andere NutzerInnen genannt (vgl. Kleinke 2015: 405). Die Art der Informationssuche und Beteiligung am Austausch mit anderen Laien wird dabei vor allem vom Gesundheitsbeziehungsweise Krankheitszustand und von der Art der Krankheit bestimmt (vgl. Rossmann 2010: 346).

Erkenntnisse über die Art und die Motive der Laienkommunikation über Gesundheit und Krankheit sind nach Faltermaier (2016: 230) das „entscheidende Kriterium für die Qualität jeglichen professionellen Handelns“. Besonders das „Empowerment“ von PatientInnen und die Gesundheitsprävention sind dabei auf das Wissen über das Entstehen von Verhalten und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit angewiesen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 69). Gerade in der Online-Kommunikation sollte aber auf gewisse Problembereiche und Limitationen Rücksicht genommen werden. Da hauptsächlich jüngere und gebildete Personen jene sind, die gesundheitsbezogene Informationen online rezipieren, können gerade ältere Menschen, die häufiger unter gesundheitlichen Problemen leiden, kaum solche Angebote nutzen (vgl. Rossmann 2010: 353). Im Allgemeinen kann die verstärkte Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet für Laien nicht nur Chance, sondern auch Überforderung bedeuten. Wenn nämlich die rezipierten Inhalte aufgrund ihrer Komplexität nicht oder nur teilweise eingeordnet werden können, kann dies auch zu Ausprägungen von Hypochondrie führen. Im Zusammenhang mit dem dadurch ebenfalls verstärktem Googlen von Krankheitssymptomen hat sich dazu sogar der Begriff der *Cyberchondrie* etabliert (vgl. Janßen 2010: 143; Krüger-Brand 2016: 166).

Auch wenn die Stärkung der *Macht* der PatientInnen durch Kommunikation im Laiensystem immer wieder hervorgestrichen wird, so bedarf es doch einer gewissen *Kompetenz*, die erhaltenen Informationen auch einordnen zu können. Diese Fähigkeit wird unter anderem zum Konzept der *health literacy* oder *Gesundheitskompetenz* gezählt und soll im nächsten Unterkapitel erörtert werden.

2.2. Gesundheitskompetenz

Der Forschungsbereich der *health literacy*, auf Deutsch meist mit *Gesundheitskompetenz* übersetzt, wird von Bonfadelli (2014: 24) ebenfalls zur Mikroebene der Gesundheitskommunikation gezählt und hat besonders in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Das Konzept der *health literacy* fand in der US-amerikanischen Literatur zwar bereits in den 1970er-Jahren Erwähnung, erste Studien, die einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Literalität untersuchten, wurden aber erst in den 90ern veröffentlicht (vgl. Sørensen et. al 2012). Anfang der 2000er-

Jahre hat sich zunächst die Definition der *National Library of Medicine* durchgesetzt, die Gesundheitskompetenz als „the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions“ (Selden et al. 2000) beschreibt. Im Rahmen des von der EU ins Leben gerufenen *European Health Literacy Project* haben die Autoren Sørensen et. al 2012 als Mitglieder des *European Health Literacy (HLS-EU) consortiums* eine systematische Literaturübersicht, die insgesamt 17 verschiedene Definitionen von *health literacy* und 12 verschiedene konzeptionelle Modelle vergleicht, vorgelegt. Aus den zahlreichen Definitionen entwickelten sie schließlich eine Begriffsbestimmung, die den verschiedensten Dimensionen der Gesundheitskompetenz gerecht werden sollte, und auf deren Basis in weiterer Folge auch der Fragebogen für die *European Health Literacy Survey* entwickelt wurde:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.” (Sørensen et al 2012)

Gesundheitsversorgung, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung stellen dabei die drei Dimensionen von Gesundheitskompetenz dar, die Sørensen et. al (ebd.) mit den vier notwendigen Kompetenzen *finden*, *verstehen*, *bewerten* und *anwenden* verknüpfen. Diese Kompetenzen zu stärken, ist mittlerweile erklärtes Ziel vieler Regierungen und deren nationaler Gesundheitsprogramme weltweit. In Österreich wurde die „Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung“ 2013 als eines von zehn Gesundheitszielen beschlossen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a: 12). Im Jahr 2015 wurde zur Umsetzung dieses Ziels die *Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)* eingerichtet, die wiederum drei näher spezifizierte Wirkungsziele verfolgt:

- **Wirkungsziel 1:** Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
- **Wirkungsziel 2:** Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
- **Wirkungsziel 3:** Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

(Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017)

Unter einem „gesundheitskompetenteren Gesundheitssystem“ wird dabei generell die Verbesserung der Kommunikationsqualität in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung verstanden, während Wirkungsziel 2 auf das „Empowerment“ der PatientInnen und die Herstellung von Chancengerechtigkeit abzielt. „Vulnerable Gruppen“ bezeichnen hier vor allem „Migrantinnen und Migranten, Menschen mit niedriger Schulbildung, chronisch Kranke und alte sowie multimorbide Menschen“, die von „ungenügender Kommunikationsqualität besonders betroffen“ sind (Sator/Menz/Nowak 2015: 48). Zu diesem Ergebnis kam die Untersuchung zur Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung, die 2015 ebenfalls im Rahmen der Maßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Auftrag gegeben wurde (ebd.: 1). Mit dem dritten Ziel verfolgt man schließlich die Verbesserung der *Informationssituation* zu relevanten Gesundheitsthemen in Österreich (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017).

Die Verbesserung der Kommunikationssituation und –qualität stellt also einen wesentlichen Faktor zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dar und hat – wie im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben – auch direkt mit der Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion zu tun. Die Autoren der zuvor erwähnten Studie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung halten zur Bedeutung von ausreichender Gesundheitskompetenz in der Arzt-Patienten-Interaktion auch fest: „Die Betroffenen (Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen) müssen ihre gesundheitlichen Beschwerden verständlich machen können, die Therapieoptionen verstehen, die getroffenen Behandlungsentscheidungen mittragen und ihren eigenen Beitrag zur gewählten Behandlung verstehen, um erfolgreich ihr gesundheitliches Problem bewältigen zu können.“ (Sator/Menz/Nowak 2015: 1). Der Ergebnisbericht legt unter anderem offen, dass diese Kompetenzen in der österreichischen Bevölkerung im europäischen Vergleich nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Aufgrund dessen wurde ein Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der Gesprächsqualität, der unter anderem mit der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz umgesetzt werden soll, entwickelt (ebd.: 52f).

Die Verbesserung der Gesprächsqualität in der direkten Arzt-Patienten-Kommunikation stellt allerdings nur einen von vielen Ansätzen dar, die zur Stärkung der Gesundheitskompetenz führen können. Die US-amerikanische Psychologin Lynn Nielsen-Bohlman (2004: 33) hat dazu schon zu Beginn der 2000er-Jahre Arbeiten vorgelegt, die „potential intervention points“, also mögliche Interventionspunkte,

identifizieren, deren Verbesserung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beitragen. Abbildung 1 veranschaulicht, dass das Bildungssystem ebenso wie Kultur, Gesellschaft und das Gesundheitssystem die Bildung von Gesundheitskompetenz beeinflussen. Letzteres unterliegt dabei einer wechselseitigen Wirkung, da gesundheitskompetente PatientInnen ihrerseits wiederum Vorgänge und Interaktionen im Gesundheitssystem beeinflussen (vgl. ebd.: 33 f).

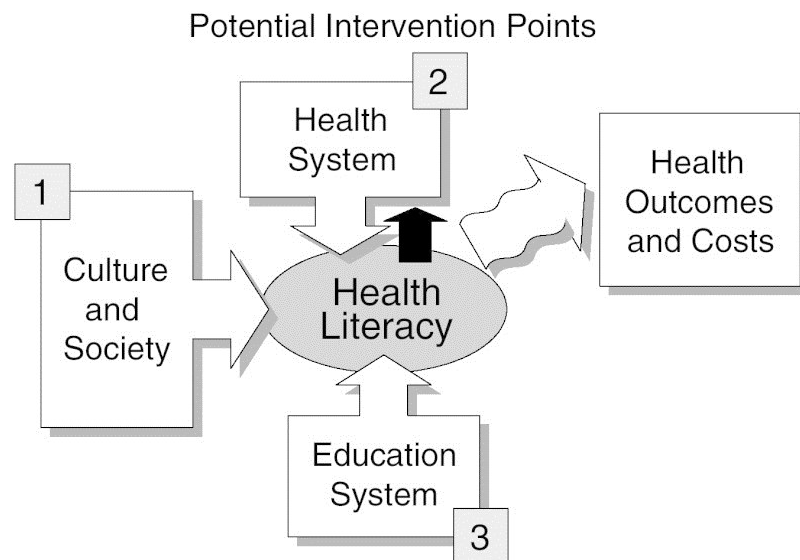


Abb. 1: Interventionspunkte, um Gesundheitskompetenz zu stärken (Nielsen-Bohlman 2004: 34)

Kulturelle, soziale und familiäre Faktoren beeinflussen dabei vor allem durch die Festigung von Einstellungen und Meinungen die Art, wie Menschen mit dem Gesundheitssystem interagieren (vgl. Nielsen-Bohlman 2004: 33). Auch im Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung der WHO wird festgehalten, dass Gesundheit im „alltäglichen Umfeld“ des Menschen entsteht (vgl. Kickbusch et al 2013: 28). Abel und Sommerhalder (2015: 925) weisen in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass jene Umgebungsfaktoren, die wesentlich zur Sozialisation beitragen, im Sinne der „sozialen Ungleichverteilung“ zu oft außer Acht gelassen werden und sprechen in diesem Zusammenhang auch von Gesundheitskompetenz als „ungleich verteiltem kulturellen Kapital“. Das Bildungssystem wiederum trägt vor allem durch Alphabetisierung der Bevölkerung und Ausbildung der Allgemeinbildung als Basis dazu bei, Gesundheitskompetenz zu bilden. Auch die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal ist hier miteingeschlossen (vgl. Nielsen-Bohlman 2004: 35). Letztlich ist es die Interaktion mit dem Gesundheitssystem und die Arzt-Patienten-

Interaktion (wie auch die Untersuchung von Sator, Menz und Nowak zeigt), die eine wesentliche Rolle in der Ausbildung von Gesundheitskompetenz spielt (vgl. ebd.). Die Autoren Jordan und Töppich (2015: 921) halten in einer Schwerpunkt-Ausgabe des deutschen Bundesgesundheitsblatts zudem fest, dass Gesundheitskompetenz nicht nur Aufgabe des Individuums, sondern der Gesamtgesellschaft ist, und damit immer „das Ergebnis gelungener Aneignung auf der Basis individueller und systembedingter Leistungen.“.

Maßnahmen, die auf all diesen Ebenen und an all diesen „Interventionspunkten“ ergriffen werden, müssen daher immer auf etwaige Limitationen Rücksicht nehmen. Sozialer, familiärer und kultureller Hintergrund, sowie Bildung und Literalität beeinflussen letztlich auch die Rezeption und Wirkung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beziehungsweise zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Schnabel und Bödeker (2012: 151) sprechen in diesem Zusammenhang auch vom „Präventionsdilemma“. Ein solches Dilemma bezeichnet den Umstand, dass „Präventionsprogramme und ihre Botschaften eine hohe Akzeptanz durch sozial gut gestellte Statusgruppen erfahren und dort auch Gesundheitsgewinne erzielen, jedoch von den Angehörigen derjenigen Bevölkerungsgruppen zu wenig genutzt werden, die ihrer aufgrund niedrigerer Privilegien, höherer lebenslanger Belastungen und geringerer Kompensationschancen am meisten bedürfen.“ (ebd.).

All diese Faktoren und noch viele mehr können also potenzielle Barrieren in der Gesundheitskommunikation – sowohl auf der Makro- als auch der Mikroebene – darstellen. Wie sich diese Barrieren im Einzelnen darstellen und welche Folgen sie nach sich ziehen können, wird der nächste Abschnitt näher beleuchten.

3. Barrieren in der Gesundheitskommunikation

Was passiert wenn Gesundheitskommunikation misslingt? Wenn jegliche Kommunikationsbemühungen beim Empfänger nicht die gewünschte Wirkung erzielen oder den Empfänger gar nicht erst erreichen? Die Beschäftigung mit diesen Fragen soll unter anderem potenzielle Barrieren in der Gesundheitskommunikation identifizieren und deren Folgen evaluieren. Warum aber ist gelingende Kommunikation in Gesundheitssettings überhaupt relevant?

3.1. Warum ist gelingende Gesundheitskommunikation wichtig?

Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits erläutert wurde, ist Kommunikation ein Faktor, der Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt beeinflusst. Die bereits angeführte Studie von Trummer et al (2006: 299), die 2001 auf der kardiologischen Station des Wiener Allgemeinen Krankenhauses durchgeführt wurde, konnte etwa einen signifikanten Zusammenhang zwischen verbesserter Arzt-Patienten-Kommunikation und der Verringerung post-operativer Komplikationen sowie allgemeinen Genesungsfortschritten nachweisen. Kreps und Thornton (1992: 2) gingen schon Anfang der 90er davon aus, dass menschliche Kommunikation direkt das „physische und psychische Wohlbefinden aller am Kommunikationsprozess Beteiligten“ beeinflusst. Neben diesen direkten Folgen für die Gesundheit von Gesundheitspersonal und PatientInnen, sehen Sator, Menz und Nowak (2015: 48) auch die Zuwendung zu „alternativen Medizinformen und Esoterik“ sowie „gesundheitsökonomische Kosten“ als direkte Folgen mangelnder Kommunikationsqualität an. Unter solche *gesundheitsökonomischen Kosten* fallen etwa Behandlungskosten, die auf falsche Medikamenteneinnahme oder generell mangelnde Therapieadhärenz zurückzuführen sind (vgl. Bechmann 2014: 162). Auch die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder die fehlende Möglichkeit zur Selbsttherapie durch mangelnde Gesundheitskompetenz verursachen Folgekosten (vgl. Nutbeam 2008: 2073). Kommunikation spielt zudem eine bedeutende Rolle bezüglich der sozialen Unterstützung, die Betroffene erfahren, um mit Gesundheitsproblemen umzugehen (vgl. Kreps/O'Hair/Clowers 1994: 249). Auch die *Kommunikationsfähigkeit* der Individuen – sowohl des Gesundheitsfachpersonals als auch der PatientInnen – an sich beeinflusst Gesundheit auf indirekte Art (vgl. Löwe/Meyer 2010: 19). Diese wird wiederum durch Bildung, soziale Schicht und Herkunft beeinflusst (vgl. Schnabel 2009: 44).

Schließlich ist gelingende Kommunikation in Gesundheitssettings auch aus rechtlicher Sicht von Bedeutung: Ärztliches Personal trifft eine Aufklärungspflicht. Kommt ein Arzt

oder eine Ärztin dieser nicht nach, macht er oder sie sich gemäß § 110 StGB strafbar (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 45).

Kommunikationsbarrieren in Gesundheitssettings können demnach weitreichende Folgen für das Gesundheitssystem, das Gesundheitspersonal und PatientInnen haben. Umfassende Barrierefreiheit im Gesundheitssystem, welche herzustellen erklärtes Ziel der österreichischen Regierung bis zum Jahr 2020 ist (vgl. Riebenbauer/Schenk 2017: 31), muss deshalb den Faktor Kommunikation in umfassender Weise und nicht bloß als „Bereitstellung von barrierefreien Informationen“ berücksichtigen.

Welche Arten von Kommunikationsbarrieren dabei unterschieden werden, ist mitunter abhängig von der Forschungsdisziplin, die sich dem Thema widmet. Kommunikationsbarrieren können auf individueller oder gesellschaftlicher Ebene gefunden werden (vgl. Noack 2014: 218), physische, psychologische, semantische, organisationale, interpersonale oder kulturelle Ursachen haben (vgl. Muller/Jooste/Bezuidenhout 2006: 143, Broszinsky–Schwabe 2011: 107 und Robinson 2002: 29), sprachlicher Natur sein (vgl. Schubert 2016: 18, Baraldi/Luppi 2015: 583 und Woloshin et al 1997: 472) oder das Geschlecht betreffen (vgl. Menz 2013: 8, Altgeld 2007: 90 und Weijs 1994: 258). Im Gesundheitsbereich und vor allem im Bereich der interpersonalen Gesundheitskommunikation beeinflussen sowohl allgemeine als auch sehr spezifische Barrieren die Kommunikationssituation. Während sprachliche und oft damit einhergehende kulturelle Barrieren als potenzielle Störfaktoren in der Verständigung zwischen ärztlichem Personal und PatientIn eher offensichtlich sind, so sind auch Fachbarrieren, die auf unterschiedliches inhaltliches Wissen zurückzuführen sind, oder kognitive Barrieren von Relevanz (vgl. Schubert 2016: 18 und Berry 2007: 42). Soziale oder geschlechtsspezifische Barrieren, die andere Barrieren oft wiederum bedingen, sind ebenfalls gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung (vgl. Abel/Sommerhalder 2015: 925, Burkert/Rásky/Freidl 2012: 257, Riebenbauer/Schenk 2017: 22).

In diesem Abschnitt soll deshalb besonders auf folgende potenzielle Barrieren für gelungene Gesundheitskommunikation Rücksicht genommen werden:

- Sprachbarrieren
- Kulturbarrieren
- Soziale Barrieren
- Geschlechtsspezifische Barrieren

Da im nächsten Kapitel explizit und ausführlich auf das Thema Gehörlosigkeit eingegangen wird, werden allfällige Sinnesbarrieren in diesem Abschnitt ausgeklammert.

3.2. Sprachbarrieren

Sprachbarrieren in der (interpersonalen) Gesundheitskommunikation werden in der internationalen wissenschaftlichen Literatur seit mehreren Jahrzehnten intensiv berücksichtigt und weitreichend untersucht. Dies ist vor allem auf weltweite Migrationsströme zurückzuführen und auf eine wachsende Anzahl an Staaten, die mit fremdsprachigen PatientInnen im Gesundheitssystem umzugehen hat (vgl. Schwei et al 2016: 37). Obwohl bereits Mitte der 70er einige einschlägige Studien zum Thema Sprachbarrieren im Gesundheitswesen veröffentlicht wurden, konnten die US-amerikanischen Autoren Schwei et al. (2016) in einer systematischen Literaturübersicht feststellen, dass es im Zeitraum 2003-2010 nochmal einen Anstieg der Anzahl an internationalen Arbeiten gab. Der Großteil der Studien konnte dabei zeigen, dass Sprachbarrieren nicht nur allgemein den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erschweren, sondern auch das Verstehen und Befolgen von Therapieanweisungen negativ beeinträchtigen. Zudem konnte eine geringere PatientInnenzufriedenheit und Behandlungsqualität festgestellt werden (vgl. ebd.: 42). Sprachbarrieren können zudem auch rechtliche Folgen nach sich ziehen. In Österreich gibt es zwar kein explizites Recht auf Behandlung in der Muttersprache, das ärztliche Personal macht sich allerdings strafbar, wenn der Patient oder die Patientin nicht vollständig aufgeklärt werden können. (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 45).

Obwohl auch Österreich traditionell als „Einwanderungsland“ gilt und schon in den 60ern und 70ern verstärkte Zuwanderung und sogenannte „Arbeitsmigration“ erfolgte, wurde das Thema Sprachbarrieren im Gesundheitswesen sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der Praxis lange vernachlässigt (vgl. Menz 2013: 12 und Pöchhacker 2013: 105). Die starke Zuwanderung Anfang der 90er sorgte schließlich für ein Ansteigen des Ausländeranteils auf 8%, im Jahr 2008 wurde dann erstmals die 10%-Marke überschritten. Am 1. Jänner 2017 lag der Anteil ausländischer Staatsangehöriger in Österreich aufgrund der Asylmigration der letzten beiden Jahre bei 15,3 % (Statistik Austria 2017a).

In den späten 80ern entstanden erste österreichische Studien und Initiativen zur Versorgung von PatientInnen mit nicht-deutscher Muttersprache. Damit rückte vor allem auch das Hinzuziehen von professionellen DolmetscherInnen und anderen SprachmittlerInnen in den Fokus der Öffentlichkeit (vgl. Pöchhacker 2013: 108). Da das

Dolmetschen im Gesundheitsbereich eine besondere Rolle einnimmt, soll deshalb in einem Exkurs auch gesondert darauf eingegangen werden.

3.2.1. Exkurs: Dolmetschen im Gesundheitsbereich

1996 sorgte eine Studie, die der Translationswissenschaftler Franz Pöchhacker (2013: 110) an zwölf Wiener Krankenhäusern durchführte und die die Kommunikationspraxis im Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen offenlegte, für Aufsehen. Die Befragung von ärztlichem Personal, PflegerInnen und TherapeutInnen ergab, dass im Durchschnitt jeden Tag ein Kontakt mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen zustande kam, der in 90% der Fälle nicht alleine, sondern unter Zuhilfenahme von „Dritten“ bewältigt wurde. Jene SprachmittlerInnen waren dabei fast immer entweder Begleitpersonen der PatientInnen oder fremdsprachiges Krankenhauspersonal. Während in ersterer Gruppe hauptsächlich Kinder als SprachmittlerInnen eingesetzt wurden, übernahmen seitens des Krankenhauspersonals mit überwiegender Mehrheit Reinigungskräfte die DolmetscherInnenfunktion (vgl. ebd.). Vor allem der Einsatz von Begleitpersonen als DolmetscherInnen wurde dabei aufgrund von fehlendem medizinischen Fachvokabular und verkürzten Übersetzungen als äußerst problematisch erlebt. Missverständnisse und mangelnde Aufklärungsmöglichkeit der PatientInnen (Angabe von über 90% der Befragten) waren nur allzu oft die Folge davon (vgl. ebd.: 111).

Die Umfrage von Pöchhacker stellte die Problematik im Umgang mit nicht-professionellen DolmetscherInnen sehr eindrücklich dar. Umso erschreckender ist, dass sich an dieser Situation in fast 20 Jahren scheinbar kaum etwas geändert hat. Dies deutet unter anderem eine qualitative Befragung einiger Ärztinnen und Ärzte im Wiener Raum von Petra Haderer (2011: 74) an, die ebenfalls den Einsatz von Kindern als DolmetscherInnen an verschiedenen Stellen bestätigt. Diese Praxis ist dabei mit besonderer Sorge zu betrachten, da Kinder in der DolmetscherInnenrolle schnell Überforderung erleben können. Dies betrifft dabei nicht nur eine emotionale Überforderung – man stelle sich etwa vor, das Kind muss eine schwerwiegende Diagnose übermitteln – sondern auch die sprachliche Komponente, noch eher geringe kognitive Fähigkeiten und die Komplexität von Dolmetschvorgängen an sich (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 12; Menz/Reisigl/Sator 2013: 27). Die sprachliche Komponente kann dabei auch die Unkenntnis bestimmter Begriffe und Wörter und daraus resultierende Fehlübersetzungen betreffen. Diese falschen Informationen führen im schlimmsten Fall zu fatalen Fehldiagnosen seitens des ärztlichen Personals (vgl. Ahamer 2013: 161).

Etliche Studien haben gezeigt, dass DolmetscherInnen – gleich ob professionelle oder Laien – Arzt-Patienten-Gespräche auf vielfältige Weise auch inhaltlich beeinflussen (vgl. Bührig/Meyer 2009: 197). Sator und Gülich (2013) verglichen mittels Gesprächsanalysen von Arzt-Patienten-Interaktionen den Einsatz von FamiliendolmetscherInnen und professionellen DolmetscherInnen, wobei gravierende Qualitätsunterschiede ersichtlich wurden. Nicht nur, dass die PatientInnenbeteiligung bei der Familiendolmetschung generell geringer war, es wurde auch eine Überforderung aller Gesprächsparteien festgestellt. Dolmetschkompetenz und Neutralität wurden im Fazit von Sator und Gülich (ebd.: 307) als wichtigste Faktoren bezeichnet, um Kommunikationsbarrieren sinnvoll zu überwinden und Verständnis herzustellen.

Selbst wenn professionell ausgebildete DolmetscherInnen zu Arzt-Patienten-Gesprächen im niedergelassenen Bereich oder zu Interaktionen im stationären Bereich hinzugezogen werden, geschieht dies allerdings meist unter erschwerten Bedingungen. In der Translationswissenschaft hat sich für das Dolmetschen im sozialen und medizinischen Bereich der (nicht unumstrittene) Begriff des *Community Interpreting* oder auch *Kommunaldolmetschens* etabliert. Pöllabauer (2002) definiert die Aufgaben von KommunaldolmetscherInnen wie folgt:

„Community Interpreters ermöglichen Menschen, deren Mutter- und Bildungssprache nicht die des Gastlandes ist, den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen des Gastlandes (z.B. Krankenhäuser, Gerichte, Polizeistationen, Sozialeinrichtungen, Schulen etc.). Sie helfen zwei oder mehr Gesprächsparteien, die einander nicht gleichgestellt sind und über unterschiedliches kulturelles Wissen und soziokulturelles Vorwissen verfügen, zu ihrer gegenseitigen Zufriedenheit zu kommunizieren. Community Interpreters tragen daher zum Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren bei.“ (Pöllabauer 2002: 197)

Pöllabauers Definition schließt damit klar auch das Konzept der Kulturmittlung mit ein und macht deutlich, wie vielschichtig die Aufgaben von DolmetscherInnen in sozialen und medizinischen Bereichen sind. Erschwerende Faktoren beim Dolmetschen in Gesundheitssettings sind etwa oft starke Emotionen seitens der PatientInnen aufgrund der vorliegenden Krisensituation (zB Krankheit), erhöhte fachliche Anforderungen hinsichtlich medizinischen Vokabulars, kaum Möglichkeit zur Vorbereitung, Zeitdruck und ungleich verteilte Machtpositionen zwischen ärztlichem Personal und PatientIn (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 20).

Wie die Pöchlacher-Studie und weitere aus dem europäischen Raum (vgl. zB Ahamer 2013) zeigen, werden professionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nur selten eingesetzt. Aus diesem Grund müssen oftmals auch „Kommunikationsfehler“

seitens des medizinischen Personals ausgeglichen werden, das die triadische Gesprächssituation nicht gewohnt ist, davon überfordert ist oder ihr ablehnend gegenüber steht (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 21). Eine weitere Hürde stellt die oft „generelle“ Skepsis oder Ablehnung von Community-DolmetscherInnen, besonders im Einsatz für MigrantInnen dar. Dies ist nach Ahamer (2013: 42) speziell auch darauf zurückzuführen, dass in Österreich das Nicht-Beherrschen der deutschen Sprache seitens MigrantInnen oft als „Integrationsunwilligkeit“ ausgelegt wird. Auch Florian Menz (2013: 16) merkt zum Einsatz von professionellen DolmetscherInnen für MigrantInnen an, dass es ein Phänomen des deutschen Sprachraums ist, dass eine „ausreichende Kommunikationsfähigkeit“ als „Bringschuld der PatientInnen“ gesehen wird. Letztlich ist auch die Übernahme der Kosten ein Faktor, der beim Einsatz von DolmetscherInnen berücksichtigt werden muss. Da es dazu keine eindeutige Rechtssprechung gibt (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 55) und die Kosten, wenn überhaupt, von der Ärztin oder vom Arzt beziehungsweise vom Krankenhaus eher nur in unabdingbaren Fällen getragen werden, ist anzunehmen, dass professionelle DolmetscherInnen auch in naher Zukunft nicht flächendeckender eingesetzt werden. Diese Entwicklung ist möglicherweise zum Teil dadurch bedingt, dass FamiliendolmetscherInnen zuweilen aus Gründen des Vertrauens oder der Intimität der Behandlungssituation professionellen DolmetscherInnen vorgezogen werden.

Um diesem Umstand gerecht zu werden, zeigt sich die Tendenz, Menschen, die aufgrund ihrer Bilingualität oft als LaiendolmetscherInnen eingesetzt werden, zumindest teilweise zu professionalisieren (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 18). Intensivausbildungen, die zur Vermittlung von Dolmetschfertigkeiten dienen und die kritische Reflexion der DolmetscherInnenrolle anregen sollen, werden unter anderem an der Universität Innsbruck angeboten. Der Intensivlehrgang „Community Interpreting“, der nur ein Semester dauert, richtet sich dabei explizit an „Personen, die zwei- oder mehrsprachig sind und die ohne einschlägige Vorbildung bereits als Community Interpreter arbeiten“ (Universität Innsbruck 2017). Ähnliche Initiativen gibt es auch in Deutschland, wo neben professionellen DolmetscherInnen auch sogenannte *Sprach- und Integrationsmittler* eingesetzt werden, die selbst Migrationshintergrund haben und eine maximal eineinhalbjährige Ausbildung absolvieren (vgl. Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen 2017).

Eine Sonderstellung beim medizinischen Dolmetschen nimmt übrigens das Gebärdensprachdolmetschen ein. Gehörlose Menschen, die aufgrund ihrer Sinnesbarriere auch von der Sprachbarriere betroffen sind, sind ebenfalls auf Sprach-

und Kulturmittler im Gesundheitsbereich angewiesen. Zwar wird die Rolle der Gebärdensprach-DolmetscherInnen für Gehörlose laut Schmidt-Glenewinkel (2013: 18) weniger oft infrage gestellt, die Dolmetschsituation an sich stellt aber alle Parteien – ungeachtet der ohnehin schon auftretenden Schwierigkeiten im Gesundheitsbereich – vor besondere Herausforderungen. Auf die Besonderheiten des Gebärdensprachdolmetschens soll im Abschnitt *Gehörlosigkeit* näher eingegangen werden.

3.3. Kulturbarrieren

Im Zuge der Diskussion der Sprachbarrieren wurde bereits die Rolle von DolmetscherInnen als Sprach- *und* Kulturmittler angesprochen. Sprache und Kultur sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Broszinsky-Schwabe 2011: 114). Jemand, der Sprache und ihre Bedeutung vermittelt, vermittelt also immer auch kulturelle Bedeutung. Werden „kulturspezifische“ Äußerungen in einem verdolmetschten Gespräch nicht übermittelt, so geht die wahre Bedeutung und damit die Qualität der Dolmetschung verloren (vgl. Ahamer 2013: 161). Darüber hinaus sind auch der Kommunikationsstil, die Gesprächsregeln (etwa wie Gespräche eingeleitet werden) und sogar das Schweigen kulturbestimmt (vgl. Broszinsky-Schwabe 2011: 124f).

Kultur beeinflusst aber nicht nur Sprache, sie prägt auch maßgeblich unsere Einstellungen, Meinungen und Werte. Diese kulturell „erlernten“ Einstellungen prägen wiederum das Verhalten und den Umgang mit spezifischen Situationen. Kultur ist dabei keineswegs auf nationale Zugehörigkeit begrenzt, vielmehr geht man von einer *kulturellen Identität* aus, die sich auf „die Gemeinsamkeiten von Sprache, Normen des Zusammenlebens, weltanschauliche und religiöse Orientierungen, künstlerische und wissenschaftliche Traditionen, sportliche und handwerkliche Fertigkeiten, gemeinsame Ideale und Werte“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 46) bezieht. All diese Werte, die kulturelle Identität prägen, können Gesundheitskommunikation potenziell beeinflussen. Ots (1994: 30) etwa sieht die Arzt-Patienten-Kommunikation insbesondere durch den jeweilig „erlernten“ Krankheitsbegriff der Kommunikationsparteien beeinflusst. Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit differieren in der westlichen und traditionell chinesischen oder auch arabischen Medizin. Behandlungen und Therapien können auf Basis dieses unterschiedlichen Krankheitsbegriffs mitunter auch abgelehnt werden (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 66). Eine ganz wesentliche Rolle spielt dabei auch die Religion, die die Art von Pflege, Ernährung, Behandlung oder selbstverständlich den seelsorgerischen Beistand potenziell beeinflusst (vgl. Körtner 2013: 25f). Körtner (ebd.: 26) betont zwar, dass keinesfalls ausschließlich von „muslimischen“ oder „katholischen“ PatientInnen

gesprochen werden kann, eine Sensibilisierung medizinischen Personals hinsichtlich religiöser Bedürfnisse und Anforderungen scheint aber ebenso unabdinglich wie die kulturelle Sensibilisierung im Allgemeinen.

Im Hinblick auf kulturelle und religiöse Sensibilisierung muss jedoch auch die Gefahr von Stereotypisierung berücksichtigt werden. Allzu oft werden Kommunikationsdifferenzen oder persönliche Vorlieben und durch individuelle Erfahrungen geprägte Entscheidungen von PatientInnen ausschließlich auf deren kulturelle Prägung zurückgeführt (vgl. Menz/Reisigl/Sator 2013: 23). Da Kultur aber auch immer mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe zu tun hat, in der man sozialisiert wird, kann dieses Phänomen beziehungsweise eine kulturelle Barriere niemals für sich alleine betrachtet werden. Vielmehr spielen Sozialisationsfaktoren wie die soziale Schicht, Bildung und familiäre Herkunft eine ebenso wichtige Rolle. Solch „soziale Barrieren“ können mannigfaltig sein und werden deshalb im nächsten Abschnitt ausführlicher besprochen.

3.4. Soziale Barrieren

Der „soziale Gradient“ der Gesundheit bezeichnet den Zusammenhang zwischen sozialem und gesundheitlichem Status: Je schlechter die sozialen Bedingungen, desto schlechter auch der Gesundheitszustand. (vgl. Mielck 2008: 345). Internationale Studien haben mehrfach belegt, dass Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten, nicht nur ein höheres Erkrankungsrisiko haben, sondern auch eine höhere Sterblichkeitsrate (vgl. Marmot 2005; Mielck 2012). Die soziale Schicht wird vor allem durch die drei Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen bestimmt. Dabei ist es ganz gleich, welche Faktoren für die soziale Ungleichheit oder die Gesundheit herangezogen werden: Der Effekt zeigt sich unabhängig davon (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 28f). Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau, niedrigerem Einkommen und geringerem sozialen Status sind häufiger von Krankheit betroffen (vgl. ebd.: 30). Dabei ist dieser Effekt besonders in westlichen Ländern immer deutlicher spürbar und betrifft vor allem einzelne Bevölkerungsgruppen – sogenannte *vulnerable Gruppen*. Nach der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (2017) sind diese vor allem „Migrantinnen und Migranten, Menschen mit niedriger Schulbildung, chronisch Kranke und alte sowie multimorbide Menschen“, während Hurrelmann und Richter (2013: 29) auch Familien mit kleinen Kindern dazuzählen. Diese Ungleichheit zu verringern und Chancengerechtigkeit herzustellen ist nicht nur eines der wichtigsten WHO-Ziele, sondern wird auch auf nationaler Ebene seit Jahrzehnten immer stärker thematisiert. „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“, so lautet das zweite Rahmen-

Gesundheitsziel des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, zu dessen intensiver Bearbeitung 2015 eine Arbeitsgruppe eingesetzt wurde (vgl. Riebenbauer/Schenk 2017: 7). Der Bericht der Arbeitsgruppe legte auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) in Kombination mit der Todesursachenstatistik offen, dass 25-jährige österreichische Männer und Frauen, die Matura oder einen höheren Bildungsabschluss aufweisen konnten, im Jahr 2006 weitere 46 beziehungsweise 45 Jahre in guter Gesundheit zu erwarten hatten. Im Gegensatz dazu konnten 25-Jährige, die nur einen Pflichtschulabschluss hatten, mit nur 32 beziehungsweise 33 weiteren gesundheitlich guten Jahren rechnen (vgl. ebd.: 22).

Wie es zu dieser Wirkung kommt, lässt sich anhand verschiedener Modelle einfach erklären. Ein weit verbreitetes ist zum Beispiel jenes des deutschen Soziologen Andreas Mielck (siehe Abb. 2).

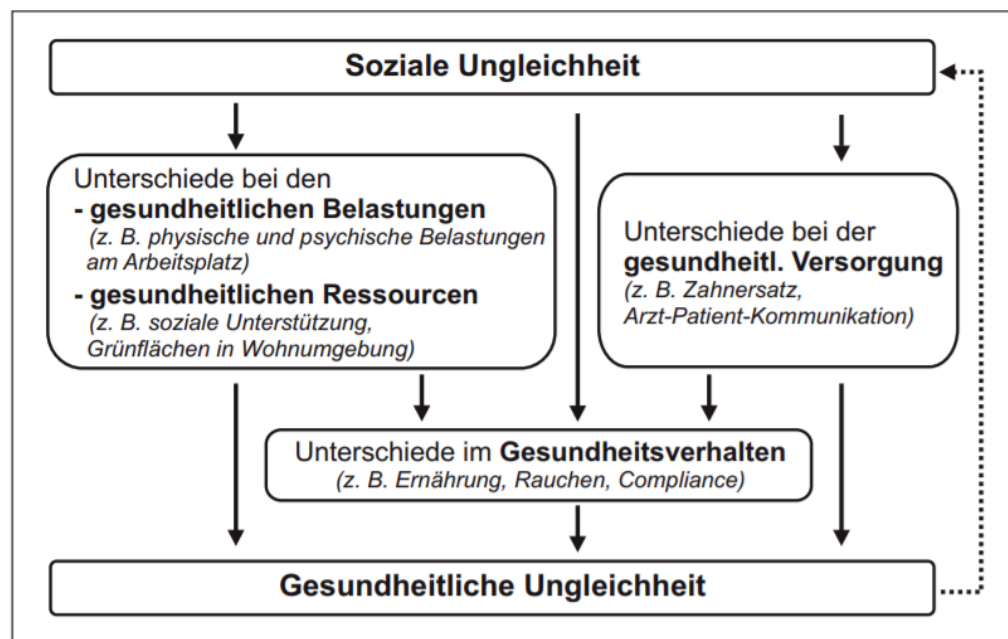


Abb. 2: Wirkung der sozialen Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit (Mielck 2005, zit. nach Mielck 2012: 136)

Nach Mielck (2012: 135) beeinflussen die drei Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen maßgeblich die Lebensverhältnisse, aus denen sich gesundheitliche Belastungen wie etwa Stressfaktoren am Arbeitsplatz und Ressourcen wie die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ergeben. Darüber hinaus bewirkt die soziale Ungleichheit auch eine Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung an sich: PatientInnen aus niedrigeren sozialen Schichten werden etwa nachweislich in der Arzt-Patienten-Kommunikation benachteiligt (vgl. Menz 2013: 11). Diese Faktoren wirken sich damit ebenso wie die

soziale Schicht in direkter Weise auf das Gesundheitsverhalten aus, das etwa gesunde Ernährung, Risikoverhalten wie Rauchen oder auch Therapietreue miteinschließt (vgl. Mielck 2012: 136).

Die zuvor angesprochene Benachteiligung in der interpersonalen Gesundheitskommunikation ist für diese Arbeit dabei von besonderer Relevanz: Schon Schnabel (2009: 44) stellte fest, dass eine gelingende bzw. „reibungslöse“ Arzt-Patienten-Kommunikation eher dann wahrscheinlich ist, wenn die sozialen Voraussetzungen der Kommunikationspartner ähnlich sind. Auch deshalb, weil vor allem Menschen mit besserer Ausbildung und besserem sozialen Status „den größten Nutzen“ aus der Arzt-Patienten-Interaktion ziehen können (ebd.). Menz (2013: 11) fasst in seinem Artikel „Wie viel Kommunikation braucht die Medizin?“ ebenfalls zusammen, dass Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus und ältere Menschen von ärztlichem Personal im Gespräch oft benachteiligt werden: „Die ärztlichen Gespräche verlaufen kürzer, die PatientInnen erhalten weniger Antworten auf Fragen, weniger Erklärungen zu ärztlichen Maßnahmen, Diagnosen etc und weniger soziale Turns.“. Besonders tragisch ist dies vor dem Hintergrund, dass mit niedrigem Bildungsstatus und niedrigerer sozialer Schicht erwiesenermaßen auch eine geringere Gesundheitskompetenz einhergeht (vgl. Sator/Menz/Nowak 2015: 48). Das bedeutet, dass gesundheitliches (Vor-)wissen in geringem Maße vorhanden ist und Informationen aus Arzt-Patienten-Gesprächen oft schlechter verarbeitet werden können. Der Aufklärungsbedarf – in verständlicher, einfacher Sprache – wäre hier also besonders gegeben. Stattdessen passiert das Gegenteil: Der Patient oder die Patientin erhält weniger Aufklärung, weniger Informationen zu Diagnosen und weniger Antworten auf seine oder ihre Fragen. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist auch die Barriere der *Fachsprache* (vgl. Schubert 2016: 19). Diese betrifft keineswegs nur Menschen mit geringerer Schulbildung, sondern Menschen aller sozialen Schichten. Ärztliches Personal verwendet häufig komplexe Fachbegriffe und ist nicht bereit, „sich der Sprachwelt der PatientInnen anzupassen“ (Höfert 2008: 29). Die *European Health Literacy Survey* hat in diesem Zusammenhang auch das Ergebnis zutage gefördert, dass 22% der ÖsterreicherInnen nicht verstehen, was ihr Arzt oder ihre Ärztin zu ihnen sagt (vgl. Sator/Menz/Nowak 2015: 21). Dabei ist sogar in der österreichischen Patientencharta in Art 16 Abs. 2 festgehalten, dass die ärztliche Aufklärung „in verständlicher Weise entsprechend den Vorkenntnissen und dem Bildungsstand des Patienten“ zu erfolgen hat (Kletečka-Pulker 2013: 51). Bechmann (2014: 160) hat die Ursachen der misslingenden Arzt-Patienten-Kommunikation näher untersucht und ist dabei zu dem Schluss gekommen, dass die „fachwissenschaftliche Fixierung an Objektivitätsidealen“

seitens der Ärztinnen und Ärzte einen bedeutenden Faktor für das Entstehen von Missverständnissen und Fehlinterpretationen darstellt. Zudem dienen Fragetechniken des ärztlichen Personals häufig nur dem eigenen Erkenntnisgewinn anstelle der Aufklärung und Information des Patienten oder der Patientin (ebd.: 164). Menz (2013: 7) führt das dominante Sprachverhalten von ärztlichem Personal dabei vor allem auf dessen (Macht-)Position zurück, welche bei PatientInnen, die aufgrund ihrer sozialen Schicht benachteiligt sind, noch ausgeprägter zutage tritt.

Zusätzlich zum direkten Einfluss, den die soziale Schicht auf den Gesundheitszustand hat, ist schließlich auch die umgekehrte Richtung möglich: Eine Erkrankung, die beispielsweise die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, kann zum sozialen Abstieg beziehungsweise zu Ausgrenzung und Abschottung führen (vgl. Körtner 2013: 27). Nicht nur der Verlust der Arbeit, sondern auch der psychische Stress und die körperliche Belastung, die oft mit chronischen Krankheiten oder Unfällen mit nachfolgender Bewegungs- oder Kommunikationsbeeinträchtigung einhergehen, können weitreichende Folgen wie etwa Scheidung oder Abgrenzung von Familie und Freunden haben (vgl. ebd.: 28). Wie sich schließlich auch das Geschlecht auf die Kommunikation im Gesundheitswesen auswirken kann, soll der folgende Abschnitt behandeln.

3.5. Geschlechtsspezifische Barrieren

Dass das Geschlecht ein beeinflussender Faktor für unsere Gesundheit ist, ist mittlerweile bekannt. Unterschiede sind dabei weniger auf biologische Geschlechtsunterschiede, als auf sozial konstruierte Geschlechterrollen zurückzuführen (vgl. Babitsch 2009: 284). Diese prägen nicht nur Vorstellungen von geschlechtsspezifischem Verhalten (vgl. Hornberg/Pauli/Wrede 2016: 344), sondern etwa auch die Berufswahl oder die Rollenvorstellung in familiären Konstellationen (vgl. Babitsch 2009: 286). Dass Frauen etwa seltener in Führungspositionen und häufiger Teilzeit beschäftigt sind, führt oft zu einer beruflichen Schlechterstellung gegenüber Männern, die sich wiederum in einer sozialen Schlechterstellung ausdrücken kann (vgl. ebd.). Aber nicht nur der Beruf, auch familiäre Situationen – Frauen sind etwa öfter alleinerziehend und daher mehr Stressfaktoren und finanzieller Not ausgesetzt – haben hier einen Einfluss auf die Gesundheit. Geschlechterrollen beeinflussen auch das Risiko- und Vorsorgeverhalten (vgl. Payne 2014: 31). Frauen sind etwa nachweislich aktiver in der Gesundheitsprävention, indem sie mehr Angebote in Anspruch nehmen (vgl. Kolip 2008: 30). Männer hingegen neigen eher zu gesundheitlichem Risikoverhalten. Sie rauchen öfter, trinken mehr Alkohol, ernähren sich schlechter, haben öfter Unfälle und nehmen weniger Vorsorgeangebote in Anspruch als Frauen (vgl. ebd.: 28f). Altgeld

(2007: 91) hat in diesem Zusammenhang den Begriff „Gesundheitsförderungsparadox“ geprägt. Paradox ist, dass Gesundheitsdienstleistungen und Angebote zur Gesundheitsförderung öfter auf Frauen ausgerichtet sind, während es eigentlich Männer sind, die hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zu gesundheitsfördernden Maßnahmen animiert werden müssten. Aus dem riskanteren Gesundheitsverhalten ergibt sich letztendlich auch der Unterschied in der Lebenserwartung: Jene der Frauen war in Österreich im Jahr 2015 etwa um 5 Jahre höher als jene der Männer (vgl. Statistik Austria 2017b).

Geschlechtsunterschiede zeigen sich aber etwa auch im Kommunikationsverhalten – sowohl auf Seiten des ärztlichen Personals als auch auf PatientInnenseite (vgl. Hornberg/Pauli/Wrede 2016: 345). Ärztinnen zeigen dabei tendenziell ein kooperativeres sprachliches Verhalten und praktizieren eher einen den PatientInnen zugewandten Kommunikationsstil, während ihre männlichen Kollegen eher ein lösungsorientiertes Kommunikationsverhalten aufweisen. Auch die Gesprächsinhalte differieren je nachdem welche Geschlechter in der Arzt-Patienten-Interaktion aufeinander treffen (ebd.). Weijts (1994: 258) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass besonders die Begegnung weiblicher Patientinnen mit männlichen Ärzten problembehaftet ist und sich die aktive PatientInnenbeteiligung in diesem Setting schwieriger gestaltet. Dies könnte auch am „männlich dominierten Blick“ auf die Medizin liegen, denn obwohl der Anteil weiblicher Ärztinnen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen ist, ist er vergleichsweise immer noch eher gering (vgl. Körtner 2013: 24).

Obgleich hier nur eine Auswahl an Barrieren, die potenziell die Gesundheitskommunikation und damit den Gesundheitsstatus beeinflussen, präsentiert wurde, macht die Darstellung deutlich, wie schwierig sich gelingende Kommunikation im Gesundheitsbereich gestaltet. Der international intensive Fokus auf den Abbau und die Überwindung von Barrieren ist deshalb wichtig, um ein chancengerechtes Gesundheitssystem für alle Bevölkerungsgruppen und Geschlechter herzustellen. Wie diese ansatzweise zu beseitigen sind und welche Strategien dabei verfolgt und welche Maßnahmen gesetzt werden (können), soll abschließend deshalb das folgende Unterkapitel diskutieren.

3.6. Abbau von Barrieren in der Gesundheitskommunikation

Beseitigung, Abbau, Überwindung, „Niederreißen“ von Barrieren: Die Begriffe, die sich dazu in Berichten diverser Ministerien und Medien wiederfinden, sind so zahl- wie einfallsreich. Dass in der Terminologie allerdings sehr wohl ein Unterschied gemacht

wird, erläutert Schubert (2016: 20): „Eine Barriere überwinden können nur die betroffenen Menschen selbst. Eine Barriere abbauen können vor allem die anderen.“. Wie lässt sich der Abbau also bewerkstelligen? Dies soll vor allem anhand der Barrieren, die in diesem Kapitel erörtert wurden, diskutiert werden.

Der Abbau von Sprachbarrieren, der, wie in Kapitel 3.1. geschildert, derzeit auch aufgrund der zunehmenden Anzahl an Flüchtlingen ein aktuelles Thema im Gesundheitsbereich darstellt, kann sowohl kurz- als auch langfristig erfolgen. Kurzfristig vor allem durch die Bereitstellung von DolmetscherInnen, die bei der Sprachmittlung unterstützen. In diesem Zusammenhang kontrovers diskutiert wird dabei die Hinzuziehung von Laien, vornehmlich Angehörige der PatientInnen oder nicht-medizinisches Krankenhauspersonal. Während im Fall von Angehörigen das Vertrauensverhältnis zum Patienten oder zur Patientin und eventuell die Kenntnis des krankheitsgeschichtlichen Hintergrunds von Vorteil ist, ist die fehlende Dolmetschkompetenz und die daraus resultierende Überforderung für alle Gesprächsparteien ein klares Gegenargument. Vor allem vor dem Hintergrund, dass oftmals Kinder in solchen Situationen zum Einsatz kommen und für ihre Eltern in medizinischen Settings dolmetschen müssen (vgl. Sator/Gülich 2013: 307). Sator und Gülich (ebd.) stellten etwa auch fest, dass Ärztinnen und Ärzte Laien-DolmetscherInnen dabei kaum „organisieren“ oder bei Kommunikationsproblemen eingreifen. Menz (2013: 15) fordert deshalb auch, dass diesbezüglich schon in der Ausbildung eine Sensibilisierung ärztlichen Personals im Umgang mit Laien-, aber auch mit professionellen DolmetscherInnen erfolgen muss. Zudem muss, so Menz (ebd.: 16), die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit anderen Erstsprachen konsequent erhöht werden, um Sprachbarrieren auch langfristig abbauen zu können. Eine weitere Maßnahme ist, Laiendolmetscher, die häufig im medizinischen Bereich eingesetzt werden, in Intensivlehrgängen zu professionalisieren um Dolmetschkompetenzen auszubilden (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 18).

Eine Möglichkeit der Sprach- und gleichzeitig auch der Kulturbriere konsequent zu begegnen, ist der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern, wie es bereits in Deutschland stellenweise üblich ist. Menschen mit Migrationshintergrund agieren dabei als „Vermittler“ für ihre Landsleute und können vereinzelt für Dolmetschaufgaben hinzugezogen werden (vgl. Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen 2017). Ähnliche Initiativen gibt es auch in Österreich, etwa das SALUS-Projekt in Salzburg. Im Rahmen dieses Projekts werden Menschen mit Migrationshintergrund zu „GesundheitslotsInnen“ ausgebildet um gesundheitsrelevante Informationen

weiterzugeben und die Gesundheitskompetenz schwer zugänglicher Zielgruppen zu stärken (vgl. Frau & Arbeit o.J.). Das „MiMi – Mit Migranten für Migranten“-Projekt von der Volkshilfe organisiert ähnliche Gesundheitslotsinnen-Ausbildungen für Wien und Oberösterreich (vgl. Sator/Menz/Nowak 2015: 46).

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Gesamtbevölkerung ist generell erklärtes (Gesundheits-)Ziel der österreichischen Regierung. Diese Maßnahme trägt vor allem auch dazu bei, soziale Barrieren, die etwa durch ein niedriges Bildungsniveau entstehen, abzubauen. Die Verbesserung von Bildungschancen bei gleichzeitiger Stärkung der Gesundheitskompetenz stellen auch wichtige Maßnahmen auf dem Weg zur Herstellung von besserer Kommunikationsfähigkeit und Gesprächsqualität dar. Vor allem Menschen aus schlechteren sozialen Verhältnissen werden in Arzt-Patienten-Gesprächen nämlich besonders benachteiligt (vgl. Menz 2013: 11). Schlechtere Kommunikation führt letztendlich zu Unzufriedenheit auf beiden Seiten und nachweislich zu medizinischen Fehlbehandlungen (vgl. Sator/Menz/Nowak 2015: 16). Um PatientInnen sicherheit zu gewährleisten und diese zusätzlich als „informierte Akteure“ (ebd.: 49) zu stärken, sind Maßnahmen, wie sie vom Bundesministerium für Gesundheit seit 2015 im Rahmen der Gesundheitsziele gesetzt werden, längst überfällig. Eine wichtige Maßnahme im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz und Wahrung der PatientInnenrechte war etwa die Einrichtung der „Plattform Patientensicherheit“ (vgl. ebd.: 44). Da auch die häufig verwendete Fachsprache seitens der Ärztinnen und Ärzte eine besondere Hürde darstellt, könnten mit der Bereitstellung von Informationsmaterial in einfacher Sprache – eventuell auch mit unterstützendem Bildmaterial – sowohl kognitive als auch Sprachbarrieren abgebaut werden (vgl. Schubert 2016: 22).

Schließlich scheint neben der Stärkung der PatientInnenkompetenz eine hochqualitative Kommunikationsausbildung von ärztlichem Personal unumgänglich, um alle Arten der vorgestellten Barrieren langfristig abzubauen. Schon die Reflexion verschiedener Kommunikationsprozesse sowie die Sensibilisierung für geschlechtersensible Kommunikation und der richtige Umgang mit DolmetscherInnen können dabei von großem Wert sein. Das Arzt-Patienten-Gespräch steht immer noch – oder nach Menz (2015: 75) mit der „linguistischen Wende“ wieder verstärkt – im Mittelpunkt der ärztlichen Arbeit. Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit sollte deshalb eine der Kernkompetenzen von ärztlichem Personal darstellen. Der Faktor Zeit ist dabei ebenfalls ein ganz wesentlicher. Ein zu wenig an Zeit ist das am häufigsten beklagte Problem seitens der PatientInnen bezüglich der medizinischen Behandlungsqualität. Allzu oft wird die mangelnde Zeit auch als Grund für unzureichende Kommunikationsqualität im ärztlichen

Gespräch angeführt, was nach Bechmann (2014: 147) allerdings mehr als unzulässig ist: Wäre das medizinische Personal nämlich adäquat in den richtigen Gesprächstechniken geschult, ließe sich das ärztliche Gespräch wesentlich effizienter und gleichzeitig unter verantwortungsvoller Einbeziehung des Patienten in die Behandlungsentscheidung durchführen. Im Hinblick auf das schlechte Zeugnis für die Gesprächsqualität in Österreichs Gesundheitseinrichtungen empfehlen die Autoren Sator, Menz und Nowak (2015: 50) im Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit eine generelle Änderung der Denkrichtung: „In der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten müssten entgegen dem herrschenden Paradigma und der herrschenden Sozialisierung Bewusstsein und Kultur für den zentralen Stellenwert kommunikativer Kompetenzen als genuiner Bestandteil des Arztberufs geschaffen werden.“. Zwar wurden in dieser Hinsicht bereits Maßnahmen wie etwa die Erweiterung der Curricula der österreichischen Medizinstudien und Fortbildungsangebote durch Module in „Ärztlicher Gesprächsführung“ gesetzt (vgl. ebd: 44), bis tatsächlich ein Paradigmenwandel einsetzt, muss aber noch viel Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit in diesem Bereich geleistet werden.

Am eindrücklichsten lässt sich dies zum Abschluss des Kapitels mit den Worten des Kommunikationswissenschaftlers Maximilian Gottschlich (2007: 39) sagen: „Was der Medizin nottut, was uns allen im Umgang miteinander nottut, ist die Einsicht, dass Kommunikation lebenswichtig – überlebenswichtig – ist.“.

4. Gehörlosigkeit

*Blindheit trennt von den Dingen, Taubheit trennt von den Menschen.
(Helen Keller)*

Das Zitat der US-amerikanischen taubblinden Schriftstellerin Helen Keller (1880-1968) wird oft herangezogen, um die Bedeutung von Gehörlosigkeit besser greifbar zu machen. Durch Kommunikation konstruieren wir soziale Wirklichkeit und erst der Austausch mit anderen macht uns zu „gesellschaftsfähigen Wesen“ (Schnabel/Bödeker 2012: 12). Von dieser gesellschaftlichen Teilhabe sind gehörlose Menschen aufgrund eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten oft ausgeschlossen. Dabei wird bei näherer Beschäftigung mit dem Thema deutlich, dass diese Ausgrenzung keineswegs unumgänglich ist, sondern dass Kommunikationsbarrieren für Gehörlose vielmehr von der Gesellschaft selbst konstruiert sind. Diese Barrieren sind vielfältig und das gesellschaftliche Bewusstsein zum Thema Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit oft sehr gering. Unter anderem auch deshalb, weil Hörschädigungen nicht auffällig sind und unverständliche Sprachäußerungen oft als kognitive Beeinträchtigung missverstanden werden. Nicht umsonst spricht man bei Gehörlosigkeit auch oft von der „unsichtbaren Behinderung“ (vgl. Uhlig 2012: 46). Ein eingeschränktes oder fehlendes Hörvermögen ist allerdings nicht automatisch gleichbedeutend mit fehlendem Kommunikationsvermögen. Mit der Gebärdensprache, die für viele die Muttersprache oder bevorzugt verwendete Sprache ist, haben gehörlose Menschen eine gleichwertige Ausdrucksmöglichkeit wie hörende Menschen, die gesprochene Sprachen verwenden. Sie ist keineswegs als bloße „Kommunikationsstütze“ zu verstehen, sondern ist eine vollwertige Sprache, die sich – ebenso wie Lautsprachen – natürlich entwickelt hat, eine eigene grammatikalische Struktur besitzt und auf nationaler Ebene ebenso unterschiedlich sein kann wie Lautsprache. Kommunikationsfähigkeit kann sich also nicht nur in lautsprachlicher sondern auch in schriftlicher oder gebärdeter Form äußern (vgl. Krausneker/Schalber 2007: 95). Die veraltete, aber leider immer noch häufig gebrauchte Bezeichnung Gehörloser als „taubstumm“ ist deshalb falsch und wird oft als diskriminierend empfunden (vgl. ÖGLB o.J. b).

In Österreich leben ungefähr 450.000 Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung, etwa 8.000 bis 10.000 davon sind gehörlos (vgl. ÖGSDV o.J.). Ihre Muttersprache ist die Österreichische Gebärdensprache (ÖGS). Gehörlosigkeit ist nicht nur mit der Gebärdensprache, sondern auch mit einer vielfältigen Kultur und einer eigenen Gemeinschaft verbunden. Dieses Kapitel soll deshalb auch einen kurzen Einblick in die Geschichte der Gehörlosen sowie die Entwicklung der Gehörlosenkultur geben. Zudem

soll im Speziellen auf die Bildungssituation von Gehörlosen eingegangen werden, bevor im nächsten Kapitel im Detail die Gesundheitsversorgung und der Zugang zu Gesundheitsleistungen betrachtet wird.

4.1. Wer ist gehörlos?

Der Begriff der Gehörlosigkeit kennt unterschiedliche Definitionen – abhängig vom Fachbereich, der sich damit befasst. Während die Medizin vor allem die „Funktionsstörungen des Hörorgans“ erfasst, wird aus sozialer und pädagogischer Sicht eher die Bedeutung der Gehörlosigkeit für zwischenmenschliche Beziehungen betrachtet (vgl. Leonhardt 2010: 22).

In der Medizin wird der Grad der Schwerhörigkeit anhand des Hörverlusts in Dezibel gemessen, wobei zwischen geringgradiger (Hörverlust >20 db), mittelgradiger (Hörverlust >40 db), hochgradiger (Hörverlust >60 db) und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust >80 db) unterschieden wird (vgl. ÖSB 2009). Nach der Einteilung der Schwerhörigkeit laut WHO spricht man ebenfalls ab einem Hörverlust von 81 dB von Hörresten oder Taubheit. Der klinische Befund bei dieser Ausprägung lautet „keinerlei Sprachverständnis bei maximaler Lautstärke“ (Zahnert 2011: 434). Mithilfe eines Ton- oder Sprachaudiogramms kann der Hörverlust auch in Prozent angegeben werden. Ein Hörverlust von 80-90% (an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit) bedeutet dabei, dass Umgangssprache gar nicht oder aus weniger als 0,25 Meter Entfernung verstanden wird (vgl. ÖSB 2009). Die Ursachen für Hörschädigungen jeglicher Art sind vielfältig. Sie können erblich bedingt sein oder durch eine Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft (zB Röteln) hervorgerufen werden. Auch perinatale (unmittelbar vor, während oder nach der Geburt) eintretende Komplikationen können Hörschäden verursachen. Schließlich können auch postnatale Ereignisse wie Infektionskrankheiten oder ein Hörsturz zu Hörschäden im Erwachsenenalter führen (vgl. Leonhardt 2010: 58). Von essentieller Bedeutung für die Frühförderung (sowohl aus medizinischer als auch pädagogischer Sicht) von hörbehinderten Menschen ist der Zeitpunkt der Diagnose. Während noch vor einigen Jahrzehnten auch prä- und perinatale Hörschäden meist erst im frühkindlichen Alter festgestellt wurden, hat sich der Diagnosezeitpunkt vor allem seit Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings Mitte der 90er Jahre in Österreich wesentlich verbessert (vgl. Weichbold/Nekham-Heis/Welzl-Müller 2005: 641). Eine Evaluation der ersten zehn Jahre der Hörscreenings an Österreichs Spitälern ergab, dass bis zum Alter von einem Jahr mithilfe des Neugeborenen-Hörscreenings 80% der Hörstörungen erfasst werden, während es bei Kindern ohne Hörscreening nur 12% waren (vgl. ebd.).

Versuche, Gehörlosigkeit zu heilen, gibt es seit jeher und wurden bereits 300 vor Christus durchgeführt. Damals erhoffte man sich Heilung durch die Durchtrennung des Zungenbändchens, was im 16. Jahrhundert auch prophylaktisch bei Neugeborenen gemacht wurde. Später, ab dem 18. Jahrhundert, war hingegen die Methode der Trommelfell-Perforierung verbreitet (vgl. Brosch/Pirsig 2003: 113). Versuche mit ersten Hörprothesen wurden ebenfalls im 18. Jahrhundert durchgeführt, erste Cochlea-Implantate wurden hingegen erst Ende des 20. Jahrhunderts entwickelt (vgl. ebd.: 115). Technische Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Cochlea-Implantate können heutzutage in den meisten Fällen einen Teil des Hörverlusts ausgleichen. Von einer vollständigen Wiederherstellung des Hörvermögens kann dabei allerdings nicht ausgegangen werden. Trotz der enormen technischen Entwicklung, die in den letzten Jahrzehnten in diesem Bereich erfolgt ist, ist das Hören mit einer Hörhilfe immer ein anderes Hören als das natürliche (vgl. Leonhardt 2010: 23). Ein Cochlea-Implantat kann heutzutage das Gehör von völlig ertaubten Menschen soweit wiederherstellen, dass es mit dem Hörvermögen eines hochgradig oder mittelgradig Schwerhörigen vergleichbar ist. Die Implantation kann aber nur unter bestimmten Voraussetzungen (zB ein intakter Hörnerv) durchgeführt werden, wobei sowohl der Zeitpunkt als auch die Umweltfaktoren (familiäres Umfeld) eine wichtige Rolle hinsichtlich des Erfolges der Operation spielen. Die Rehabilitationsmaßnahmen und Hörtrainings nach der Operation beeinflussen vor allem den Lautspracherwerb bei Kindern mit prä- oder perinataler Hörschädigung entscheidend, da das Hören erst „erlernt“ werden muss, um den neu wahrgenommenen Geräuschen eine Bedeutung geben zu können (vgl. Müller-Deile 2004: 163).

Unabhängig vom Einsatz von Hörhilfen spielt der Zeitpunkt der Ertaubung hinsichtlich des Lautspracherwerbs *immer* eine entscheidende Rolle. Man unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen prälingualen und postlingualen Hörverlust. Prälingual Ertaubte verlieren ihr Gehör bereits bevor die Sprachentwicklung vollständig abgeschlossen ist, sie sind also von Geburt an taub oder erlauben in den ersten Lebensjahren. Postlingual ertaubte Menschen hingegen haben die Sprachentwicklung zum Zeitpunkt des Hörverlusts bereits abgeschlossen und Erfahrungen mit Sprache gemacht (vgl. Dotter 1995). In der Pädagogik liegt das Hauptaugenmerk auf den Möglichkeiten des Spracherwerbs und der Frühförderung: Kinder können Sprache entweder auf natürlichem, imitativem Weg erlernen oder auf künstliche, unterstützte Weise. Während für schwerhörige Kinder oder Kinder mit Hörhilfen das natürliche Nachahmen der Sprache meist möglich ist, wird bei gehörlosen Kindern auf andere Methoden zurückgegriffen (vgl. Leonhardt 2010: 28). Für Leonhardt (2010) wie für Dotter (1995) ist klar, dass sich die Situation prälingual ertaubter Menschen jedenfalls

grundlegend von jener der Spätertaubten unterscheidet. Welche Implikationen dies in der Bildung gehörloser Kinder mit sich bringt, soll aber erst in Kapitel 4.3. näher thematisiert werden.

Unabhängig von den oben genannten Einteilungsmöglichkeiten der Hörbehinderung ist auch die Sicht der Betroffenen auf das Thema Gehörlosigkeit. Viele fühlen sich trotz Beherrschung der Lautsprache oder des Tragens von Cochlea-Implantaten der Kultur der Gehörlosen beziehungsweise der gebärdensprachlich orientierten Gemeinschaft zugehörig, während andere wiederum trotz an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder Taubheit lautsprachlich kommunizieren (vgl. Bickelmayer 2014: 186). Der nächste Abschnitt soll daher besonders auf die Entwicklung der Gehörlosenkultur und deren geschichtlichen Hintergrund eingehen.

4.2. Geschichte und Kultur der Gehörlosen

Deafhood, *Gehörlosengemeinschaft* oder einfach *Gehörlos*: All diese Begriffe bezeichnen eine Kultur, die hörenden Menschen oft fremd ist. Krammer (2008: 17) nennt hier wieder die Unsichtbarkeit der Gehörlosigkeit als Grund: Sichtbare Beeinträchtigungen, wie etwa körperliche Behinderungen, führen meist zu einer bewussten oder unbewussten Auseinandersetzung der Bevölkerung beziehungsweise der Öffentlichkeit damit. Die „unsichtbare“ Gehörlosigkeit hingegen wird nicht wahrgenommen und folglich erlangt die Mehrheit der Bevölkerung auch kaum Wissen darüber. Die Gehörlosenkultur ist für viele deshalb so unsichtbar wie der fehlende Gehörsinn selbst (vgl. Uhlig 2012: 46). Dass nur wenige hörende Menschen Erfahrungen mit oder Wissen über die Kultur Gehörloser haben, liegt allerdings auch am medizinischen Blick, den die „hörende Welt“ auf gehörlose Menschen hat: Gehörlosigkeit wird als Sinnesbehinderung betrachtet, oft als Defizit, das mit entsprechenden Mitteln gelindert oder behoben werden kann. Diese Sichtweise geht auf eine lange oral-auditive Tradition zurück, die die heutige Gehörlosenkultur stark geprägt hat (vgl. Bickelmayer 2014: 188). Da Hörende nach der deutschen Ethnologin Anne Uhlig (2012: 28) Gehörlose als Angehörige ihrer eigenen Kultur sehen, sozusagen als „eigene Andere“, werden kulturell bedingte Unterschiede meist nicht wahrgenommen. Was Gehörlosigkeit für Betroffene meist allerdings wirklich bedeutet, beschreibt Uhlig (ebd.) in ihrem Werk „Ethnographie der Gehörlosen“ wie folgt:

„Gehörlos-Sein umfasst für die Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft ihre Sprache, Kultur, sozialen Netzwerke, ihre Wahrnehmung und ihr Dasein. Gehörlos-Sein bedeutet für sie etwas völlig anderes als für hörende Menschen,

die in einer phonozentrischen und lautsprachlich kommunizierenden Kultur leben.“ (Uhlig 2012: 11)

Gehörlose gehören demnach oft zwei verschiedenen Kulturen an: Jener, die sie sich durch das Aufwachsen in einem bestimmten Land oder Gebiet aneignen und der Gehörlosenkultur (vgl. Vogel 2002). Die unterschiedliche Kulturzugehörigkeit schließt auch eine sprachliche Dimension mit ein. Gehörlose bewegen sich meist in „zwei Welten mit unterschiedlichen Kommunikationssystemen“ (Ahrbeck 1997: 58), was eine ständige Anpassung an die jeweilige Umgebung erfordert. Während das berufliche und zumeist auch das familiäre Umfeld vorwiegend aus hörenden Personen ohne Gebärdensprachkompetenz besteht, ist der Kontakt mit anderen Gehörlosen vorwiegend durch die Kommunikation in Gebärdensprache geprägt. Die Gebärdensprache wird dabei als zentraler Bestandteil der Gehörlosenkultur betrachtet (vgl. Vogel 2002; Bickelmayer 2014: 188) und wirkt insofern auch als Bindeglied zwischen den Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft (vgl. Uhlig 2012: 12). Prillwitz (1999) bezeichnete sie gar als „Seele der Gehörlosengemeinschaft“.

Wie eingangs bereits erwähnt, gibt es wie bei Lautsprachen auch bei Gebärdensprachen nationale Unterschiede, die zusätzlich regionale Ausprägungen und Dialekte aufweisen (vgl. Krammer 2008: 25). Zudem lassen sich wie bei Lautsprachen auch altersspezifische Unterschiede feststellen – ältere Gehörlose verwenden oft andere Gebärden als Jugendliche (vgl. ÖGLB o.J. b). Gebärdensprachen sind visuell-gestische Sprachen, die vor allem durch Handbewegungen und Mimik ausgeführt werden. Sie besitzen eine eigene Sprachstruktur und Grammatik, welche von der jeweiligen Lautsprache unabhängig ist (vgl. Steixner 2009: 20). Die Erforschung dieser Sprachstruktur und die Grundlage für die Anerkennung vieler Gebärdensprachen geht vor allem auf den amerikanischen Linguisten William Stokoe zurück, der Mitte der 60er-Jahre neben der Beschreibung der Gebärdensprache erstmals auch auf kulturelle Charakteristika der Gehörlosen einging (vgl. Leonhardt 2010: 139).

Als Merkmale der Gehörlosenkultur beschreibt auch Vogel (2002) zunächst die gebärdensprachliche Kommunikation, die gemeinsamen Erfahrungen und Erlebnisse etwa in Familien oder Gehörlosenschulen und die dadurch entstehende Vertrautheit über regionale Grenzen hinweg, die Weitergabe dieser Erfahrungen von Generation zu Generation, die geschichtliche Entwicklung sowie Bräuche und Witze. Voit (2000: 21) nennt ebenso die Organisation in Vereinen, die starke Zuwendung zu anderen Gehörlosen, die sich etwa darin äußert, dass fast 90% andere Gehörlose als PartnerIn haben und besondere Umgangsformen und Konversationsregeln.

Ganz entscheidend, ob und wie stark Gehörlose sich mit ihrer Kultur identifizieren können, ist die familiäre Situation und die damit erfolgte Konfrontation mit Gehörlosigkeit und Sprache. Sowohl Vogel (2002) als auch Homann und Bruhn (2007: 288) betonen dabei, dass sich die Lebenswelten und Erfahrungen gehörloser Kinder mit gehörlosen Eltern und gehörloser Kinder mit hörenden Eltern hier grundlegend unterscheiden. Abgesehen vom „Schockmoment“, den hörende Eltern gehörloser Kinder zum Zeitpunkt der Diagnose und oft noch lange nachwirkend erleben, liegen – wie auch bei vielen anderen Hörenden – kaum Informationen zum Thema Gehörlosigkeit und den damit verbundenen kulturellen und sprachlichen Möglichkeiten vor (vgl. Vogel 2002). Hinzu kommt, dass medizinisches Fachpersonal, hier oft ausgehend von der „defizitären“ Sichtweise der Gehörlosigkeit als Behinderung, ausschließlich über Behandlungs- und „Reparatur“-Möglichkeiten des Hörsinnes informiert und nicht die Sprachbarrieren als eigentliches Problem thematisiert werden (vgl. Steixner 2009: 18). In einem Artikel zu *Disability Studies und Deaf Studies* stellen die Autoren Homann und Bruhn (2007) die Situation für gehörlose Kinder hörender Eltern, die die bei Weitem größte Gruppe der Gehörlosen darstellt, eindringlich dar:

„Während gehörlose Kinder gehörloser Eltern somit innerhalb ihrer Kernfamilien eine ihnen gemäße ‚Normalität‘ erleben und in der Regel eine sprachlich vollwertige Entwicklung durchlaufen - vergleichbar den Entwicklungsverläufen hörender Kinder hörender Eltern -, erleben hörende Eltern die Gehörlosigkeit, d. h. die ‚Normalität‘ ihres Kindes als psychisch wie physisch höchst belastendes Trauma, als unerwünschte Andersartigkeit und Behinderung. Wann und ob diese Kinder einen Zugang zur Gehörlosengemeinschaft erhalten, hängt ganz wesentlich davon ab, wie die Krisenverarbeitung (und Begleitung durch Fachleute!) der hörenden Eltern verläuft, ob es ihnen gelingt, ihr Kind mit seinen (Un-)Möglichkeiten anzunehmen und ob sie Informationen über die Gehörlosengemeinschaft erhalten.“ (Homann/Bruhn 2007: 288)

Homann und Bruhn sprechen damit gleich mehrere Bereiche an, die im Zusammenhang mit der Identität Gehörloser von großer Bedeutung sind: Das Erleben der Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Gemeinschaft, die sprachliche Entwicklung und die Erfahrung der Andersartigkeit beziehungsweise Behinderung. Im bestehenden medizinischen System, wo mehr und mehr gehörlose Kinder schon in den ersten Lebensmonaten mit einem Cochlea-Implantat versorgt werden und in dem vom medizinischen Personal kaum Information zur Gebärdensprache oder Gehörlosengemeinschaft weitergegeben werden, sehen viele Gehörlose zurecht ihre Kultur und das neu gewonnene Selbstverständnis in Gefahr (vgl. Homann/Bruhn 2007: 289f; Uhlig 2012: 11). Die Gehörlosenkultur, die Anerkennung der Gebärdensprachen und das *Empowerment* der Gehörlosen, das seinen Ursprung vor allem in US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegungen in den 60er-Jahren hat, ist schließlich Ergebnis eines jahrhundertelangen Kampfes gegen

Unterdrückung und Abwertung in einer Gesellschaft, die Andersartigkeit nicht akzeptiert. Prillwitz (1990: 21) führt diese Ausgrenzung vor allem auf die falsche Einschätzung hörender Menschen, dass fehlendes Hör- und Ausdrucksvermögen gleichbedeutend mit Sprachlos-Sein ist, zurück. Dies postulierte schon Aristoteles, der der Meinung war, dass Gehörlose aufgrund des fehlenden Gehörs nicht bildungsfähig wären, was später auch Schopenhauer und Kant weitertrugen, die Gehörlosen „keinen direkten Zugang zur Vernunft“ unterstellten (vgl. ebd.: 22). Die katholische Kirche verstärkte dies noch dadurch, dass sie gehörlosen Menschen auch die Glaubensfähigkeit in Abrede stellte (vgl. ebd.: 21). Als besonders dunkles Kapitel in der Geschichte der Gehörlosigkeit ist auch die Zeit des Nationalsozialismus anzusehen, während der mehr als 15.000 gehörlose Frauen zwangssterilisiert wurden, um gehörlose Nachkommen zu verhindern (vgl. Steixner 2009: 45).

In besonderem Ausmaß hat auch die Entwicklung der Gehörlosenpädagogik die heutige Situation der Gehörlosen und ihre Kultur geprägt. Auf diese soll deshalb im nachfolgenden Kapitel eingegangen werden.

4.3. Bildung und Spracherwerb bei Gehörlosen

Die Geschichte der Gehörlosenpädagogik ist geprägt von einem fundamentalen Methodenstreit, der bis in die heutige Zeit hinein wirkt und immer noch weitreichende Folgen für gehörlose Menschen und ihr Bildungsniveau hat. Der Streit dreht sich vor allem um die geeignete Lehrmethode für hörgeschädigte Kinder, wobei hier die Vermittlung von Lehrinhalten durch Anwendung der Gebärdensprache im Gegensatz zur lautsprachlichen Vermittlung, auch als orale Methode bezeichnet, steht.

Die ersten Versuche, Gehörlose zu unterrichten, wurden Ende des 16. Jahrhunderts in Spanien unternommen. Der spanische Geistliche Pedro Ponce de León (1510–1584) unterrichtete hörgeschädigte Kinder mithilfe von Schrift und dem Handalphabet (vgl. Leonhardt 2012: 227). Die erste einheitliche Beschulung von hörgeschädigten Kindern an einer staatlich geförderten Einrichtung wurde aber erst durch den französischen Geistlichen Abbé de l'Eppé ermöglicht, der im Jahr 1770 ein Taubstummeninstitut in Paris gründete (vgl. ebd.: 233). De l'Eppés Unterricht konzentrierte sich hauptsächlich auf die Vermittlung von Inhalten durch die Verwendung von Handalphabet und Gebärdenzeichen, von seinem Nachfolger Abbé Sicard auch als „französische Methode“ bezeichnet (vgl. ebd.: 234). Während in Frankreich hauptsächlich Gebärden, die sich in ihrer Grammatik und Struktur an der französischen Lautsprache orientierten, verwendet wurden, verbreitete ein gehörloser Schüler de l'Eppés, Laurent Clerc, gemeinsam mit

Thomas Hopkins Gallaudet eine ausschließlich an amerikanischer Gebärdensprache (ASL) ausgerichtete Lehrmethode in den USA (vgl. Staber 2005: 6). Die heutige *Gallaudet University* für Gehörlose und Schwerhörige in Washington, USA, geht auf Thomas Hopkins Sohn Edward Gallaudet zurück, der diese als Schule für Taube und Blinde ab 1856 leitete (vgl. Gallaudet University o.J.). Bis heute wird an der Universität ausschließlich in Gebärdensprache unterrichtet, sie stellt ein einmaliges Beispiel der Gehörlosenbildung weltweit dar.

Im Gegensatz zur französischen, gebärdenorientierten Methode steht die *deutsche Methode*, die um 1778 durch den Deutschen Samuel Heinicke geprägt wurde. Heinicke gründete in Leipzig das „Kurfürstlich-Sächsische Institut für Stumme und andere mit Sprachgebrechen behaftete Personen“ (vgl. Leonhardt 2012: 233). Heinicke konzentrierte seinen Unterricht auf die Förderung der Lautsprache und Aussprache bei gehörlosen Schülerinnen und Schülern (vgl. Prillwitz 1990: 20). Als dritte bedeutende staatliche Institution wurde 1779 schließlich das K.u.K. Taubstummeninstitut in Wien gegründet (vgl. Dotter 2012: 67). Die Lehrmethode entsprach hier zunächst der französischen Methode, da das Institut nach Vorbild von de l'Eppés Schule in Paris gegründet wurde. Durch den starken Einfluss der deutschen Methode entwickelte sich aber bald eine Mischform, die sowohl die geschriebene Sprache, als auch einzelne Gebärden und das Fingeralphabet verwendete (vgl. ebd.). Diese Mischform wurde als *Wiener Methode* bekannt.

Die zwei gegensätzlichen Strömungen wurden unter Pädagogen immer wieder heftig diskutiert. Der Streit sollte schließlich beim Internationalen Taubstummenlehrerkongress in Mailand 1880 ein Ende finden, als über die lautsprachorientierte Methode als einzig richtige Methode entschieden und die Gebärdensprache folglich aus allen Gehörlosenschulen verbannt wurde (vgl. Krausneker 2004: 294). Der Kongress wird von vielen als Wendepunkt bezeichnet und die Nachwirkungen sind bis heute zu spüren. Vor allem im deutschsprachigen Raum wurde als Folge des Mailänder Kongresses besonders rigide an der lautsprachlich orientierten Unterrichtspraxis festgehalten, schließlich wurde die Empfehlung der deutschen Methode auch als „Sieg“ über die gebärdensprachliche Methode betrachtet (vgl. ebd.). Leonhardt (2012) schreibt zur anschließend gängigen Unterrichtspraxis:

„Der Unterricht war einseitig auf Sprechen, Lautsprachassoziation und Sprechdenken orientiert. An Bildungsinhalten wurde nur das angeboten, was vom gehörlosen Schüler auch sprech-technisch (artikulatorisch) in der Lautsprache beherrscht wurde.“ (Leonhardt 2012: 243)

Im späten 20. Jahrhundert konnten schließlich zahlreiche wissenschaftliche Belege für „das Scheitern des Oralismus“ erbracht werden, die Grundbildung und Alphabetisierung gehörloser Kinder entsprach nach Schulabschluss meist jener von SchulanfängerInnen (vgl. Krausneker 2004: 296). Dass lautsprachlicher Unterricht für Gehörlose kaum Erfolge bringt, zeigen auch Erkenntnisse der Spracherwerbsforschung, die weithin festgestellt hat, dass Kinder nur mit einer gefestigten Erstsprache (im Fall von gehörlosen Kindern die Gebärdensprache), die auf natürliche Weise erlernt wird, an eine Zweitsprache herangeführt werden können (vgl. ebd.: 297). Auch der amerikanische Sprachwissenschaftler Harlan Lane (1994: 169) geht in seinem Werk „Die Maske der Barmherzigkeit“ hart mit dem Oralismus ins Gericht und spricht von einem weltweiten „Bildungsdesaster“. Schlechte Lautsprachenkenntnisse und kaum vorhandene Lesefähigkeit gehörloser SchulabgängerInnen wurden in nahezu allen Ländern, in denen fast ausschließlich lautsprachlich unterrichtet wurde, festgestellt. Untersuchungen von mehr als 17.000 gehörlosen US-amerikanischen SchülerInnen zeigten etwa, dass durchschnittliche 16-jährige über die Lesefähigkeit von 8-jährigen hörenden Kindern verfügten (vgl. ebd.). Lane (ebd.) resümiert schließlich:

„Die Tragik liegt nicht darin, daß Amerikas gehörlose Kinder nicht Englisch sprechen oder absehen können, die Tragik liegt darin, daß ihre Erziehung in der Sprache durchgeführt wird, die sie gar nicht kennen.“ (Lane 1994: 169)

Dennoch ist auch heute noch die lautsprachliche Unterrichtsmethode an Gehörlosenschulen und in Integrationssettings zumindest im deutschen Sprachraum vorherrschend (vgl. Kramreiter 2011: 25).

4.3.1. Die Bildungssituation in Österreich

Österreichs Hörgeschädigtenpädagogik war lange Zeit, wie der gesamte deutsche Sprachraum, vom Oralismus geprägt. Auch heute noch wird in den sechs österreichischen Gehörlosenschulen, die die Mehrheit der hörgeschädigten Kinder besuchen, hauptsächlich lautsprachlich unterrichtet (vgl. ÖGLB o.J. c). Mehrere Erhebungen konnten allerdings auch hierzulande bereits die Mängel der lautsprachlich orientierten Lehrmethode und Bildungsrückstände der hörgeschädigten Schülerinnen und Schüler feststellen. Eine davon war die sogenannte *CHEERS*-Studie, die im Jahr 2004 und 2005 sowohl Grammatik- als auch Wortschatzkenntnisse und ebenso das seelische Wohlbefinden oberösterreichischer hörgeschädigter SchülerInnen im Pflichtschulalter erfasst hat (vgl. Holzinger et al. 2006: 1). Von 116 zumindest mittelgradig schwerhörigen untersuchten Schulkindern konnte nicht nur festgestellt werden, dass bei hochgradig hörgeschädigten und (spät) CI-implantierten SchülerInnen

gravierende Sprachentwicklungsrückstände und Defizite im Allgemeinwissen bestehen, auch der emotionale Zustand der SchülerInnen war teilweise besorgniserregend (vgl. ebd.: 68). Emotionale Störungen waren bei stark hörgeschädigten SchülerInnen dabei zum Teil auch auf fehlende innerfamiliäre Kommunikationsmöglichkeiten zurückzuführen. Dies wurde vor allem dadurch deutlich, dass fast drei Viertel (73%) der Eltern angaben, dass ihre Kinder bevorzugt in Gebärdensprache kommunizieren, nur 22% allerdings auf diese Art der Kommunikation innerhalb der Familie zurückgriffen (vgl. ebd.: 66). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Vergleichsstudie aus Kärnten, die von 2008 bis 2011 durchgeführt wurde und bei 168 hörgeschädigten Schulkindern im Alter von 7 bis 16 Jahren dieselben Testverfahren wie die CHEERS-Studie in Oberösterreich anwendete (vgl. Weishaupt 2011: 10). Der maßgeblich mitwirkende Linguist Daniel Holzinger (2011: 17), der auch die oberösterreichische Studie leitete, resümierte, dass gerade einmal die Hälfte der schwerhörigen und gehörlosen Kinder, die bevorzugt in Lautsprache kommunizieren, altersentsprechende Lese- und Sprachfertigkeiten aufwies. Ganz anders zeigte sich das Bild bei Kindern, die hohe Gebärdensprachkompetenzen aufwiesen:

„Beachtenswert sind sehr starke Zusammenhänge zwischen dem Niveau gebärdensprachlicher Kompetenzen und dem Verstehen gesprochener bzw. gelesener Äußerungen (PMLP und TROG-D). Kinder mit hohem gebärdensprachlichen Niveau zeigen somit auch bessere Ergebnisse im Grammatikverständnis im Deutschen. Darüber hinaus zeigen sich sehr starke Zusammenhänge zwischen dem gebärdensprachlichen Lexikon (Umfang des Gebärdenschatzes) und dem Leseverständnis.“ (Holzinger 2011: 23).

Auch Dotter (1995) wies schon mehr als 15 Jahre zuvor darauf hin, dass nur „ein vollständig erworbenes visuelles Sprachsystem (wie die Gebärdensprache) gewährleistet, daß sich Sprachverständnis und Intelligenz bei gehörlosen und hochgradig schwerhörigen Kindern normal entwickeln.“.

Obwohl die Hörgeschädigtenpädagogik in Österreich mittlerweile teilweise auch erweiterte Konzepte, wie vereinzelte bilinguale Systeme miteinschließt, kam auch eine qualitative und quantitative Untersuchung von Krausneker und Schalber (2007) zum Einsatz von Gebärdensprache an Österreichs Gehörlosenschulen zu eher bedenklichen Erkenntnissen. So konnte unter anderem im Rahmen von SchülerInnen-Interviews gezeigt werden, dass Gebärden im Schulalltag immer noch unterdrückt werden (vgl. Krausneker/Schalber 2007: 197). Eine weitere Beobachtung aus der Studie zeigt beispielhaft die Auswirkungen des immer noch lautsprachlich orientierten Unterrichts an den Gehörlosenschulen:

„Die Schülerin ist lebhaft, interessiert, liebenswürdig. Als wir ihre Klasse in einer Gehörlosenschule besuchen, schreibt sie gerade selbstständig die Konjugation von 7 deutschen Verben in ihr Heft. Ich schaue ihr dabei zu. Dann frage ich die über 10-Jährige was das Wort - ich zeige dabei auf das Wort ‚weinen‘ in ihrem Heft, das sie x-Fach geschrieben hat - bedeutet. Sie weiß es nicht. Ich gebärde WEINEN, sie versteht und strahlt. (...) (Teilnehmende Beobachtung, Protokoll 35)“ (Krausneker/Schalber 2007: 201)

Durch die starke Konzentration auf die Produktion von Lauten und das Lippenablesen rücken Inhalte völlig in den Hintergrund. Hinzu kommt, dass auch von geübten Lippenablesern maximal 30% des Inhalts erfasst werden können (vgl. Krausneker/Schalber 2007: 330). Das pädagogische Personal, das in Österreich in Spezialschulen für hörgeschädigte Kinder oder in Integrationsklassen eingesetzt wird, muss über keine fachspezifische Ausbildung verfügen, ÖGS-Sprachkenntnisse müssten berufsbegleitend erworben werden (vgl. Schalber/Krausneker 2008: 22). Eine weitere Erkenntnis der Studie war, dass sowohl Eltern als auch Lehrpersonal und Kinder unter dem gesellschaftlichen Normierungsdruck leiden, der immer noch eine Abwehr gegenüber der Gebärdensprache bewirkt, da diese die Behinderung erst „sichtbar“ macht (vgl. ebd: 24). Die Autorinnen verorteten in ihrer Studie schließlich dringenden Handlungsbedarf:

„Vielerorts im österreichischen Gehörlosenbildungswesen herrschen rein lautsprachlich orientierte, audistische Ideologien, die Assimilation verlangen und dies mit ‚Integration‘ begründen. Herrschende Schulkonzepte und Lehrpläne sollten sehr kritisch an Hand von Spracherwerbstheorien und -empirien auf ihre Sinnhaftigkeit und Praktikabilität überprüft werden.“ (Krausneker/Schalber 2007: 243)

Der Fokus auf Integration ist immer noch stark ausgeprägt, erfolgreiche Modelle wie etwa bilinguale Klassen und Schulversuche, die auf Einzelinitiativen von Eltern oder LehrerInnen zurückgehen, setzen aber zunehmend positive Akzente. Eine länderübergreifende Studie zur Situation der bilingualen Beschulung (in Lautsprache und Gebärdensprache) gehörloser Kinder konnte zeigen, dass in 80% der 39 untersuchten Länder bereits bilinguale Konzepte zum Einsatz kommen – wenn auch nicht flächendeckend (vgl. Krausneker et al. 2016). Die erste bilinguale Klasse in Österreich wurde bis 2004 von Krausneker wissenschaftlich begleitet. Der gute Erfolg der Alphabetisierung von gehörlosen Kindern in ihrer Erstsprache (Gebärdensprache) zur Erlernung von Deutsch als Zweitsprache konnte dabei belegt werden (vgl. Krausneker 2004: 303). Mittlerweile gibt es in Wien seit dem Schuljahr 2014/15 sogar eine bilinguale Mehrstufenklasse, in der ein Team aus einer hörenden und einer gehörlosen Pädagogin unterrichtet (vgl. Kramreiter 2015: 2). Obwohl das Interesse an bilingualen Konzepten seitens des Lehrpersonals und der Eltern zunehmend wächst, ist die Situation derzeit

noch durch einen gravierenden Mangel an geeignetem, ÖGS-kompetentem Lehrpersonal gekennzeichnet. Vor allem auch deshalb, da der Zugang für gehörlose Menschen zur Pädagogischen Hochschule erst seit Herbst 2013 gestattet ist (vgl. Kramreiter 2015: 13).

Um die schulische Integration und Leistung für hörgeschädigte Kinder zu verbessern, müssten demnach nicht nur schulische bilinguale Konzepte erweitert, sondern vor allem auch die frühkindliche Sprachförderung innerhalb der Familie und im Kindergarten intensiviert werden. Angesichts der Tatsache, dass nahezu 90% der gehörlosen Kinder aus hörenden Familien kommen und oft bis ins Schulalter nur eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit den Eltern haben, ist diese Forderung als besonders dringlich zu erachten (vgl. Krausneker 2004: 293). Dass die Mängel in der Grundbildung auch zu massiven Einschränkungen und Barrieren in der höheren Bildung führen, liegt auf der Hand. Im Rahmen einer Pressekonferenz zum Internationalen Tag der Behinderung 2014 machte der Österreichische Gehörlosenbund darauf aufmerksam, dass nur ungefähr 3 Prozent der etwa 10.000 Gehörlosen in Österreich Matura haben und nur 1 Prozent ein Studium abgeschlossen hat (vgl. Link 2014). Der Österreichische Gehörlosenbund kämpft bereits seit Jahren für den Einsatz der Österreichischen Gebärdensprache als Unterrichtssprache und in der Frühförderung, an der Umsetzung scheitert es allerdings bis heute (vgl. ÖGLB o.J. c). Erst im Februar 2017 wurde erneut eine Bürgerinitiative der Aktionsgemeinschaft für Gehörlose und GebärdensprachlerInnen unter dem Motto „Gebärdensprache ist ein Menschenrecht“ an den Nationalrat übergeben, dessen Themenschwerpunkt die Bildungschancen gehörloser Menschen in Österreich ist (vgl. ÖGLB 2017).

4.4. Barrierefreiheit für Gehörlose in Österreich

Gehörlose sind, wie bereits ansatzweise beschrieben, oft vielfältigen Barrieren in unserer Gesellschaft ausgesetzt. Neben den offensichtlichen Kommunikationsbarrieren im Alltag, sind es vor allem Barrieren und Hindernisse im Bildungssystem, die gehörlosen und hochgradig schwerhörigen Menschen eine adäquate und gleichwertige Chance auf Aus- und Weiterbildung in Österreich verwehren. Obwohl die Österreichische Gebärdensprache seit 2005 in der österreichischen Verfassung verankert und anerkannt ist, wird sie nicht als Unterrichtssprache eingesetzt, was in Folge zu einem geringeren Bildungsniveau und schlechteren Berufschancen führt (vgl. Link 2014).

Auch öffentliche Informationen stehen nur selten in Österreichischer Gebärdensprache zur Verfügung, obwohl es bereits zahlreiche Gesetzesgrundlagen für die Umsetzung der

kommunikativen Barrierefreiheit gibt. Exemplarisch seien hier die UN-Behindertenrechtskonvention, das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz aus dem Jahr 2006 und natürlich der Gleichheitsgrundsatz in der österreichischen Verfassung genannt (vgl. ÖGLB o.J. d). Gleichberechtigte Teilhabe, sei es im kulturellen Bereich, am Arbeitsplatz, im Bildungsbereich oder im Gesundheitsbereich, kann durch die Bereitstellung von Informationen in Österreichischer Gebärdensprache und den vermehrten Einsatz von GebärdensprachdolmetscherInnen gewährleistet werden. In beidem hinkt Österreich allerdings noch hinterher. Eine Untertitelung oder gar ÖGS-Dolmetschung österreichischer TV-Inhalte fand lange Zeit nur sehr eingeschränkt statt (vgl. Steixner 2009: 59). Auch Informationen im Internet, vor allem von öffentlichen Stellen, werden erst nach und nach barrierefrei angeboten. Technologische Weiterentwicklungen in diesem Bereich sind zwar bereits auf dem Vormarsch, von der durchgängigen Anwendung ist man in Österreich allerdings noch weit entfernt. So gibt es zum Beispiel bereits die Möglichkeit des Einsatzes von Gebärdensprach-Avataren, die zur flächendeckenden Informationsbereitstellung anstelle aufwändiger Videoproduktionen mit Menschen eingesetzt werden könnten (signtime.tv o.J.). Zur Verbesserung der Barrierefreiheit im Internet bietet unter anderem das *ServiceCenter ÖGS.barrierefrei*, eine Tochterorganisation des Österreichischen Gehörlosenbundes, das Produkt *HyperSign* an, mit dem Text-, Bild- und Sprachinformationen auf Websites verknüpft und barrierefrei in Gebärdensprache, mit Tonausgabe und als einfach zu lesender Text ausgegeben werden können (vgl. ServiceCenter ÖGS.barrierefrei 2014). Eigene Rubriken mit Informationsvideos in Gebärdensprache bieten derzeit hauptsächlich öffentliche Stellen wie das Sozialministerium, das Gesundheitsministerium, das Bundeskanzleramt (help.gv.at), das Bundesförderungsinstitut (bfi), die Stadt Wien oder karitative Organisationen wie die Caritas an. Die Wiener Linien haben im Jahr 2012 sogenannte „multisensorielle Infopoints“ am Wiener Hauptbahnhof installiert, die unter anderem Videoinformationen in Österreichischer und Internationaler Gebärdensprache zur Verfügung stellen (vgl. Wiener Linien 2015).

Obwohl die Bereitstellung barrierefreier Informationen bereits nach und nach zunimmt, ist im Bereich der österreichischen GebärdensprachdolmetscherInnen, die sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich eine wichtige Ressource für gehörlose Menschen darstellen, ein Mangel zu verorten (vgl. Hartl/Unger 2014: 54). Das Paradoxe an der Situation ist, dass die Inklusion gehörloser Menschen durch die Bereitstellung von DolmetscherInnen und Informationen in Gebärdensprache selbstverständlich nur dann gelingen kann, wenn Österreichs Gehörlose selbst ausreichend

gebärdensprachkompetent sind. Entsprechendes Wissen und entsprechende Kommunikationsfähigkeit sollte ihnen – wie auch nicht-beeinträchtigten Kindern – in der Grundausbildung und von frühester Kindheit an vermittelt werden (vgl. ebd.: 55). Die Autoren der IHS-Studie Hartl und Unger (ebd.) finden in diesem Sinne klare Worte zur Bedeutung der Verankerung der Gebärdensprache:

„ÖGS ermöglicht Gehörlosen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben, ein Bekenntnis zur Inklusion muss ein Bekenntnis zur ÖGS, ihrem Unterricht, ihrer Förderung und Entwicklung beinhalten. Denn ohne ÖGS sind Gehörlose taubstumm – mit ÖGS kann Inklusion gelingen.“ (Hartl/Unger 2014: 55)

5. Gehörlosigkeit und Barrieren in der Gesundheitsversorgung

Für diese Arbeit von besonderer Bedeutung sind Barrieren im Gesundheitsbereich, die gehörlosen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsangeboten erschweren. Marginalisierung und Zugangsbeschränkungen können in diesem Bereich unter Umständen schwerwiegende Auswirkungen haben. Kommunikationsbarrieren stellen dabei eine der größten Hindernisse in der Gesundheitsversorgung Gehörloser dar. Der grundlegende und bedeutsame Einfluss von Kommunikation in der Herstellung und Erhaltung von Gesundheit wird seit jeher propagiert und belegt (vgl. zB Kreps/Thornton 1992, Gottschlich 1998, Menz 2013, Bechmann 2014). Dass die Arzt-Patienten-Kommunikation aber auch ohne offensichtliche Sprach- oder Wahrnehmungsbarrieren problembehaftet ist, konnte bereits in Kapitel 2.1.1. gezeigt werden. Das Bildungsniveau und die Gesundheitskompetenz der PatientInnen, die Kommunikationsfähigkeit der PatientInnen und des ärztlichen Personals und natürlich der erschwerende Zeitfaktor stellen potenzielle Barrieren im ärztlichen Gespräch dar. Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie geschlechtsspezifische Benachteiligungen sind weitere Einflussfaktoren. Kommt die Sinnesbarriere der Gehörlosigkeit hinzu, verkompliziert dies die Interaktion um ein Vielfaches. Die Gefahren, die von misslingender Gesundheitskommunikation ausgehen, sollten dabei nicht unterschätzt werden. Auswirkungen von Kommunikationsproblemen reichen von mangelnder Therapietreue und Medikationsfehlern seitens der PatientInnen bis hin zu falschen Einschätzungen und Diagnosefehlern auf ärztlicher Seite, die in weiterer Folge zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Schäden führen können (vgl. Kapitel 3.1.).

5.1. Internationaler Forschungsstand

Die Kommunikation mit gehörlosen PatientInnen und erschwerende Faktoren in der Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen sind international bereits mehrfach untersucht worden. Im Folgenden soll ein Überblick über die internationale Literatur zu den wichtigsten Problemfeldern und Kommunikationsbarrieren in das Thema einführen, bevor in der Literatur präsentierte Maßnahmen zum Abbau von Barrieren diskutiert werden. Das darauffolgende Kapitel soll schließlich die spezifischen Problemfelder der Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen in Österreich darstellen.

5.1.1. Problemfelder und Barrieren in der Gesundheitsversorgung

Die US-amerikanische Medizinerin Lisa Harmer (1999) setzte sich bereits Ende der 90er-Jahre mit den Zugangs- und Kommunikationsbarrieren für gehörlose PatientInnen im US-amerikanischen Gesundheitssystem auseinander. Als einen der kritischsten Faktoren, der zur Schlechterstellung gehörloser Menschen in der Gesundheitsversorgung führt, identifizierte sie dabei vor allem das niedrige Bildungsniveau der amerikanischen Gehörlosen, das eine Reihe an weiteren Barrieren zur Folge hat (vgl. Harmer 1999: 81f). Das geringe Allgemeinwissen, wodurch oft auch unzureichendes gesundheitsspezifisches Wissen und geringe Gesundheitskompetenz vorhanden sind, führt oft dazu, dass Gehörlose wenig Initiative zur Gesundheitsvorsorge zeigen. Zudem verstehen sie die ärztliche Aufklärung – ungeachtet der Sprach- und Sinnesbarriere – auch inhaltlich kaum und nehmen Gesundheitsleistungen in weiterer Folge nicht mehr in Anspruch (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass gesundheitliche Probleme oder Handlungen von gehörlosen Kindern und Jugendlichen aufgrund der Kommunikationsbarriere immer von den Eltern identifiziert und in weiterer Folge gelöst werden. Dies hat zur Folge, dass gehörlose Menschen als Erwachsene oft gar nicht realisieren, dass ärztliches Personal von gehörlosen PatientInnen eine aktive Rolle erwartet und annimmt, dass bestimmte gesundheitliche Probleme (zB leichte Kopfschmerzen) zuhause und selbst gelöst werden. In weiterer Folge führt dies auch zu unterschiedlichen Erwartungshaltungen in der Kommunikation: Ärztinnen und Ärzte erwarten, dass gehörlose PatientInnen von ihrer Krankengeschichte berichten, über Allergien und Unverträglichkeiten aufklären oder Medikamente, die sie einnehmen, nennen können. All dies können erwachsene Gehörlose aber oft eben nicht (vgl. ebd.: 86). Diese unterschiedlichen Erwartungen und natürlich sprachliche Barrieren in der direkten Kommunikation stellen nach Harmer die größten Zugangsbeschränkungen zu Versorgungsangeboten dar. Ein Mangel an GebärdensprachdolmetscherInnen und die fehlende Akzeptanz seitens des ärztlichen Personals zum Einsatz dieser, erschwerte dies zusätzlich (vgl. ebd.: 96). Die zahlreichen lang- und kurzfristigen Folgen, die aus der mangelhaften direkten Kommunikationsmöglichkeit gehörloser Menschen mit Gesundheitsdienstleistern resultieren, umfassen laut Harmer (ebd.: 98f) dabei:

- Eine **verspätete Inanspruchnahme** von Gesundheitsangeboten, zum Beispiel durch langes Zuwarten bei Krankheit, wodurch die Behandlung tendenziell komplizierter und teurer wird.
- Eine potenzielle Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch **falsche Medikamenteneinnahme**, weil Einnahmehinweise nicht verstanden wurden.

Dies beinhaltet auch die Gefahr, dass ansteckende Krankheiten weiterverbreitet werden, da auch Maßnahmen zur Vermeidung von **Ansteckungsgefahr** nicht bekannt sind oder verstanden wurden.

- Die Gefahr von **Fehldiagnosen** seitens der ÄrztInnen, weil die Problembeschreibung nicht verstanden wurde.
- Risikoreiche und **teure Untersuchungen und Testverfahren**, die aufgrund unzureichender Kommunikation und Fehlinformationen angeordnet werden.
- Anwendung von Behandlungen bei gehörlosen PatientInnen, denen **nicht zugestimmt** wurde.
- **Mangelnde Compliance** und unzureichende Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen seitens gehörloser PatientInnen.

Ein ähnliches Bild zeichnete eine explorative Studie von Steinberg et al. (2004), die – ebenfalls in den USA – die Gesundheitskompetenz sowie das Vorsorge- und Informationsbeschaffungsverhalten gehörloser Frauen mithilfe von Fokusgruppen in Amerikanischer Gebärdensprache (ASL) untersuchten. 45 teilnehmende gehörlose Frauen berichteten dabei von Ängsten und Unklarheiten bezüglich ihrer eigenen Gesundheit und Methoden der Gesundheitsvorsorge, wie zum Beispiel PAP-Abstriche und Mammographien (vgl. Steinberg et al. 2004: 738). Kommunikative und sprachliche Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion wurden auch hier als Ursache für Missverständnisse, Fehldiagnosen und stereotypes Antwortverhalten seitens der ÄrztInnen genannt (vgl. ebd.).

Mangelnde Gesundheitskompetenz stellt auch für die Mediziner Barnett et al. (2011) eine der wichtigsten Ursachen für ungleiche Chancen für gehörlose Menschen in der Gesundheitsversorgung dar. In einem entsprechenden Artikel, der im Journal *Preventing Chronic Disease* veröffentlicht wurde, nennen die Autoren als weitere Gründe zudem die schlechte Datenlage über die Gesundheit Gehörloser, die aufgrund standardisierter Erhebungsverfahren wie Telefoninterviews zustande kommt; Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen; Unzufriedenheit gehörloser Menschen mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und schließlich gesundheitliche Beeinträchtigungen, die durch die Gehörlosigkeit (zB bei Gen-Defekten) bedingt sind (vgl. ebd.). Letzterer Punkt wird von Barnett et al. (ebd.) allerdings relativiert, indem die Autoren anmerken, dass der allgemein schlechtere Gesundheitszustand gehörloser Menschen mehr auf Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsangeboten, Gesundheitsinformationen, Bildung und ökonomischen Ressourcen zurückzuführen ist.

Wie sich fehlendes Allgemeinwissen und mangelnde Gesundheitskompetenz gepaart mit Kommunikationsschwierigkeiten besonders schwerwiegend auswirken können, zeigt die Geschichte der Gründung von Gehörlosen-Gesundheitszentren in Frankreich. Der Arzt Jean Dragon, der in den 90er-Jahren in einem HIV-Diagnosezentrum in Paris arbeitete, beobachtete höhere Sterblichkeitsraten von jungen Gehörlosen an AIDS und konnte dies auf gravierenden Informations- und Wissensmangel zurückführen (vgl. Burger 2014: 14). Dies wurde in weiterer Folge auch in mehreren Studien bestätigt (vgl. zB Kennedy/Buchholz 1995; Heuttel/Rothstein 2001). Catia De Ronzis (2014) beschreibt in einem Gesundheitsdossier in der Zeitschrift *visuell Plus* des Schweizerischen Gehörlosenbundes die Dramatik der damaligen Situation:

“Viele junge Gehörlose bekamen von ihrem Arzt das Wort ‚HIV-Positiv‘ auf ein Blatt Papier geschrieben. Die meisten verstanden das Wort nicht. Andere blieben beim Wortteil ‚Positiv‘ hängen und dachten, wenn etwas positiv ist, kann es ja nicht schaden! Viele waren zudem überzeugt, die Ansteckung käme über die Sonnenstrahlen zustande und dass es genügen würde, sich mit Sonnencreme zu schützen. Absurd? Nein! Denn die Abbildung der damaligen Informationskampagne verleitete geradezu zu diesem Trugschluss, weil da ein orangefarbener Ball zu sehen war, der an eine Sonne erinnerte.” (De Ronzis 2014: 11)

Dieses Beispiel zeigt die Problematik von fehlender Gesundheitskompetenz, niedrigem Bildungsniveau und kommunikativen Missverständnissen sehr gut auf. Dass Gehörlose aufgrund gravierender Kommunikationsprobleme beim Arzt und in Krankenhäusern einem höheren Risiko ausgesetzt sind und PatientInnensicherheit kaum gewährleistet werden kann, hat auch eine Umfrage des *Royal National Insitute of the Deaf* in Großbritannien im Jahr 2004 ergeben (vgl. Harris 2005: 37). 866 gehörlose und schwerhörige Menschen wurden befragt, wobei nur etwas mehr als die Hälfte taub oder an Taubheit grenzend schwerhörig war und nur 29% der Befragten angaben, die Britische Gebärdensprache zu verwenden (vgl. RNID 2004: 1). Besonders für GebärdensprachnutzerInnen und gehörlose Menschen zeichnete die Studie allerdings ein erschreckendes Bild: Ein Drittel der GebärdensprachnutzerInnen gab dabei an, aufgrund von kommunikativen Schwierigkeiten Unsicherheiten bezüglich der Medikamenteneinnahme zu erleben und diese auch falsch eingenommen zu haben (vgl. Harris 2005: 37). Weiters erklärten 30% der GebärdensprachnutzerInnen gar, aufgrund von Kommunikationsproblemen überhaupt keine ärztliche Hilfe mehr in Anspruch zu nehmen (vgl. RNID 2004: 3). 24% der Gehörlosen gaben auch an, schon Termine beim Arzt verpasst zu haben, weil ihr Name nur aufgerufen wurde und sie dem Aufruf nicht folgen konnten, 19% verpassten dadurch sogar mehr als 5 Termine (vgl. ebd.). 77% der GebärdensprachnutzerInnen erlebten bereits Kommunikationsprobleme im Krankenhaus

und 70% gaben auch an, keine GebärdensprachdolmetscherInnen zur Verfügung gestellt bekommen zu haben (vgl. ebd.: 4).

Sechs Jahre später und in Anlehnung an die Studie des RNID in Großbritannien führte auch das *Royal National Institute of the Deaf* in Schottland eine großangelegte Umfrage durch, um Zugangsbeschränkungen im Gesundheitssystem zu untersuchen (vgl. Edmond 2010: 4). Obwohl auch an dieser Umfrage hauptsächlich schwerhörige, ältere Menschen teilnahmen (85% der Befragten), zeigten die Ergebnisse, dass ähnliche Kommunikationsbarrieren zu Problemen in der Gesundheitsversorgung führen (vgl. ebd.: 5). Immerhin stimmten 43% der gehörlosen und schwerhörigen UmfrageteilnehmerInnen der Aussage zu, dass die Schwerhörigkeit beziehungsweise Gehörlosigkeit den Zugang zu Gesundheitsversorgung stark einschränkt (vgl. ebd.). Die Autorin streicht in diesem Zusammenhang hervor, dass dieses Ergebnis aufgrund der hohen Anzahl an späterraubten oder schwerhörig gewordenen Auskunftspersonen noch bedeutender ist, da diese Menschen einen direkten Vergleich ziehen können (vgl. ebd.: 6). Als eine der größten Barrieren bezeichneten die Befragten dabei das mangelnde Wissen zum Thema Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit, dicht gefolgt von fehlenden technischen Einrichtungen wie Induktionsschleifen für HörgeräteträgerInnen (vgl. ebd.: 5). Schließlich wurde auch die fehlende Berücksichtigung der Hörbeeinträchtigung in den PatientInnenakten bemängelt, die dazu führe, dass das Thema immer wieder neu angesprochen werden muss (vgl. ebd.: 6).

Vom Weltverband der Gehörlosen (World Federation of the Deaf) wurde im Jahr 2011 die *Health Resources Initiative* ins Leben gerufen, die auf einer Befragung internationaler Gehörlosenverbände zur Versorgungssituation gehörloser Menschen im Gesundheitsbereich basiert. 32 von 39 Ländern berichteten dabei, dass gehörlose Menschen einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben als hörende Menschen (vgl. Fellingner/Kuenburg 2011). Zudem gaben 65% der Befragten an, dass gehörlose Menschen auch öfter gesundheitliche Probleme haben. Interessanterweise waren es in sehr hoch entwickelten Ländern (laut Human Development Index) sogar 75%, die diese Angabe machten (vgl. ebd.). Am häufigsten wurde dabei von psychischen Störungen und Depressionen berichtet.

Im Jahr 2010 hat Johannes Höcker im Rahmen seiner Dissertation eine der ersten umfangreichen Studien zur medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland vorgelegt. Für die sogenannte Mainzer Gehörlosenstudie konnten mit einer Online-Befragung mit unterstützenden Gebärdensprachvideos 883 gehörlose Auskunftspersonen erreicht werden, die insgesamt 86 Fragen zu den Themenbereichen

allgemeines Gesundheitswissen und Informationsbeschaffung, Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, präferierte Kommunikationsform in der Arzt-Patienten-Interaktion und die Versorgung mit Dolmetschern beantworteten (vgl. Höcker 2010: 5). Die Ergebnisse der Umfrage waren teilweise ernüchternd und decken sich zum Großteil mit anderen internationalen Forschungsergebnissen. Es zeigte sich insgesamt eine Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem seitens der Gehörlosen (vgl. ebd.: 63). Vor allem in der Arzt-Patienten-Kommunikation zeigten sich gravierende Probleme: Nicht einmal ein Drittel der Befragten (28,9%) gab an, den Arzt gut verstehen zu können und ebenso viele (28,3%) hatten auch das Gefühl, dass sich der Arzt ihrem Kommunikationsstil nicht anpasst (vgl. ebd.: 75). Eine der erschreckendsten Erkenntnisse aber war, dass 43,3% der StudienteilnehmerInnen angaben, schon mindestens einmal das Gefühl gehabt zu haben, aufgrund problematischer Kommunikationssituationen eine falsche Diagnose erhalten zu haben (vgl. ebd.: 52). Umgekehrt berichtete aber auch fast die Hälfte der Befragten, dass sie schon einmal so getan habe, als würde sie alles verstehen, um nicht „dumm dazustehen“ (ebd.). Zu selbigem Ergebnis kommt auch die gehörlose Schweizer Ärztin Tatjana Binggeli, die in ihrer Dissertation zeigen konnte, dass nahezu 80% der Gehörlosen das Arzt-Patienten-Gespräch negativ bewerten, während allerdings 90% des ärztlichen Personals die gleichen Gespräche als durchaus erfolgreich ansahen (vgl. IGGH 2016: 7).

Wie schon Barnett et al. (2011) und auch die Studien zur Prävalenz von HIV in der gehörlosen Population (vgl. Kennedy/Buchholz 1995; Heuttel/Rothstein 2001) feststellten, können Kommunikations- und Informationsbarrieren für gehörlose Menschen im Gesundheitsbereich auch gravierende gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Wie sich dies konkret auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand auswirkt, hat unter anderem die karitative Organisation *Sign Health* in Großbritannien untersucht. Die Studie, die 2014 in Kooperation mit der *University of Bristol* veröffentlicht wurde und eine der größten ihrer Art weltweit war, erfasste den Gesundheitszustand von 533 Gehörlosen in Großbritannien mithilfe einer Online Umfrage, standardisierten Gesundheitstests bei 300 Gehörlosen und zusätzlichen Tiefeninterviews mit 47 gehörlosen Auskunftspersonen (vgl. SignHealth 2014: 5). Die Daten wurden mit jenen der britischen Allgemeinbevölkerung auf Grundlage der *English National Housing Survey* verglichen und konnten zeigen, dass Gehörlose generell übergewichtiger sind als die hörende Vergleichsbevölkerung und häufiger (37% im Vergleich zu 21%) unter hohem Blutdruck leiden (vgl. ebd.: 7). Zur gleichen Zeit allerdings wussten 15% der Gehörlosen mit hohem Blutdruck nichts von der Diagnose (im Vergleich zu nur 6% bei der hörenden Bevölkerung) und selbst wenn die Hypertonie diagnostiziert wurde, wurde sie im

Vergleich weniger oft adäquat behandelt: Ganze 62% der Auskunftspersonen hatten trotz der Diagnose hohen oder sehr hohen Blutdruck (vgl. ebd.). Das gleiche Bild zeigte sich im Fall von Diabetes: Obwohl der Anteil der Gehörlosen mit Diabetes ungefähr jenem der britischen Allgemeinbevölkerung entsprach, hatte mehr als die Hälfte der gehörlosen Diabetes-PatientInnen hohe oder sehr hohe Blutzuckerwerte (vgl. ebd.). Die Studien-Autoren führen dies unter anderem auch auf misslingende Kommunikation mit dem betreuenden ärztlichen Personal zurück, was die Ergebnisse der Online-Umfrage bestätigten. So gaben beispielsweise fast 80% der Befragten an, dass ihre präferierte Art der Kommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch die Verwendung der Britischen Gebärdensprache wäre, während aber nur 30% tatsächlich so kommunizieren konnten (vgl. ebd.: 12). Während unter Hörenden 90% jener, die keinen Arzt besucht haben, als Grund angaben, dass sie keinen benötigten, gaben unter Gehörlosen, die keinen Kontakt zu einem Arzt hatten, ganze 70% an, dass sie eigentlich einen Arzt gebraucht hätten (vgl. ebd.: 11). Obwohl der Fokus der Untersuchung auf der physischen Gesundheit lag, deuteten die Selbstangaben der gehörlosen Auskunftspersonen zu depressiven Phasen auch auf eine höhere psychische Belastung hin: Doppelt so viele Gehörlose wie Hörende gaben an, an depressiven Phasen zu leiden (24% im Vergleich zu 12%) (vgl. ebd.: 9).

Die höhere Prävalenz psychischer Krankheiten konnte auch in anderen Studien mehrfach bestätigt werden, unter anderem vom österreichischen Neurologen Johannes Fellingner. Fellingner et al. (2005: 46f) untersuchten dazu 352 gehörlose Patientinnen, die in den Jahren 1993 und 1994 die Gehörlosenambulanz in Linz im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (Vorsorgeprogramm der österreichischen Sozialversicherung) besuchten und befragten sie zu ihrer sozialen Situation. Zudem wurden die Krankengeschichten der PatientInnen (n=300) anhand der ICD-10-Kriterien zu psychischen Störungen evaluiert und mit jenen aus einer hörenden Gruppe (n=273) verglichen (vgl. ebd.: 47). Bei einem Vergleich der sechs häufigsten subjektiv psychischen und somatischen Beschwerden Nervosität und Ängstlichkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Verstopfung, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und kardiopulmonale Beschwerden konnte bei Gehörlosen trotz der jüngeren Stichprobe eine signifikant höhere Belastung festgestellt werden (vgl. ebd.: 49). Fellingner et al. (vgl. ebd.: 50) führen dies unter anderem auf oft mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten mit den Eltern (nur bei ca. 33% der Befragten gab es Hörbehinderungen in der Herkunftsfamilie) in früher Kindheit zurück und auf die erhöhte Stressbelastung durch die Vermeidung von Missverständnissen in alltäglicher Kommunikation.

Fellinger hat gemeinsam mit den beiden anderen Autoren Kuenburg und Kuenburg (2016) auch eine wichtige Übersicht über die internationale Forschungsliteratur der Jahre 2000 bis 2015 zur Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen im *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* publiziert. Die AutorInnen bestätigen darin, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung für gehörlose Menschen international vor allem aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status, fehlenden gesundheitsrelevanten Wissens und Kommunikationsbarrieren eingeschränkt ist (vgl. Kuenburg/Fellinger/Fellinger 2016: 4). Zusätzlich identifizieren sie gehörlose Frauen, ältere Gehörlose und Gehörlose, die einer ethnischen Minderheit angehören, als potenziell mehrfach benachteiligt und in den Gesundheitssystemen unterversorgt (vgl. ebd.: 5). Kommunikationsschwierigkeiten betrafen in den untersuchten Studien dabei vor allem die mangelhafte Verständigungsmöglichkeit im direkten Arzt-Patienten-Gespräch, mit dem Gehörlose meist eher unzufrieden sind, sowie Notfallsituationen in Ambulanzen (vgl. ebd.: 2). Einige Studien konnten laut Kuenburg, Fellinger und Fellinger (ebd.) auch zeigen, dass die Möglichkeiten des Lippenlesens seitens des medizinischen Personals stark überschätzt werden, was auch durch fehlendes Wissen über die Gehörlosenkultur und Kommunikationsbedürfnisse von Gehörlosen bedingt ist. Die Verständigungsschwierigkeiten sind in vielen Ländern auch auf eingeschränkte Möglichkeiten der kurzfristigen Beschaffung eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer Gebärdensprachdolmetscherin sowie der fehlenden Kostenübernahme oder der Unkenntnis davon zurückzuführen (vgl. ebd.).

Abgesehen von der zuweilen eingeschränkten Verfügbarkeit von GebärdensprachdolmetscherInnen, gibt es zahlreiche weitere Faktoren, die Dolmetschsettings sehr komplex gestalten. Die Gebärdensprachdolmetscherinnen Brück et al. (2014: 1) haben dazu ein Jahr lang insgesamt 142 Dolmetschsettings im Gesundheitsbereich von fünf Dolmetscherinnen in Österreich und Deutschland untersucht. Eine der Herausforderungen des Gebärdensprachdolmetschens im Gesundheitsbereich stellt etwa die große Bandbreite an verschiedenen Situationen (vom Aufklärungsgespräch bis zur körperlichen Untersuchung) dar (vgl. ebd.: 132). Zudem ist medizinisches und anatomisches Fachwissen seitens der DolmetscherInnen vonnöten, um eine adäquate Übersetzung gewährleisten zu können. Eine spezielle Herausforderung stellt auch die Beeinträchtigung der Rollenverteilung zwischen ÄrztIn und PatientIn durch Anwesenheit der DolmetscherIn dar (vgl. ebd.). Beim Gebärdensprachdolmetschen muss zudem die Position des Dolmetschers oder der Dolmetscherin oft mehrmals verändert werden, um den Blickkontakt wahren zu können. Besonders unangenehm für alle Parteien sind Situationen, in den sich PatientInnen

entblößen müssen und DolmetscherInnen gefordert sind, die Intimsphäre bestmöglich zu wahren (vgl. ebd.: 133).

Die untersuchten Dolmetschtermine waren zum Großteil keine Notfallsituationen, was zum einen daran liegt, dass aufgrund des DolmetscherInnenmangels in Österreich und Deutschland kaum kurzfristig DolmetscherInnen organisiert werden können und zum anderen, dass ärztliches Personal oder Krankenhauspersonal in Notfällen gar nicht erst versucht, DolmetscherInnen zu kontaktieren (vgl. ebd.: 140). Die untersuchten Arzttermine betrafen hauptsächlich Termine bei Spezialisten beziehungsweise FachärztInnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mit den HausärztInnen oft bereits eine gute Vertrauens- und Kommunikationsbasis besteht oder darauf, dass gebärdensprachkompetente Allgemeinärzte aufgesucht wurden (zB in den Gehörlosenambulanzen). Auch der erhöhte Aufklärungsbedarf bei speziellen Gesundheitsproblemen könnte ein Grund dafür sein, dass die DolmetscherInnen hauptsächlich bei SpezialistInnen zum Einsatz kamen (vgl. ebd.: 139). Der überwiegende Anteil, nämlich 57% der PatientInnen, waren Frauen. Die Autorinnen merken dazu an, dass dies durch die aktivere Rolle, die Frauen im Erhalt ihrer Gesundheit einnehmen, bedingt sein kann. Da in medizinischen Settings häufig DolmetscherInnen des gleichen Geschlechts gebucht werden und der Großteil der GebärdensprachdolmetscherInnen in Österreich und Deutschland weiblich ist, kann allerdings auch dieser Umstand den größeren Frauenanteil erklären (vgl. ebd.: 143). Letztlich konnten die Autorinnen durch ihre Analyse der überwiegend positiv bewerteten Settings vor allem ein gutes, etabliertes Vertrauensverhältnis von DolmetscherIn und PatientIn als relevanten Erfolgsfaktor identifizieren. In der Studie wird dies auch dadurch ausgedrückt, dass der Großteil der PatientInnen die Dolmetscherin bereits kannte und auch selbst kontaktierte (vgl. ebd.: 167). Unterstützendes und geduldiges medizinisches Personal konnte ebenso wie aktive, unterstützende Dolmetscherinnen zu positiven Arzt-Patienten-Interaktionen beitragen (vgl. ebd.: 168).

In der Literatur diskutierte und dargestellte Maßnahmen, die Kommunikationsschwierigkeiten in medizinischen Settings schließlich abbauen und beseitigen sollen, werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

5.1.2. Maßnahmen zum Abbau von Barrieren

Harmer (1999: 102) beschrieb Maßnahmen zum Abbau von Barrieren für gehörlose PatientInnen vor allem hinsichtlich ethischer Grundlagen der Medizin als unabdingbar. PatientInnenautonomie etwa lässt sich nur mit vollinformierten und selbstständig

entscheidenden PatientInnen herstellen. Sie forderte vor allem ein konsequentes Training von medizinischem Personal im Umgang mit gehörlosen PatientInnen und eine Verankerung einer Sensibilisierungsmaßnahme in der medizinischen Ausbildung. Diese sollte auch eine Aufklärung zum Thema PatientInnenrechte und -bedürfnisse hinsichtlich des amerikanischen *Disability Acts* enthalten (vgl. ebd.). Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen, sogenannte *Deaf and Disability Awareness Trainings*, für das medizinische Personal (inklusive Krankenpflegepersonal und Verwaltungspersonal) forderten auch die Autoren der britischen Studie des *Royal National Institute for the Deaf* (2004) und der *SignHealth*-Studie (2014: 17). Auf die Effektivität solcher Trainings- und Sensibilisierungsmaßnahmen verwiesen auch die Autoren Kuenburg, Fellingner und Fellingner (2016: 4) in ihrem Literatur-Review.

Als eine der essentiellsten Maßnahmen betrachten länderübergreifend alle Autoren die Verbesserung der Bildungssituation von gehörlosen Menschen. Nicht nur, um soziale Barrieren abzubauen und die Allgemeinbildung zu verbessern, sondern auch, um gehörlosen Menschen die Möglichkeit zu geben, selbst einen Gesundheitsberuf zu ergreifen und aktiv an der Verbesserung der Situation für gehörlose PatientInnen mitzuwirken. Harmer (1999) und Barnett et al. (2011) sehen auch die Inklusion Gehörloser in die Maßnahmenentwicklung im Gesundheitssystem, etwa auch durch Abhalten der zuvor angesprochenen Sensibilisierungstrainings und den aktiven Einbezug bei Konferenzen, als entscheidenden Faktor an. Harmer (ebd.: 103) fordert auch Weiterbildungsmaßnahmen für gehörlose Menschen, die sie zu ihren PatientInnenrechten und zu allgemeinen Gesundheitsthemen aufklären sollen. Kuenburg, Fellingner und Fellingner (2016: 5) verweisen in ihrem Literatur-Review ebenso darauf, wie wirkungsvoll Gesundheitsbildungsmaßnahmen für Gehörlose zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind. Laut Barnett et al. (2011) muss es zudem mehr öffentlich zugängliche Information in Gebärdensprache oder zumindest in Form von untertitelten Videos zu Gesundheitsthemen geben, um gehörlosen Menschen auch eine bessere Entscheidungsgrundlage zu bieten. Zugleich sollte Aufklärungsmaterial für PatientInnen (Formulare, Arztbriefe, etc) immer auch in möglichst einfacher Sprache zur Verfügung stehen (vgl. Harmer 1999: 104; SignHealth 2014: 17; RNID 2004).

Im Rahmen der RNID-Studien aus Großbritannien und Schottland wurde auch die vermehrte Nutzung bereits zur Verfügung stehender Technologien, wie zum Beispiel Induktionsschleifen für HörgeräteträgerInnen, Bildschirme mit visuellen Informationen und Videos in Warteräumen sowie der Einsatz von Videodolmetschen gefordert (vgl. RNID 2004; Edmond 2010: 38). Die kurzfristige Bereitstellung von Dolmetschern durch

Videodolmetscheinrichtungen wurde auch bereits in Österreich erprobt, was im nächsten Teilkapitel detailliert (5.2) dargestellt wird. Kuenburg, Fellingner und Fellingner (2016: 4) verweisen ebenso auf die zusätzlichen Chancen und Möglichkeiten, die neue Kommunikationstechnologien bieten, merken aber auch an, dass in den untersuchten Studien viele gehörlose PatientInnen beklagten, dass gerade hinsichtlich Terminvereinbarungen längst etablierte Kommunikationsmöglichkeiten wie E-Mail seitens des ärztlichen Personals noch immer nicht akzeptiert werden.

In nahezu allen Studien immer wieder besonders hervorgehoben wurde die Bedeutung der freien Wahlmöglichkeit der Kommunikationsform seitens der gehörlosen PatientInnen. Während einige bevorzugt auf GebärdensprachdolmetscherInnen zurückgreifen, möchten andere lieber direkt mit dem Arzt oder der Ärztin kommunizieren – vorzugsweise in Gebärdensprache (vgl. Kuenburg/Fellinger/Fellinger 2016: 4). So gesehen kann die Einrichtung spezieller Anlaufstellen mit gebärdensprachkompetentem Personal von großem Vorteil für gehörlose PatientInnen sein. Primärversorgungszentren existieren seit Mitte der 90er in Frankreich (vgl. Amoros et al. 2014) und in Österreich (vgl. Fellingner/Holzinger 2014).

Das dringende Thema der Notrufmöglichkeit und Notfallversorgung gehörloser Menschen stellt in vielen Ländern ebenfalls noch ein großes Problem dar. In Deutschland wird zum Abbau von Barrieren in diesem Bereich eine zertifizierte Weiterbildung für NotfallmedizinerInnen und RettungssanitäterInnen angeboten. Im Rahmen dieser werden nicht nur Hintergrundinformationen und Sensibilisierung zum Thema Gehörlosigkeit, sondern auch einige Gebärden zur Basiskommunikation mit gehörlosen NotfallpatientInnen vermittelt (vgl. Stephan/Pinilla 2014). Ein landesweiter barrierefreier Notruf steht gehörlosen Menschen in Deutschland vollumfänglich, das heißt 24 Stunden lang, erst seit Juli 2017 zur Verfügung. Der Notruf erfolgt nun über einen Telefonvermittlungsdienst, der auch als App downgeloadet werden kann (vgl. Deutscher Gehörlosenbund 2017).

Die Situation für gehörlose PatientInnen in Österreich soll das nächste Teilkapitel darstellen.

5.2. Die Situation in Österreich

Wie in vielen anderen Ländern finden gehörlose Menschen auch in Österreich erschwerte Bedingungen beim Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung vor. GebärdensprachdolmetscherInnen sind in einem weitaus geringeren Ausmaß vorhanden, als für die Gewährleistung einer gleichberechtigten gesellschaftlichen

Teilhabe aller 10.000 Gehörlosen in Österreich benötigt werden würde (vgl. Hartl/Unger 2014: 34) und trotz Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2008 sind auch Jahre später noch viele Barrieren aufrecht (vgl. ÖAR 2013). Wenngleich es bisher keine umfangreicheren Studien zu den spezifischen Barrieren für österreichische Gehörlose im Gesundheitsbereich wie etwa jene von Höcker (2010) in Deutschland gibt, weisen einzelne Diskriminierungsberichte auf ähnliche Zustände wie in den oben dargestellten internationalen Studien hin. Einen guten, aber begrenzten Einblick in Diskriminierungserfahrungen gab etwa ein vom *Europäischen Sozialfonds* gefördertes Projekt, das vom Qualifikations- und Schulungszentrum für Gehörlose, *equalizent*, von 2005 bis 2007 durchgeführt wurde. Der Endbericht des Projekts „Zeichen gehören gesetzt“ offenbarte dabei vor allem Kommunikationsprobleme mit dem Arzt, Hilflosigkeitsgefühle in Notfallsituationen und mangelnde Erste-Hilfe-Angebote für Gehörlose (vgl. Tonar 2007).

2010 stellte die gehörlose Parlamentsabgeordnete und Präsidentin des Österreichischen Gehörlosenbundes Helene Jarmer eine parlamentarische Anfrage betreffend „Kommunikationsdefizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit“ an das Bundesministerium für Gesundheit, die vom damaligen Sozialminister Alois Stöger beantwortet wurde (vgl. offenesparlament.at 2010). Von 25 Fragen, die Jarmer zur barrierefreien Gesundheitsversorgung formulierte, wurden einige beantwortet, andere mit Verweis auf Nicht-Zuständigkeit abgewiesen, unter anderem die Frage zur Gewährleistung einer barrierefreien Notfallbehandlung für Gehörlose außerhalb der Gehörlosenambulanzen (vgl. ebd.). Zur Frage der Sicherstellung der Aufklärungspflicht in Spitälern und Ambulanzen („Wie ist sichergestellt, dass ÄrztInnen auch in allen anderen Ambulanzen und Krankenhäusern ihrer ärztlichen Aufklärungspflicht gegenüber gehörlosen Menschen nachkommen können?“) wurde seitens des Bundesministers auf folgenden Gesetzespassus verwiesen:

„Nach dem zwischen Patient/in und Spitalsträger geschlossenen Behandlungsvertrag hat der Träger der Krankenanstalt auch für die Patientenaufklärung zu sorgen. Im Zusammenhang mit der Pflicht des Krankenanstaltenträgers, eine Behandlung nach dem Stand der Wissenschaften durchzuführen und dabei das Wohl der Patientin/des Patienten zu wahren, bedeutet dies, dass die Krankenanstaltenträger auf diese Situation vorbereitet sein müssen, um im Bedarfsfall eine/n Gebärdensprachdolmetsch/erin beschaffen zu können.“ (offenesparlament.at 2010)

Die Verpflichtung zur Beschaffung eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer Gebärdensprachdolmetscherin schließt nach Auskunft des Ministeriums allerdings nicht die Kostenübernahme mit ein, für die es „keine gesonderte Regelung gibt“ (ebd.; vgl. Kletečka-Pulker 2013: 55). Die Kosten für GebärdensprachdolmetscherInnen werden in

einem jeweils festgelegten Ausmaß von den jeweiligen Ländern übernommen, was auch zu unterschiedlichen Regelungen diesbezüglich führt. In Wien stellt etwa der *Fonds Soziales Wien* jedem gehörlosen Wiener und jeder gehörlosen Wienerin ein jährliches Budget in Höhe von € 2.820 für Dolmetschleistungen zur Verfügung (Stand 1.1.2017). Aus diesem Budget für „soziale Rehabilitation“ müssen alle privaten Angelegenheiten, die nicht Beruf oder Bildung betreffen, also etwa Arzt- und Spitalsbesuche, größere Einkäufe (zB Auto, Elektrogeräte, etc), Elternsprechtage in Schulen, Behördenwege, juristische Beratung, Wohnungssuche, Besuche von Veranstaltungen oder privaten Zeremonien wie Taufe oder Hochzeit, Fahrsicherheitstrainings und vieles mehr bezahlt werden (vgl. Fonds Soziales Wien 2011). Gemäß den Förderrichtlinien dürfen nur für jene Privatangelegenheiten DolmetscherInnen hinzugezogen werden, die auch in der Liste des Fonds Soziales Wien angeführt sind (vgl. Fonds Soziales Wien 2015). Eine halbe Stunde Dolmetschen wird dabei mit € 28 berechnet, die Weg- und Wartezeit der DolmetscherInnen mit € 12 pro halber Stunde (vgl. Fonds Soziales Wien 2017). Gehörlose müssen dieses Budget selbst beantragen und auch für die korrekte Abrechnung sorgen.

ÄrztInnen, die die Gebärdensprache beherrschen, gibt es in Österreich kaum. Das neue Online-Angebot arztbarrierefrei.at, das von ÖQmed und vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz unterstützt wird, ermöglicht jedoch seit Kurzem die ÄrztInnen-Suche nach bestimmten Kriterien der Barrierefreiheit wie zum Beispiel barrierefreie WCs, Anmeldemöglichkeit per E-Mail oder auch Gebärdensprachkompetenz des Arztes oder der Ärztin (vgl. ÖQmed o.J.). In dieser Liste sind etwa 17 Allgemeinärzte in ganz Österreich mit dem Hinweis „Der Arzt/die Ärztin beherrscht die Gebärdensprache“ vermerkt (Stand Juli 2017). Nähere Auskunft über die Art der Sprachkompetenz gibt es nicht.

Als Notruf-Möglichkeit für Gehörlose steht die Nummer 0800 133 133 zur Verfügung, die per SMS und Fax kontaktiert werden kann. Im Zivilgesellschaftsbericht zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wurden allerdings einige Mängel des SMS- und Fax-Notrufes für Gehörlose aufgezeigt. So wurden etwa Fälle beschrieben, in denen kein Einsatzdienst am Notfallort erschienen ist und Notrufe nicht bearbeitet wurden. Zudem bietet die SMS- und Fax-Notruf-Nummer keine Möglichkeit der Rückantwort, was für gehörlose Menschen bedeutet, dass sie nie sicher sein können, ob der Notruf die richtige Stelle erreicht hat und tatsächlich Hilfe kommt (vgl. ÖAR 2013: 52).

Wenngleich die Barrieren vielerorts noch vorhanden sind, gibt es in Österreich mit dem Modell der Gehörlosenambulanzen ein einzigartiges barrierefreies

Gesundheitsversorgungsangebot für gehörlose Menschen. Die Ambulanzen verstehen sich als Primärversorgungszentrum, in denen zumindest ein oder eine ÖGS-kompetente AllgemeinmedizinerIn, Pflegepersonal und oft auch PsychologInnen und SozialarbeiterInnen zur Verfügung stehen. Die erste Gehörlosenambulanz wurde 1991 im Linzer Konventspital der Barmherzigen Brüder von Dr. Johannes Fellingner gegründet, mittlerweile gibt es in Salzburg, Graz und Wien drei weitere, die ebenfalls in Krankenhäuser eingegliedert sind (vgl. Fellingner/Holzinger 2014: 148). Aus der Linzer Spezialambulanz für Gehörlose entwickelte sich schließlich ein Gesundheitszentrum, das ein vielfältiges Angebot an medizinischer und psychologischer Betreuung, Sozialberatung, Familienhilfe, Arbeitsassistenz, eine Therapiewerkstatt und ein Seniorentherapiezentrum beherbergt. Das Team beherrscht die Österreichische Gebärdensprache, verwendet auch taktile Kommunikationsformen wie etwa das Lormen (Anm.: ein Handalphabet, das bei taubblinden Menschen eingesetzt wird) und beschäftigt drei Gebärdensprachdolmetscherinnen (vgl. Barmherzige Brüder Konventhospital Linz o.J. a). Zudem wurde eine Schule für Sozialbetreuungsberufe gegründet (*vis.com*), in der barrierefrei in Gebärdensprache unterrichtet wird und die Möglichkeit eines Kommunikations- und Bildungstrainings (*job.com*) für Gehörlose eingerichtet (vgl. ebd.). Außerhalb des Standortes in Linz wurden die sogenannten *Lebenswelten* etabliert, die therapeutische Werkstätten und Wohneinrichtungen für gehörlose Menschen mit Mehrfachbehinderungen enthalten und die es an mittlerweile drei Standorten gibt (vgl. Barmherzige Brüder Konventhospital Linz o.J. b). In der Rehamed Tisserand Kuranstalt im oberösterreichischen Bad Ischl werden zudem regelmäßig Spezial-Turnusse für Gehörlose abgehalten, die ebenfalls vom Gehörlosen-Gesundheitszentrum der Barmherzigen Brüder in Linz betreut werden (vgl. OÖGKK 2015).

Die Gehörlosenambulanzen in Salzburg, Graz und Wien sind ebenfalls multidisziplinär aufgestellt, wenn auch nicht so umfangreich wie in Linz. Die ins Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eingegliederte Gehörlosenambulanz in Wien wurde 1999 gegründet und beschäftigt zusätzlich zu gebärdensprachkompetenten AllgemeinärztInnen, Pflegekräften und VerwaltungsmitarbeiterInnen, einen gehörlosen Sozialarbeiter, sowie drei Gesundheitspsychologinnen, die ebenfalls die Gebärdensprache beherrschen (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien o.J.). Im gleichen Jahr wie die Wiener Gehörlosenambulanz wurde auch die Ambulanz für Gehörlose am Salzburger Landeskrankenhaus gegründet (vgl. Fellingner/Holzinger 2014: 148). Das Team der Gehörlosenambulanz Salzburg ist zwar kleiner als jenes der Wiener Gehörlosenambulanz, umfasst aber eine angestellte Gebärdensprachdolmetscherin (vgl.

Salzburger Landeskliniken - Uniklinikum Salzburg 2015). Im Jahr 2008 wurde als letztes schließlich die Grazer Gehörlosenambulanz – ebenfalls am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder – gegründet (vgl. Fellinger/Holzinger 2014: 148), in der zusätzlich zum ärztlichen Personal SozialarbeiterInnen und GesundheitspsychologInnen angestellt sind (vgl. Barmherzige Brüder Krankenhaus Graz o.J.). Die Angliederung an die jeweiligen Krankenhäuser ermöglicht den Teams der Gehörlosenambulanzen auch die Begleitung von gehörlosen PatientInnen in andere Fachbereiche und Abteilungen (vgl. Fellinger/Holzinger 2014: 149). Alle Ambulanzen sind zwischen 14 und 32 Stunden pro Woche geöffnet.

Während es etwa in Deutschland auch einen gehörlosen Arzt gibt (vgl. Taubenschlag 2012), ist dies in Österreich zum derzeitigen Zeitpunkt nicht der Fall. In Wien arbeitet seit 2013 aber ein gehörloser Apotheker. Der gehörlose Magister ist in der Marien Apotheke im 6. Wiener Gemeindebezirk angestellt und berät dort gehörlose KundInnen in österreichischer Gebärdensprache. In der Apotheke arbeiten derzeit noch zwei weitere Gehörlose und auch ein Teil des hörenden Apothekenpersonals ist gebärdensprachkompetent (vgl. Marien Apotheke Wien 2017a). Der gehörlose Apotheker produziert regelmäßig Informationsvideos in Gebärdensprache zu verschiedenen Gesundheitsthemen, wie etwa Allergien, Sonnenschutz oder auch Verhütungsmittel und Depressionen (vgl. Marien Apotheke Wien 2017b). Anfang 2016 wurde von der Marien Apotheke ein Projekt initiiert, das ÄrztInnen im 6. Wiener Gemeindebezirk vernetzen und für gehörlose PatientInnen sensibilisieren soll. Zudem wurde ein ÖGS-DolmetscherInnen-Standby-Dienst geplant, der dazu beitragen soll, dass gehörlose Menschen zu den teilnehmenden ÄrztInnen im Cluster jederzeit auch kurzfristig einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin mitnehmen können. Um das Verhalten bei Krankheit, den Einsatz von DolmetscherInnen bei Arztbesuchen und das Vertrauen zu ÄrztInnen und DolmetscherInnen im Vorfeld des Projekts zu erheben, wurden im Sommer 2016 sowohl online (mit unterstützenden Erklärungsvideos in ÖGS) als auch persönlich knapp über 100 Gehörlose, vorwiegend aus Wien und Niederösterreich, befragt (vgl. Marien Apotheke Wien 2016). Die Ergebnisse der Erhebung, die erst im Herbst 2017 veröffentlicht wurden, zeigten, dass 69% der Auskunftspersonen alleine zum Arzt oder zur Ärztin gehen (Marien Apotheke 2017c). Dies deckt sich auch mit dem Ergebnis der Befragung von Höcker in Deutschland im Jahr 2009, im Rahmen derer festgestellt wurde, dass nur 41,5% der Befragten zum Befragungszeitpunkt bereits einmal einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zum Arzt oder zur Ärztin mitgenommen haben (vgl. Höcker 2010: 78). Höcker konnte dies zum größten Teil auf die Unkenntnis der Kostenübernahme der Dolmetschleistung

zurückführen (mehr als 85% der Gehörlosen, die noch nie einen Dolmetscher mitgenommen haben, waren darüber nicht informiert) und stellte zudem fest, dass auch viele derjenigen, die keine Dolmetschleistung in Anspruch nahmen, in den abgefragten Kommunikationsbereichen wie Schriftkompetenz und Verständnis der gesprochenen Sprache besser abschnitten (vgl. ebd.). Im Falle der Wiener Befragung durch die Marien Apotheke können solche Rückschlüsse mangels weiterer Fragen zu diesem Themenblock nicht gemacht werden. Es kann aber vermutet werden, dass einige der Gehörlosen, die angaben, ohne DolmetscherIn oder Begleitung zum Arzt oder zur Ärztin zu gehen, eine Gehörlosenambulanz aufsuchten, die über gebärdensprachkompetentes ärztliches Personal verfügt. Zudem sind als Gründe auch der Mangel an schnell verfügbaren DolmetscherInnen in Österreich und eine Ablehnung von Dolmetschunterstützung aus Intimitäts- oder Vertrauensgründen denkbar. Immerhin 44,2% der Personen gaben an, sehr wenig oder nur ein bisschen Vertrauen zu DolmetscherInnen zu haben und 75% der Befragten war es recht oder sehr wichtig, dass sie ihren Dolmetscher oder ihre Dolmetscherin selbst wählen können. 57% der Gehörlosen passen sich bei Terminvereinbarungen auch zumindest ab und zu an die freie Zeit des Dolmetschers oder der Dolmetscherin an (vgl. Marien Apotheke 2017c).

Die Bedeutung der persönlichen Beziehung und des Vertrauens zwischen DolmetscherIn und gehörloser Person konnten auch Brück et al (2014) in ihrer Untersuchung bestätigen (siehe Kapitel 5.1.1.). Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass ein Projekt der Plattform Patientensicherheit zum Einsatz von Videodolmetschen in Österreichs Spitälern nicht den gewünschten Zuspruch der Gehörlosencommunity gebracht hat (vgl. Kletečka-Pulker et al 2015: 12). Die App wurde vom Unternehmen SAVD entwickelt, um DolmetscherInnen für verschiedene Sprachen, unter anderem für die Gebärdensprache, schnell und kostengünstig zur Verfügung zu stellen. Durch das praktische Anwählen von DolmetscherInnen über die App fallen nicht nur Weg- und Wartezeiten der DolmetscherInnen weg, sondern es steht damit auch immer sofort eine Dolmetschunterstützung im Krankenhaus oder bei niedergelassenen ÄrztInnen zur Verfügung (vgl. ebd.: 3). In der Testphase der App im Jahr 2015 konnten für die Gebärdensprache allerdings nur sehr geringe Nutzungszahlen verzeichnet werden, was die Projektleiter auf den technischen Fokus der Testphase, aber auch auf die Skepsis seitens der Gehörlosencommunity zurückführten. Vor allem wurde seitens der Gehörlosen befürchtet, dass Videodolmetschsysteme das Präsenzdolmetschen ersetzen würden (vgl. ebd.: 12). Lernerfahrungen aus der 6-monatigen Testphase schlossen auch die Bedeutung von WLAN-Stärken und Netz-Bandbreiten mit ein. Da diese oft nicht gegeben waren, war die Verbindung zu schlecht, um Gebärden gut erkennen zu können

und eine qualitative Dolmetschung zu gewährleisten. Viele Gehörlose gaben zusätzlich an, die Gebärden aufgrund der kleinen Displays nicht gut sehen zu können. Die eingeschränkte Wahrnehmung der räumlichen Umgebung seitens der DolmetscherInnen kam erschwerend hinzu (vgl. ebd.: 11). Trotz der Mängel zeigten sich in eigens eingerichteten Expertengruppentreffen einige Gehörlosenverbände interessiert, das Projekt auch im Gesundheitsbereich, vor allem für gesundheitliche Notfälle, weiterzuführen (vgl. ebd.). Denn besonders im ländlichen Bereich und vor allem dort, wo es keine Gehörlosenambulanzen gibt, sehen sich Gehörlose im Krankheits- oder Notfall immer noch einer Kommunikationsbarriere gegenüber, die – wie unter anderem in Kapitel 3.1. und 5.1.1. gezeigt wurde – lebensbedrohlich sein kann.

Aus diesem Bewusstsein heraus und in Vorbereitung auf eine etwaige größere Studie mit einer groß angelegten Befragung gehörloser Menschen in Österreich, wurde das Forschungsfeld im Rahmen dieser Arbeit mithilfe von Interviews mit gehörlosen und hörenden ExpertInnen weiter exploriert. Methode, Auswertung und Ergebnisse werden im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt.

6. Empirische Untersuchung

Trotz wichtiger barrierefreier Anlaufstellen wie den Gehörlosenambulanzen und der Wiener Marien Apotheke, lassen der Mangel an ÖGS-DolmetscherInnen und das an Oralismus ausgerichtete Bildungssystem in Österreich nach wie vor auf gravierende Probleme im Bereich der Kommunikations- und damit PatientInnensicherheit schließen. Es ist also von größter Bedeutung – und im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention wie auch der österreichischen Gesundheitsziele – Chancengleichheit herzustellen und Barrieren für Gehörlose im Gesundheitssystem abzubauen. Auch wenn es bereits einzelne sinnvolle Initiativen gab, so konnte bis auf die Gehörlosenambulanzen bisher keine längerfristig umgesetzt werden, um eine sichere Kommunikation zu gewährleisten.

Wie die Kommunikation in Notfällen derzeit funktioniert, wie es tatsächlich um die Gesundheitskompetenz der österreichischen Gehörlosen steht und ob es weitere Barrieren gibt, die bei Arzt- oder Spitalsbesuchen häufig erlebt werden, wurde in Österreich bisher nicht flächendeckend erhoben. Eine groß angelegte quantitative Untersuchung, die repräsentativ für alle 10.000 österreichischen Gehörlosen ist, wäre daher wünschenswert, um Maßnahmen gezielter entwickeln zu können. Die Erarbeitung solcher Maßnahmen und Lösungsansätze sollte jedenfalls unter Einbeziehung gehörloser ExpertInnen erfolgen und laufend evaluiert werden.

Um auf mögliche spätere quantitative Erhebungen dieser Art vorzubereiten, soll daher eine erste Exploration der wichtigsten Problemfelder und Lösungsansätze für Österreich vorgenommen werden. Im Rahmen dieser Arbeit wurden dazu Interviews mit gehörlosen und hörenden ExpertInnen durchgeführt, die sowohl eine Diskussion bereits dargestellter Barrieren, aber auch die Erörterung regions- oder landesspezifischer Schwierigkeiten ermöglichen sollen. Vor allem aber sollte das Ziel der Interviews sein, verschiedene Maßnahmen zum Abbau dieser Barrieren zu erörtern und bereits erprobte Lösungsansätze wie das Videodolmetschen zu diskutieren. Die Forschungsfragen, die den Leitfragen der ExpertInnen-Interviews zugrunde liegen, werden im Folgenden noch einmal dargestellt.

6.1. Forschungsfragen

In der internationalen Literatur werden Kommunikationsprobleme mit gehörlosen Menschen als eine der größten Barrieren in der Versorgung dieser PatientInnengruppe beschrieben. Abgeleitet von den identifizierten Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen in der Gesundheitsversorgung (vgl. etwa Harmer 1999, Höcker 2010 und

Fellinger/Fellinger/Kuenburg 2016) sollen speziell jene, denen sich gehörlose Menschen im österreichischen Gesundheitssystem gegenüber sehen, erörtert werden. Darüber hinaus sollen auch mögliche kurz- und langfristige Folgen für gehörlose Menschen, wie etwa falsches Verhalten in Notfallsituationen (vgl. Harmer, 1999: 98), diskutiert werden. Folgende Forschungsfrage leitet sich daraus ab:

FF 1: Welche Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen können im österreichischen Gesundheitswesen identifiziert werden?

Aufgrund des Mangels an qualifizierten ÖGS-DolmetscherInnen in Österreich (vgl. Hartl/Unger 2014), sollen im Rahmen dieser Arbeit auch Lösungsansätze zur Entlastung vorhandener DolmetscherInnen und barrierefreie Kommunikationsmöglichkeiten ohne Einsatz von DolmetscherInnen behandelt werden. Dazu soll auch erhoben werden, welche Angebote zur sicheren Kommunikation in Situationen, wo ein Hinzuziehen von DolmetscherInnen nicht möglich (zB Notfallsituationen, räumliche Distanz) oder nicht gewünscht (zB Wahrung der Intimsphäre) ist, bereits in Österreich vorhanden sind. Dies schließt eine Evaluation des Pilotprojekts Videodolmetschen (Kletečka-Pulker et al 2015), des Gehörlosen-Notrufs und der Gehörlosenambulanzen mit ein. Die zweite Forschungsfrage lautet dementsprechend:

FF 2: Wie kann eine barrierefreie Kommunikation zwischen gehörlosen PatientInnen und Gesundheitspersonal auch ohne anwesende DolmetscherInnen ermöglicht werden?

Ergänzend zu den Maßnahmen, die in der einschlägigen internationalen Literatur diskutiert werden, sollen Lösungsansätze aus anderen Bereichen und weitere bekannte Best Practice Beispiele erörtert werden, die eine umfassende Diskussion verschiedener Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ermöglicht. Daraus leitet sich folgende, dritte Forschungsfrage ab:

FF 3: Welche Best Practice Beispiele aus anderen Ländern oder Erkenntnisse aus dem Umgang mit anderen PatientInnengruppen könnten zur Lösung des Kommunikationsproblems beitragen?

6.2. Methode

Aufgrund des in Österreich bisher wenig untersuchten Forschungsfeldes wurde ergänzend zum bereits dargestellten Status Quo in Österreich eine explorative Vorgehensweise zur Beantwortung der oben genannten Forschungsfragen gewählt. Im Sinne der Triangulation soll damit eine bessere Absicherung und Interpretation des

bisherigen Wissensstandes ermöglicht werden (vgl. Mayring 2002: 147). Das Ziel der qualitativen Erhebung ist in diesem Sinne eine bessere Einschätzung der derzeitigen Situation gehörloser Menschen im österreichischen Gesundheitssystem, das Aufzeigen konkreter Probleme, eine Einschätzung der Qualität verschiedener Kommunikationsformen (zB Videodolmetschen, Aufschreiben oder Bildkommunikation) und mögliche Nennungen von Vorzeigemodellen. Der bisherige Forschungsstand sollte dabei vor allem in Form der Erörterung bereits umgesetzter oder erprobter Maßnahmen und der Diskussion von Studienergebnissen wie jener von Höcker (2010) und der Marien Apotheke (2016) einfließen. Um diese Art der Exploration des Forschungsgegenstandes zu ermöglichen, wurden offene, teilstandardisierte Interviews mit ExpertInnen durchgeführt. Offen bedeutet dabei, dass die Befragten keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hatten und frei von ihren Erfahrungen und Meinungen berichten konnten. Die Teilstandardisierung bezieht sich hingegen auf die Befragungsmethode seitens der Interviewerin (vgl. Mayring 2002: 66). Die Interviews wurden mithilfe eines Leitfadens durchgeführt, der im Vorfeld anhand des Forschungsstandes und geleitet von den Zielen der Befragung erarbeitet wurde. Der Leitfaden diente dabei nur als Orientierung und sollte sicherstellen, dass keine forschungsrelevanten Aspekte außer Acht gelassen werden. Der Leitfaden ermöglicht auch, dass die ExpertInnen das Thema in der Tiefe erörtern und ihre Sicht der Dinge darstellen, während ein allzu ausführliches Abschweifen vom Thema verhindert wird (vgl. Meuser/Nagel 1991: 448). Zudem wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse weitestgehend sichergestellt (vgl. Bortz/Döring 1995: 289). Um den Gesprächsfluss nicht unnötig zu stören, ist der chronologische Ablauf der Fragen sowie deren genaue Formulierung durch den Leitfaden nicht vorgegeben, sondern ergibt sich vielmehr aus dem Gesprächsverlauf. Dadurch, dass die Steuerung des Interviewverlaufs dem Befragten weitestgehend überlassen wird, sind auch tiefere Einblicke in das Thema möglich (vgl. ebd.: 283). Der Leitfaden enthält sogenannte Schlüssel- und Eventualfragen, wobei Schlüsselfragen in jedem Interview gestellt und Eventualfragen nur abhängig vom Gesprächsverlauf eingebracht werden (vgl. Stier 1999: 188). Der Interview-Leitfaden enthielt folgende Themenkomplexe:

- Fragen zu bestehenden Barrieren für Gehörlose im Gesundheitsbereich
- Fragen zu möglichen Folgen von Kommunikationsbarrieren
- Fragen zu Kommunikationsmethoden ohne DolmetscherInnen
- Fragen zu bestehenden Projekten und Best Practice Beispielen

Nach seiner Fertigstellung wurde der Leitfaden mithilfe eines Pretests auf Schwächen und Fehler überprüft, wobei vor allem einige Fragen zu den Folgen der

Kommunikationsbarrieren gestrichen wurden, da ihre Beantwortung zu komplex hätte sein können. Nach nochmaliger Überarbeitung des Leitfadens wurden schließlich die ersten Interviewtermine festgelegt.

6.2.1. Auswahl der InterviewpartnerInnen

Die österreichische Gehörlosen-Community ist vergleichsweise klein und ExpertInnen im Bereich der Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen dementsprechend rar. Um möglichst alle Bereiche, in denen Kommunikationsbarrieren potenziell auftreten können, abzudecken, wurden InterviewpartnerInnen, die in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen tätig waren, kontaktiert. Ebenso wurde darauf geachtet, möglichst gleich viele gehörlose und hörende ExpertInnen zu interviewen. Dabei war hinsichtlich der Komplexität des Themas langjährige Erfahrung mit Gehörlosen im Gesundheitsbereich für die Auswahl wichtig. Ob diese Erfahrung haupt- oder nebenberuflicher Natur war, etwa im Sinne des Engagements in Vereinen, war dabei irrelevant. Die InterviewpartnerInnen waren dementsprechend gehörlose und hörende GesundheitsexpertInnen, die bereits Erfahrung im Umgang mit gehörlosen Menschen haben oder sich seit vielen Jahren für die Chancengerechtigkeit dieser im Gesundheitsbereich einsetzen. Zudem wurden auch ÖGS-DolmetscherInnen, die Dolmetschsettings im Gesundheitsbereich gut kennen, interviewt.

Aufgrund des relativ kleinen Expertenpools zu diesem Thema in Österreich wurde eine Anzahl von maximal 10 ExpertInnen als ausreichend erachtet. Es wurden insgesamt 11 ExpertInnen kontaktiert, von denen sich neun sofort zu einem Interview bereit erklärten. Eine Expertin antwortete nicht, während ein anderes ExpertInnen-Interview aufgrund einer unumgänglichen Terminabsage seitens der Interviewerin und danach mehrmaliger, leider erfolgloser Kontaktaufnahme nicht mehr durchgeführt werden konnte. Die neun interviewten ExpertInnen setzten sich letztendlich aus fünf hörenden, davon eine CODA (child of deaf adults)-Person mit gehörlosen Eltern, und vier gehörlosen Personen zusammen. Vier Befragte waren Frauen und fünf Männer. Zwei InterviewpartnerInnen arbeiteten im pharmazeutischen Bereich, zwei der Befragten waren Mediziner in einer Gehörlosenambulanz, eine Person arbeitete im Erste-Hilfe-Bereich und ein Befragter als Sozialarbeiter in einer Gehörlosenambulanz. Des Weiteren wurden zwei ÖGS-Dolmetscherinnen mit langjähriger Berufserfahrung interviewt, wobei eine in einer Gehörlosenambulanz angestellt war, während die andere Befragte freiberufliche Dolmetscherin mit viel Erfahrung im medizinischen Bereich war. Eine Person war zwar hauptberuflich als Lehrerin für Gebärdensprache beschäftigt, war aber hauptsächlich nebenberuflich sehr intensiv mit dem Thema Barrieren für Gehörlose im

Gesundheitssystem betraut, da sie sich in mehreren Vereinen und Organisationen engagierte.

6.2.2. Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum von Mitte Mai bis Mitte Juli 2017 durchgeführt. Mit sechs ExpertInnen wurden Termine per E-Mail vereinbart, drei wurden persönlich ausgemacht. Alle Interviews fanden in ruhigen Umgebungen statt, die die ExpertInnen selbst auswählten. Einige wurden etwa in Kaffeehäusern durchgeführt und andere am jeweiligen Arbeitsplatz der ExpertInnen. Da die Interviewerin nicht über ausreichend ÖGS-Kompetenz verfügt, um komplexeren Inhalten gut folgen zu können, wurde zu den Interviews mit den gehörlosen ExpertInnen eine geprüfte ÖGS-Dolmetscherin mit langjähriger Erfahrung hinzugezogen, die sowohl von gesprochenem Deutsch in die Österreichische Gebärdensprache als auch umgekehrt übersetzte. Alle vier Interviews mit gehörlosen ExpertInnen wurden von der gleichen Dolmetscherin begleitet.

Für die Interviews wurde eine maximale Dauer von 60 Minuten angesetzt, welche im Vorhinein auch an die ExpertInnen kommuniziert wurde. Die Länge der Interviews wurde so gewählt, um der geringeren Anzahl an ExpertInnen die Möglichkeit zu geben, wirklich in die Tiefe zu gehen. Aufgrund des geringen Eingriffs in den Gesprächsverlauf dauerten die Interviews letztendlich zwischen 45 und 80 Minuten. Ein Interview musste aufgrund eines Termins des Experten vorzeitig nach 20 Minuten abgebrochen werden. Aufgrund des bedeutenden Status dieses Experten und der bis dahin besprochenen, wichtigen Inhalte wurde aber entschieden, die Teil-Ergebnisse dennoch in die Auswertung einfließen zu lassen. Alle Interviews wurden mithilfe eines Diktiergeräts aufgezeichnet und mit handschriftlichen Notizen dokumentiert.

Allen Interviews ging kurzer Smalltalk voraus, bevor die Einwilligung zur Aufzeichnung eingeholt wurde und bewusst sehr offen gehaltene Einstiegsfragen die InterviewpartnerInnen dazu ermutigten, frei von ihren bisherigen haupt- oder nebenberuflichen Erfahrungen mit dem Thema zu erzählen. Im Laufe der Interviews wurden Sichtweisen und bisher Erörtertes immer wieder zusammengefasst, um einen besseren Überblick geben zu können. Die Interviews gestalteten sich generell sehr locker und ließen Diskussionen des Themas auf sehr freie Art, ganz im Sinne von Bortz und Dörings Verständnis einer offenen qualitativen Befragung, zu. Diese propagieren eine engagiertere und emotional involvierte Rolle des Interviewers anstelle eines klassisch distanzierten Befragers (vgl. Bortz/Döring 1995: 283). Im Anschluss an die Interviews wurde den Befragten auch immer die Möglichkeit gegeben, ergänzende

Informationen per E-Mail zu senden, wovon allerdings keiner der Befragten Gebrauch machte.

6.2.3. Auswertung der Interviews

Alle Interviews wurden entsprechend der Tonbandaufzeichnungen wörtlich mithilfe der Transkriptionssoftware F4 in eine schriftliche Form übertragen. Dabei wurden auch Pausen, die länger als drei Sekunden dauerten, und Füllworte wie „äh“ und „ähm“ erfasst. Alle Transkripte wurden nummeriert und mit Zeilennummern versehen, um eine leichtere Auffindbarkeit von Textstellen und Zitation zu ermöglichen. Interviewpassagen, die einen eindeutigen Rückschluss auf die befragte Person zuließen, wurden anonymisiert.

Die Auswertung der Interviews orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002: 114), dessen Verfahren „Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Categoriesystemen bearbeitet“. Um eine Reduktion des Ausgangsmaterials auf die relevanten Inhalte zu erreichen, wurde als passendes analytisches Verfahren die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt, deren Ziel es ist, „durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“ (ebd.: 115). Dabei wurden zunächst Analyseziele erarbeitet, die sich an den Forschungsfragen und der Theorie orientierten. Alle Interviews wurden dann in einem ersten Schritt einzeln zusammengefasst und anschließend chronologisch paraphrasiert, um eine erste Verdichtung des Materials zu erreichen. Die Paraphrasen gaben dabei in eigenen Worten wieder, was die ExpertInnen gesagt hatten, ohne jedoch wichtige Details auszulassen. Die Paraphrasen wurden in einem weiteren Schritt in generalisierende Aussagen übertragen, bedeutungsgleiche und für die festgelegten Analyseziele unbedeutende Paraphrasen wurden gestrichen. Eine Zusammenfassung inhaltsgleicher Paraphrasen führte schließlich zu einem ersten Kategoriensystem, das nicht mehr dem chronologischen Ablauf folgte oder an einzelnen Interviews orientiert war, sondern sich nur noch auf Kernaussagen konzentrierte. Für die Zusammenfassung und Erstellung der Kategorien wurde eine eigene Code-Tabelle angelegt, die Paraphrasen und Generalisierungen enthielt. Die Kategorien wurden schließlich zusammenhängend nach Themenfeldern entsprechend der Forschungsfragen geordnet. Eine nochmalige Überarbeitung der Kategorien anhand der Transkripte führte zu einer Verbesserung der Trennschärfe und einer Erweiterung um zwei Kategorien. So wurden letztendlich 17 Kategorien entwickelt, die sich, auch an den Forschungsfragen und der Literatur orientierend, in drei Hauptgruppen unterteilen:

- Problemfelder mit Kommunikationsbarrieren
- Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren
- Internationale Best Practice Beispiele

Die Kategorien in den Hauptgruppen wurden mit den Nummern K1 bis K17 versehen. Dabei wurde keine Gewichtung der Kategorien vorgenommen, da dies bei der geringen Anzahl an Interviews wenig Sinn ergeben hätte. Da gerade die einzelnen Schilderungen der ExpertInnen oft zum besseren Verständnis und Einblick in den jeweiligen Bereich dienen, werden direkte Zitate aus den Interviews in der Ergebnisdarstellung eingesetzt, um die Gesamtaussagen zu den einzelnen Themengebieten zu untermauern. Dazu werden die Befragten entsprechend der Nummerierung der Transkripte mit B01 bis B09 bezeichnet und zur einfacheren Auffindbarkeit der Aussagen die jeweilige Zeilennummer im Transkript angegeben.

6.3. Ergebnisse

6.3.1. Einführung

Kampfgeist, Zuversicht, aber auch Schwermut, Wut und Resignation: Ein großes Gefühlsspektrum wurde während der Interviews von den ExpertInnen durchlaufen. Dies mag überraschen, sind ExpertInnen-Interviews, anders als etwa narrative Interviews, in der Regel doch eher nüchtern-sachlich. Zwar folgen auch ExpertInnen-Interviews im Idealfall keinem starren Frage-Antwort-Schema und können ein lockeres Gespräch mit viel Anteilnahme des Forschers oder der Forscherin sein, große Emotionen bleiben meist aber außen vor. Die Emotionalität in den Interviews verdeutlicht hier hingegen die Brisanz und Bedeutung des Themas. Dies stellt keine durchgehende Beobachtung dar, die auf alle InterviewpartnerInnen zutrifft. Aufgrund des langjährigen und intensiven Bezugs zum Thema Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen und der fehlenden Chancengerechtigkeit, die in diesem Bereich oft erlebt wird, wurden von den ExpertInnen aber teilweise dramatische Beispiele der Unter- oder Fehlversorgung geschildert, die die Emotionalität begründen.

Erfreulicherweise wurde im Rahmen der Interviews ebenso von durchaus positiven Entwicklungen und Vorzeigebespielen berichtet, die in Österreich vor allem mit den Gehörlosenambulanzen zu finden sind. Alle ExpertInnen hatten zudem eine klare Vorstellung davon, wie Barrieren für gehörlose Menschen im österreichischen Gesundheitssystem weiter abgebaut werden könnten und welche Kommunikationsstrategien sinnvoll erscheinen und geeignet sind. Zusätzlich zur ausführlichen Diskussion bereits umgesetzter oder getesteter Projekte sowie der

Interpretation einiger Studienergebnisse führte dies schlussendlich zu einem guten Gesamtbild der Situation in Österreich und der gemeinsamen Entwicklung praktikabler Vorschläge zum Abbau von Kommunikationsbarrieren für gehörlose PatientInnen.

Die 17 Kategorien, die aus den angesprochenen Themengebieten hervorgingen, werden in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung in die drei Hauptbereiche Problemfelder, Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren und internationale Best Practice Beispiele gegliedert. Da ein Fokus dieser Arbeit auf praktikablen Lösungsansätzen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren liegt, wurde jeder von einem Experten oder einer Expertin erwähnte Maßnahme auch eine eigene Kategorie zugeordnet.

6.3.2 Problemfelder

Im Rahmen der Interviews wurde die tatsächliche Barrierefreiheit für gehörlose Menschen in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen thematisiert und nach konkreten Problemen und Schwierigkeiten gefragt. Dabei wurde neben den Hauptproblemfeldern der Arzt-Patienten-Interaktion und der Notfallsituation auch die barrierefreie Versorgung gehörloser SeniorInnen thematisiert. Aussagen dazu wurden deshalb in eine eigene Kategorie zusammengefasst. Im weiteren Interviewverlauf wurden häufig auch Ursachen der Kommunikationsbarrieren angesprochen. Die Bildungssituation Gehörloser in Österreich und die – teilweise damit zusammenhängende – Gesundheitskompetenz stellten für die meisten ExpertInnen letztlich einen entscheidenden Faktor dar, der Ausgangspunkt vieler Barrieren im Gesundheitsbereich ist. Aufgrund der Vielzahl an Aussagen zu diesen beiden Themenbereichen, wurden Inhalte zu Bildung und Gesundheitskompetenz ebenfalls eigenen Kategorien zugeordnet.

Die sechs Kategorien der Problemfelder sind folglich:

- Direkte Arzt-Patienten-Interaktion (K1)
- Arzt-Patienten-Interaktion mit Gebärdensprach-DolmetscherInnen (K2)
- Notfälle (K3)
- Versorgung gehörloser SeniorInnen (K4)
- Bildung (K5)
- Gesundheitskompetenz (K6)

Direkte Arzt-Patienten-Interaktion (K1)

Die Arzt-Patienten-Interaktion umfasst ein breites Gebiet, da diese sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Bereich der Krankenanstalten relevant ist. Zudem kommen Faktoren wie die Kommunikation mit nicht-medizinischem Empfangspersonal oder auch Pflegepersonal hinzu, die die Arzt-Patienten-Interaktionen nicht minder beeinflussen kann. Dies wird verdeutlicht durch die Breite der Themen, die im Zusammenhang mit Arztkontakten gehörloser Menschen angesprochen wurde. Hürden müssen seitens gehörloser PatientInnen oft schon genommen werden, bevor die direkte Kommunikation zwischen MedizinerIn und PatientIn überhaupt stattfinden kann. Schon die Anbahnung des Arzt-Patienten-Gesprächs und der Empfang im Krankenhaus oder der Ordination spielen dabei eine wichtige Rolle. So wurde vor allem die oft problematische Kommunikation mit Ordinationshilfen genannt, ebenso wie die Situation des Aufrufens von gehörlosen PatientInnen. Gehörlose ExpertInnen schilderten dabei auch Erfahrungen, die sie in diesem Zusammenhang bereits selbst gemacht haben. Zwei exemplarische Zitate sollen die Kommunikationsschwierigkeiten in diesen Situationen besser veranschaulichen:

„Und die Ordinationshilfe, die ist sich dessen nicht bewusst, dass sie Blickkontakt halten soll. Sie sitzt sozusagen neben dem Schalter und schaut nur in den Computer hinein und redet in den Computer hinein... Das versteht... Das kann man auch nicht ablesen, selbst wenn man es könnte. Ja und ich muss halt dann warten bis sie mich ansieht und dann kann ich ihr etwas sagen. Sie wartet, ich warte, sie hört nichts, weil ich nicht reden kann, ich warte, dass sie mich ansieht, sie sieht mich nicht an und so weiter...“ (B03: 348-354)

„Ich sage dann oft ‚Ich bin gehörlos, bitte holen Sie mich ab, wenn ich an der Reihe bin, weil die Durchsage höre ich nicht.‘ Das ist jetzt schon viel besser, früher bin ich stundenlang herumgesessen und dann haben die mich nicht gerufen!“ (B07: 235-237)

Besonders das erste Zitat ist gut geeignet, um einen Eindruck davon zu erhalten, welche vermeintlich unbedeutenden Handlungen beziehungsweise deren Unterlassung dazu führen können, dass Kommunikation nicht stattfinden kann. Auch die Situation, die im zweiten Zitat geschildert wird, wurde von mehreren ExpertInnen im Laufe der Interviews erwähnt. Gehörlose verbringen mitunter sehr lange Zeit in Warteräumen, da sie sich beim Aufrufen des Namens nicht melden können und der Umstand, dass sie persönlich abgeholt werden müssen, nicht berücksichtigt oder vergessen wird.

Findet ein Kontakt zwischen MedizinerIn und PatientIn statt, so birgt dieser potenziell weitere Barrieren und Störquellen der Kommunikation. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, ob Gehörlose in Begleitung eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer Gebärdensprachdolmetscherin erscheinen oder nicht. Suchen gehörlose PatientInnen

den Arzt oder die Ärztin alleine auf, so ist dies den ExpertInnen zufolge oft darauf zurückzuführen, dass sie bei einem intimen Gespräch wie dem Arztgespräch keine dritten beziehungsweise fremden Personen wie DolmetscherInnen dabei haben wollen (vgl. B03: 165-166; B04: 260-263). Ein Befragter gab auch Gründe der Gewohnheit an, wobei gleich mehrere ExpertInnen anmerkten, dass sich Gehörlose bei Routineuntersuchungen und kurzen Arztbesuchen mit wenig Erklärungsbedarf generell häufig auf schriftliche Kommunikation oder das Lippenlesen verlassen (vgl. B03: 146-151, B08: 119-120, B09: 83-86). Während dies bei langjährigen HausärztInnen oder VertrauensärztInnen ausreichend sein kann, sieht die Situation bei neuen ÄrztInnen anders aus und Missverständnissen ist Tür und Tor geöffnet (vgl. B09: 340-343). Ein anderer Experte wies außerdem darauf hin, dass vor allem auch langjährige Arzt-Patienten-Beziehungen, die scheinbar mit Kommunikation ohne Gebärdensprache auskommen, dennoch oft Missverständnissen unterliegen und gar zu Medikationsfehlern führen können (vgl. B02: 41-48). Bekommen die gehörlosen PatientInnen diese Informationen dann erstmals in Gebärdensprache, kann es zu Überraschungen kommen:

„Die haben, das ist mein Eindruck, sie haben diese vollständige und vollkommene Information, die ich ihnen geben kann, noch nie bekommen! Sie sind völlig schockiert... Und manche geben dann zu oder mein Gefühl ist, dass sie sich dann selbst denken: ‚Mein Gott, ich habe das nie richtig verstanden!‘ Deshalb sind sie dann oft schockiert, weil sie viele Jahre offensichtlich mit einem falschen Wissen agiert haben.“ (B02: 203-207)

Fehler in der Verschreibung oder Einnahme von Medikamenten als direkte Folge von Kommunikationsbarrieren wurden dabei auch von drei weiteren Befragten angesprochen (vgl. B01: 364-366, B03: 365-367, B07: 127-132). Generell waren sich viele ExpertInnen einig, dass Missverständnisse als Folge unzureichender Kommunikation in Schriftform oder durch Lippenlesen verursacht werden. Als wichtiger Grund wurde auch genannt, dass Gehörlose sich dessen oft gar nicht bewusst sind, dass sie etwas falsch verstanden haben (vgl. B01: 531-533, B09: 334-339). Zudem fällt es gehörlosen PatientInnen oft auch schwer, einzuschätzen, ob der Arzt wiederum die Informationen, die sie selbst weitergeben, verstanden hat (vgl. B02: 309-310). Ein Experte wies dabei zusätzlich auf die Stresssituation hin, in der sich auch hörende ArztbesucherInnen schon oft befinden und die sich auf Gehörlose, die zusätzlich eine Kommunikationsbarriere überwinden müssen, noch gravierender auswirkt (vgl. B05: 188-192). Zudem wurde auch fehlende Kommunikationskompetenz des medizinischen Personals kritisiert:

„Und in dieser medizinischen Umgebung ist sozusagen Lautsprache die einzige Form der Kommunikation [...] Und wenn der nicht reden kann: ‚Um Gottes Willen, was machen wir jetzt?‘ Ja, dann muss man halt aufschreiben, muss man

halt gestikulieren, was immer! Und die sind dann völlig aus der Bahn, ja... Es gibt vier mögliche Kommunikationskanäle und die Ärzte denken nur ans Sprechen und ans Hören. [...] Wir sind im Jahre 2017, eigentlich könnte sich das schon herumgesprochen haben, wie man mit Gehörlosen umgeht.“ (B07: 223-227)

Auch andere ExpertInnen attestierten MedizinerInnen Planlosigkeit, Unwissenheit oder fehlende Sensibilität im Umgang mit gehörlosen PatientInnen (vgl. B01: 136-139, B02: 119-121, B09: 280-283). Die Kommunikation mit PflegerInnen oder OrdinationsassistentInnen wurde hingegen mitunter positiv hervorgehoben (vgl. B01: 485-488, B07: 254-257). Ein Experte betonte dabei besonders die gute Kommunikation mit MigrantInnen, die oft selbst von Sprachbarrieren betroffen sind (vgl. B08: 141-142). Trotz oftmaliger Unwissenheit der MedizinerInnen wurde von einigen Befragten auch bekräftigt, dass sich die Einstellung vieler ÄrztInnen gegenüber gehörlosen PatientInnen in den letzten Jahren sehr zum Positiven verändert hat und viele eine offene Haltung und ein verstärktes Kommunikationsbemühen zeigen (vgl. B01: 71-74, B08: 135-137, B09: 110-112). Ebenso wurde positiv erwähnt, dass MedizinerInnen zunehmend auch das Beisein von professionellen GebärdensprachdolmetscherInnen einfordern (vgl. B03: 286-288).

Obwohl die Kommunikation in Gebärdensprache von allen ExpertInnen als das Optimum und die sicherste Art von Kommunikation angesehen wurde, kann auch die Kommunikation mithilfe von DolmetscherInnen problembehaftet sein. Zum einen, weil der Mangel an GebärdensprachdolmetscherInnen in Österreich dazu führt, dass diese für Arzttermine nicht kurzfristig verfügbar sind. Gehörlose müssen neben den oben genannten Gründen deshalb oft unfreiwillig alleine zum Arzt oder zur Ärztin gehen, was nahezu alle ExpertInnen im Laufe der Interviews bestätigten (vgl. B01: 24-29, B02: 137-139, B03: 114-118, B05: 789-791, B07: 289-292, B08: 103-104, B09: 22-25). Zum anderen gibt es auch in der Arzt-Patienten-Interaktion mit dem Einsatz von ÖGS-DolmetscherInnen schwierige Situationen und potenzielle Stolpersteine. Aufgrund der Bedeutung, die dem Thema Dolmetschen im Laufe der Interviews beigemessen wurde, werden Details dazu in einer eigenen Kategorie dargestellt.

Arzt-Patienten-Interaktion mit GebärdensprachdolmetscherInnen (K2)

Die Bedeutung von GebärdensprachdolmetscherInnen für die Barrierefreiheit im österreichischen Gesundheitssystem ist unbestritten und wurde immer wieder hervorgehoben (vgl. B02: 33-36; B03: 146; B09: 354-357). Das Problem der DolmetscherInnen-Verfügbarkeit führt allerdings auch dazu, dass sich Gehörlose bei planbaren Arztbesuchen mitunter an die freie Zeit des favorisierten Dolmetschers oder

der Dolmetscherin anpassen müssen (vgl. B01: 24-26). Dabei spielt allerdings nicht nur die Zeit und eingeschränkte Auswahl eine Rolle, sondern vor allem das Vertrauen. Die Vertrauensbasis zwischen gehörlosen PatientInnen und DolmetscherInnen wurde als maßgeblich für eine gute Dolmetschung und in diesem Sinne gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation gesehen (vgl. B01: 114-116, B04: 284-287, B09: 137-138). Umgekehrt ist das Misstrauen gegenüber DolmetscherInnen ein Grund, weshalb einige gehörlose Personen ohne Begleitung zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Zwei ExpertInnen gaben dabei an, dass dieses Misstrauen eher bei älteren Gehörlosen beobachtet werden kann (vgl. B01: 306, B03: 191). Ein Grund dafür könnte etwa die fehlende Professionalisierung früherer DolmetscherInnen sein, wie eine Expertin ausführte:

„Also ich kann mir vorstellen, dass das eher daran liegt, dass einfach immer ein Misstrauen gegenüber Dolmetschern besteht. Dass das... die Schweigepflicht vielleicht in der Vergangenheit von der ersten Generation der sogenannten Dolmetscher nicht so ernst genommen wurde [...] Vielleicht wurden sie auch von diesen damaligen Dolmetschern bevormundet, die haben ihnen gar nicht alles übersetzt, sondern nur das, was sie geglaubt haben, was richtig wäre oder ihnen schon die Meinung in den Mund gelegt. Man weiß ja nicht, was da alles passiert ist. Dass sozusagen ein Dolmetscher schweigeverpflichtet ist, neutral sein muss, alles zu übersetzen hat, Kommunikation herstellen soll und keine sozialarbeiterische Funktion hat... Das ist, glaube ich, gerade bei der älteren Gehörlosen-Generation nicht bewusst.“ (B01: 303-305, 315-320)

Dass sich die Information über die Funktion und Professionalität heutiger DolmetscherInnen aber mittlerweile zunehmend auch in der älteren Generation verbreitet und das Vertrauen in die Rolle der DolmetscherInnen stärkt, wurde ebenso von einem Interviewpartner angemerkt (vgl. B03: 191-195). Zum Misstrauen hinzu kann auch Unerfahrenheit im Umgang mit DolmetscherInnen kommen: Gehörlose Menschen, die noch nie mithilfe eines ÖGS-Dolmetschers oder einer ÖGS-Dolmetscherin kommuniziert haben, tun dies zum Beispiel auch weiterhin aus Gewohnheit nicht oder wissen teilweise auch gar nicht darüber Bescheid, dass die Kosten dafür übernommen werden (vgl. B02: 185-189, B01: 240-242). Mitunter führt dies auch dazu, dass hörende Kinder im Gesundheitsbereich als DolmetscherInnen eingesetzt werden (vgl. B01: 241). Weitere Gründe für den Einsatz hörender Kinder, die von einer Befragten aus eigener Erfahrung berichtet wurden, sind etwa auch das zuvor angesprochene Vertrauen, die schnelle Verfügbarkeit und die Kenntnis der Krankengeschichte (vgl. B09: 22-25). Die Gefahren und Schattenseiten des Einsatzes von Kindern als DolmetscherInnen für die gehörlosen Eltern liegen dabei aber auf der Hand: Überforderung und Traumatisierung, wenn es etwa um Notfälle oder die Nachricht von schweren Krankheiten geht, können die Folge sein. Dies soll wieder der Erfahrungsbericht einer hörenden Expertin

verdeutlichen, die gehörlose Eltern hat und bei einem folgenreichen Arztbesuch als Dolmetscherin fungierte:

„Es ist manchmal schon zu viel [...] Ähm, als mein Vater schwer krank geworden ist, wollte ich das einfach nicht erfahren, da war ich 19 Jahre alt... Und bin selbst da gesessen und wusste nicht, wie ich ihm das jetzt erklären soll, weil ich selbst mit den Nerven am Ende war. Ich habe nur geweint und er lacht mich noch an, mit dem freudigen Gesicht: ‚Warum weinst denn du?‘“ (B09: 52-59)

Eine weitere Expertin schilderte eine Situation, in der ein 12-jähriges Kind in einer Notfallsituation für die gehörlose Mutter dolmetschen musste, weil keine Dolmetscherin und kein Dolmetscher verfügbar waren. Die Expertin forderte dabei mehr Sensibilität des medizinischen Personals: ÄrztInnen sollten Kinder in solchen Situationen nicht als DolmetscherInnen akzeptieren (vgl. B01: 193-204). Während bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen vor allem die Gefahr der emotionalen Überforderung besteht, wurde auch die fehlende Professionalität von LaiendolmetscherInnen im Allgemeinen bemängelt (vgl. B03: 177-181).

Auch der Umgang mit *professionellen* DolmetscherInnen beim Arzt-Patienten-Gespräch muss aber sowohl von hörendem medizinischem Personal als auch von Gehörlosen oft erst erlernt werden. Vielfach fehle es hier noch am notwendigen Rollenverständnis, da etwa anstelle des Kommunikationspartners nur der oder die DolmetscherIn angesehen wird oder nicht klar ist, dass DolmetscherInnen als SprachmittlerInnen und nicht als Vertrauensperson für den Kunden oder die Kundin fungieren (vgl. B01: 62-68, B07: 69-75 und 279-282, B09: 44-48). Ebenso wurde aber angemerkt, dass diese Rolle gerade mit gehörlosen PatientInnen, deren Bildungsniveau geringer ist oder die oftmals unselbstständig erzogen wurden, von den DolmetscherInnen verlassen werden muss, um zusätzliche Erklärungen in Gebärdensprache zu geben oder auch das medizinische Personal zu sensibilisieren (vgl. B01: 339-341, B07: 61-67).

Besonders im Gesundheitsbereich spielt etwa auch das Fachwissen des Dolmetschers oder der Dolmetscherin eine große Rolle. Da die Gebärdensprache eine dreidimensionale Sprache ist, müssen nicht nur medizinische Fachbegriffe bekannt sein, sondern vielfach auch die Funktion oder die Position von Organen oder Muskeln (vgl. B02: 313-314, B04: 478-480, B06: 205-206). Auch der richtige Umgang mit dem medizinischen Personal seitens der DolmetscherInnen wurde von einem Experten als wichtig erachtet (vgl. B02: 318-319).

Letztlich ist natürlich auch immer die Kostenübernahme von Dolmetschungen ein Thema. Dabei wurde von ExpertInnen sowohl berichtet, dass Einrichtungen – wie Spitäler – sich weigerten, die Kosten zu übernehmen, als auch Gehörlose zum Teil noch

gar nicht wissen, welche Rechte sie in diesem Bereich haben (vgl. B01: 239-242, B02: 198-200, B07: 53-55). Das Dialoggespräch zwischen Dolmetscherin und Personal in einer Spitalsambulanz, das eine Expertin dabei schilderte, stellt zwar eine Ausnahmesituation dar, zeigt aber dennoch, welche Probleme bezüglich der Kostenübernahme in der Praxis auftreten können:

„...also diese Schwester da, na an der Aufnahme in der Ambulanz, sagt wortwörtlich: ‚Ja, wieso kommen Sie denn hierher? Wir zahlen das nicht!‘, darauf sage ich: ‚Wieso zahlen Sie das nicht? Vom Gesetz her sind Sie seit 2006 verpflichtet, Ihre Dienstleistungen barrierefrei anzubieten und Gehörlose brauchen, um barrierefrei kommunizieren zu können, Dolmetscher!‘ ... ‚Nein, wir zahlen das nicht!‘ ... ‚Na, andere Spitäler zahlen es auch!‘ ... ‚Warum gehen Sie denn nicht in ein anderes Spital mit dem Gehörlosen?‘“ (B01: 224-228)

Eine weitere Dimension, die die Kostenübernahme betrifft, sind die Budgets, die Gehörlosen selbst zur Verfügung gestellt werden, um davon Dolmetschleistungen zu bezahlen. In Wien übernimmt dies etwa der Fonds Soziales Wien, wobei alle privaten Angelegenheiten, die nicht Beruf oder Ausbildung betreffen, daraus bezahlt werden müssen (vgl. Kapitel 5.2.). Auch dazu wurde angemerkt, dass dieses Budget zu rasch ausgeschöpft ist, sollten etwa mehrere gesundheitsbezogene Termine wie eine Geburt mit Geburtsvorbereitungskursen und Nachsorgeterminen anfallen (vgl. B01: 245-252).

Notfälle (K3)

Neben allen Herausforderungen, die direkte oder indirekte Arzt-Patienten-Interaktionen für österreichische Gehörlose mit sich bringen, stellen vor allem medizinische Notfälle einen besonderen Problembereich dar. Mit den ExpertInnen wurde dabei nicht nur die Kommunikation in Notfällen, sondern auch der österreichische Gehörlosen-Notruf besprochen.

In Notfällen wird vor allem wieder das Problem der mangelnden Verfügbarkeit an ÖGS-DolmetscherInnen in Österreich tragend, da ohne DolmetscherInnen oft keine oder kaum Kommunikation mit dem gehörlosen Patienten oder der gehörlosen Patientin erfolgt (vgl. B02: 137-139, B03: 138-140). PatientInnensicherheit ist in solchen Fällen kaum gegeben, wie ein Experte schildert:

„Besonders zum Beispiel bei einem ganz schlimmen Fall in der Nacht, wenn die Rettung jemanden abholt, da muss man jetzt schnell eingreifen, da ist die Frage, ja oder nein... [...] Wenn der Gehörlose nicht weiß, worum es da überhaupt geht und soll entscheiden und keine Kommunikation ist da... das ist ein heikler Fall!“ (B08: 181-184)

Fehlende Kommunikationsmöglichkeiten sind dabei zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass dem Krankenhauspersonal das Wissen fehle, wie und wo man

qualifizierte ÖGS-DolmetscherInnen anfordern kann (vgl. B01: 82-86). Auch das fehlende Wissen für den Umgang mit gehörlosen PatientInnen seitens der RettungssanitäterInnen und –medizinerInnen wurde bemängelt (vgl. B07: 212-219). Obwohl ein Experte die Auskunft gab, dass es in Wien einige SanitäterInnen gibt, die ein paar Gebärden beherrschen, ist deren Koordination oder gezielter Einsatz organisatorisch kaum möglich (vgl. B08: 233-236).

Der Gehörlosen-Notruf, der als SMS oder Fax abgesetzt werden kann, wurde generell eher negativ beurteilt. Eine Expertin bemängelte, dass der Notruf, der als Fax in der Zentrale ankommt, dort oft liegen bleibt (vgl. B07: 379-380), während eine andere Befragte meinte, dass der Notruf generell zu lange dauere (vgl. B09: 152-154). Ein Interviewpartner kritisierte vor allem die Notwendigkeit zur schriftlichen Informationsweitergabe:

„In einer Stresssituation äh... muss man dann all die Informationen per SMS schriftlich hergeben, das schaffen ja auch Hörende nicht! Und Deutsch... die Deutschkompetenz ist ja von den Gehörlosen oft nicht sehr gut, das heißt, ob da die richtige Information per SMS rausgeht, das wage ich zu bezweifeln.“ (B02: 147-150)

Anstelle des Absetzens eines Notrufs an die Gehörlosen-Notrufnummer werde in Notfällen daher auch oft auf hörende Personen in der näheren Umgebung oder auf die Hilfe hörender Kinder zurückgegriffen (vgl. B08: 547-553, B07: 373-375, B09: 143-144).

Versorgung gehörloser SeniorInnen (K4)

Die Versorgung älterer Gehörloser als besonderes Problem wurde gleich von mehreren ExpertInnen angesprochen. Versorgungslücken in Österreich betreffen dabei vor allem betreute Wohneinrichtungen und auch Plätze in Pflegeeinrichtungen, die durch ÖGS-kompetentes Personal für Gehörlose barrierefrei sind (vgl. B03: 444-447, B04: 616-617, B05: 655-658, B06: 152-154). Zwar gibt es Besuchsdienste, die zum Teil durch ausgebildete gehörlose HeimhelferInnen verrichtet werden, ein medizinisches beziehungsweise stationäres Angebot fehlt aber (vgl. B03: 446-448, B08: 505-506). Ein wesentlicher Faktor dabei ist allerdings nicht nur die Betreuung in Gebärdensprache, sondern auch die Möglichkeit, mehrere Gehörlose gemeinsam in Einrichtungen betreuen zu können:

„Eine Krux ist sicher auch das Konzept der Altersheime. Weil man da ja letztlich nur eine befriedigende Situation zusammenbekommt, wenn das Personal gehörlosenskompetent wird und das wird man nicht, wenn man nur einen im Haus hat und das hilft ja nicht...“ (B05: 663-666)

Auch durch dieses System sind derzeit viele gehörlose SeniorInnen in einzelnen Heimen verstreut, was zusätzlich zum Problem der Kompetenzbündelung oft zur Isolation der Gehörlosen aufgrund der Kommunikationsbarriere führt (B03: 457, B06: 155-157).

Bildung (K5)

Das Thema Bildung zieht sich wie ein roter Faden durch die ExpertInnen-Interviews. Kaum jemand, der diesen Bereich nicht angesprochen hat und kaum jemand, der die Situation für österreichische Gehörlose positiv beurteilt hätte. Barrieren im österreichischen Bildungssystem betreffen dabei vor allem den fehlenden Einsatz der Gebärdensprache zur Vermittlung der Inhalte wie auch zum Aufbau der Sprachkompetenz in ÖGS. Die folgenden zwei ExpertInnen-Zitate nehmen Bezug darauf:

„...die Menschen haben das aber noch nicht voll akzeptiert, dass Gehörlose Gebärdensprache brauchen und nicht oral erzogen werden können. Die verstehen ja nichts, wenn sie das nur über Lautsprache bekommen, die Information. Vielleicht können sie gut sprechen, aber sie verstehen nicht!“ (B02: 75-78)

„...,dass wahnsinnig viele Defizite da sind und diese Gehörlosen da auch keine Gebärdensprachkompetenz haben oder gering, weil sie eben in hörenden Familien aufgewachsen sind. [...] ...die behalten dann diese Kommunikationsbarriere ihr ganzes Leben lang.“ (B07: 30-33)

Die fehlende Deutsch- und Gebärdensprachkompetenz vieler Gehörloser führt in weiterer Folge zu der oftmals schwierigen Situation für ÄrztInnen und DolmetscherInnen, komplexe medizinische Inhalte vermitteln zu müssen:

„Es geht darum, Menschen, die ja oft kognitiv Defizite haben, die ja sehr häufig eklatante Bildungsdefizite haben, Inhalte so zu vermitteln, dass man auch irgendetwas umsetzen kann... Und auch da, muss ich sagen, erlebe es auch ich immer wieder an Grenzen zu stoßen...“ (B05: 161-164)

„Dass sozusagen die Jungen äh... so wenig Allgemeinwissen haben aufgrund des Schulsystems. Das ist auch ein Problem, das ich als Dolmetscher feststelle, wenn ich mit den Jungen zum Arzt gehe... Dass ich halt eine große Herausforderung habe mit dem Herunterbrechen des Inhalts! Von dem Niveau, auf dem der Arzt spricht, zu einem Niveau, das der Gehörlose gut verstehen kann!“ (B01: 327-330)

Die angesprochenen Schwierigkeiten erfordern daher eine hohe Kommunikationskompetenz seitens der DolmetscherInnen und der MedizinerInnen, da auch eine gute ÖGS-Kompetenz alleine nicht immer dazu führt, dass Inhalte auch verstanden werden (vgl. B05: 165-169). Während höher gebildete Gehörlose oft die Wahl haben, auf welche Art sie mit dem Arzt oder der Ärztin kommunizieren möchten, sind Gehörlose mit geringer Deutsch- oder ÖGS-Kompetenz und oft geringem

Allgemeinwissen auf die Kommunikationskompetenz der KommunikationspartnerInnen und auf die zur Verfügung stehenden Mittel angewiesen (vgl. B07: 285-288). Dies gilt auch für schriftliche Informationen wie Arztbriefe, Formulare oder allgemeine Gesundheitstexte, die ebenso wenig verstanden werden (vgl. B01: 185-187, B03: 280-283). Letztendlich führen Barrieren im Bildungssystem auch dazu, dass Gehörlose selbst kaum Gesundheitsberufe ergreifen können (vgl. B02: 59-64).

Gesundheitskompetenz (K6)

Allgemeinwissen und Bildungsniveau sind eng verknüpft mit dem Wissen und den Informationen zum Thema Gesundheit sowie der Handlungsfähigkeit in Bezug darauf. Wie im Bereich der Allgemeinbildung wurde auch zum Thema Gesundheitskompetenz angemerkt, dass die gehörlose Bevölkerung diesbezüglich heterogen sei (vgl. B02: 336-339, B08: 465). Dennoch gibt es im Gegensatz zur hörenden Allgemeinbevölkerung mitunter eklatante Informationsmängel zum Thema Gesundheit, vor allem auch hinsichtlich der Krankheitsprävention (vgl. B02: 347-349, B03: 379-381). Eine Expertin merkte dazu an, dass dies, ihrer Erfahrung nach, vor allem ältere Gehörlose betrifft, die dadurch kaum Bezug zum eigenen Körper haben und oft die eigenen Diagnosen nicht kennen (vgl. B04: 500-504). Gründe dafür sind, dass Gesundheitsinformationen selten in Österreichischer Gebärdensprache verfügbar sind (vgl. B09: 196-200) und eine Vermittlung solcher Inhalte auch im Lehrplan für gehörlose Kinder nicht vorgesehen ist (vgl. B07: 365-369). Ein Grund kann mitunter auch sein, dass viele Gehörlose, die in hörenden Familien aufwachsen, von diesen Informationen von Kindheit an ausgeschlossen sind:

„Und das hat natürlich mit dem niedrigen Bildungsstand zu tun und mit dem Problem, dass sie oft schon als Kinder ausgeschlossen waren in der hörenden Familie... ‚Du musst das ja nicht wissen, du musst die Tabletten nehmen.‘ Aber es wird nicht erklärt, warum und welche das sind und es wird denen auch nicht erklärt, was sie für andere Regeln einhalten... Ja und so bekommen sie das halt von klein auf nur vorgesetzt, ohne zu wissen, worum es geht und das bleibt ihnen dann natürlich.“ (B07: 135-139)

Durch mangelnde Gesundheitskompetenz funktioniert mitunter auch die korrekte Weitergabe von Informationen an den Arzt oder die Ärztin nicht (vgl. B07: 97-100). Zusätzlich ist der Unterschied über die Rolle von Fach- oder Allgemeinärzten oft nicht klar (vgl. B07: 104-107) oder es bestehen Wissenslücken, die gravierende Auswirkungen haben können, wie zum Beispiel mangelnde Informationen zum Thema HIV und Geschlechtskrankheiten (vgl. B09: 208-213).

6.3.3. Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren

Aus der Darstellung der Problemfelder für gehörlose PatientInnen lässt sich ablesen, dass Kommunikationsbarrieren vor allem durch zu wenig GebärdensprachdolmetscherInnen, das geringe Bildungsniveau sowie die schlechten Deutsch- und ÖGS-Kenntnisse der gehörlosen PatientInnen und durch fehlende Sensibilisierung des medizinischen Personals entstehen. Ein Hauptaugenmerk der ExpertInnen-Interviews bestand allerdings nicht nur darin, Problemfelder im Gesundheitsbereich zu explorieren, sondern auch Lösungsansätze zu diskutieren. Dabei wurde auch auf Maßnahmen eingegangen, die – wie das Konzept des Videodolmetschens – zumindest erprobt wurden oder – wie die Gehörlosenambulanzen – schon lange etabliert sind. Jeder Maßnahme, die geeignet ist, Kommunikationsbarrieren im Gesundheitswesen abzubauen und die im Laufe der Interviews erwähnt wurde, wurde eine eigene Kategorie zugeordnet. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die sich auf die Lösung beziehungsweise Verbesserung der Situation der DolmetscherInnenknappheit richten, solche, die auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz abzielen und schließlich Maßnahmen, die die Sensibilisierung und Ausbildung des hörenden Gesundheitspersonals beinhalten. Daraus ergeben sich 10 Kategorien:

- Videodolmetschen (K7)
- DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienst (K8)
- ÖGS-kompetentes medizinisches Personal (K9)
- Gehörlosenambulanzen (K10)
- Gesundheitsaufklärung und Information von Gehörlosen (K11)
- Gehörlose GesundheitslotsInnen (K12)
- Einsatz von tauben DolmetscherInnen (K13)
- Bildkommunikation und Kommunikation in einfacher Sprache (K14)
- Sensibilisierung medizinischen Personals (K15)
- Notruf-App (K16)

Die Maßnahmen mit den Erläuterungen der interviewten ExpertInnen werden im Folgenden der Reihe nach dargestellt und ebenso wie bei den Problemfeldern jeweils durch Zitate zur besseren Veranschaulichung der Materie unterstützt.

Videodolmetschen (K7)

Das Pilotprojekt Videodolmetschen, das in Österreich im Jahr 2015 durchgeführt wurde, war bis auf einem Experten allen bekannt. Ein weiterer Experte konnte aufgrund der Zeitknappheit leider nicht dazu befragt werden. Sowohl von den DolmetscherInnen als auch von den befragten MedizinerInnen und anderen GesundheitsexpertInnen wurde die Maßnahme überwiegend negativ beurteilt. Ein häufig angeführter Grund gegen den Einsatz von Videodolmetschen war vor allem das schwierige Erkennen der Gebärden, der Mimik und der Körpersprache am Bildschirm, was bei einer dreidimensionalen Sprache wie der Gebärdensprache eine gravierende Einschränkung bedeutet (vgl. B01: 93-96, B02: 271-276, B03: 253-257, B05: 632-632). Auch aus DolmetscherInnen-Sicht stellt die Zuschaltung über einen Bildschirm eine besondere Herausforderung dar:

„Das Problem beim Videodolmetschen kann auch sein, dass der Dolmetscher natürlich kein Briefing bekommt, keine Vorbereitung... Worum geht es denn da überhaupt? Welche Personen sind im Raum? Der sieht niemanden, der sieht nur den Gehörlosen am Bildschirm und aus dem Off kommen die Stimmen der Hörenden! Na, wer redet denn jetzt? In welcher Funktion redet der? Wie wichtig ist das, was der sagt? Körpersprache ist keine vorhanden, man hört nur Ton, heißt also 70% der Information geht verloren... Wir wissen, Körpersprache macht 70% aus.“ (B01: 99-104)

Ähnliches gilt auch für den gehörlosen Patienten oder die gehörlose Patientin, der oder die sich plötzlich auf Personen konzentrieren muss, die nicht im Raum sind:

„Ich schaue also nur auf den Dolmetscher, der da im Bildschirm drin sitzt und habe überhaupt keinen Kontakt zum Arzt. Sehe seine Mimik nicht, sehe seine Körpersprache nicht...“ (B03: 256-258)

Zusätzlich zur eingeschränkten räumlichen Sicht können DolmetscherInnen auch Positionswechsel, wie sie etwa bei Untersuchungen häufig notwendig sind, nicht vornehmen (vgl. B04: 358-360). Hinsichtlich der Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen gehörloser Person und DolmetscherIn ist es nicht verwunderlich, dass auch dieser Aspekt häufiger angesprochen wurde. Da sich der oder die Gehörlose den oder die zugeschaltete DolmetscherIn nicht aussuchen kann, ist nicht nur die Vertrauensbeziehung nicht gegeben, sondern es kann auch zu Problemen mit unterschiedlichen Dialekten der Gebärdensprache kommen (vgl. B01: 97-99, B04: 383-384, B05: 635-637). Neben den Dialekten, die wie bei der gesprochenen Sprache je nach Bundesland unterschiedlich sind, kann auch auf besondere Kommunikationsbedürfnisse der gehörlosen PatientInnen, die durch ein geringes Bildungsniveau oder zusätzliche kognitive Beeinträchtigungen entstehen, nicht eingegangen werden (vgl. B04: 381-382, B05: 633-635, B07: 114-119). Auch für ältere

Gehörlose sei die Methode eher ungeeignet, so einige ExpertInnen (vgl. B04: 336-337, B05: 637, B09: 318-319).

Abgesehen von kommunikativen Schwierigkeiten, die im Zuge von Videodolmetschungen entstehen können, bemängelten einige ExpertInnen auch die technische Umsetzung. Dabei wurde berichtet, dass das System an sich nicht funktionierte (vgl. B03: 254, B05: 637-638) oder auch, dass das medizinische oder pflegerische Personal mit der Instandsetzung überfordert war (vgl. B04: 363-364). Eine Befragte merkte auch an, dass der Einsatz von Videodolmetsch-Systemen oft zulasten anderer Kommunikationsmöglichkeiten ging:

„...dass die Selbstbestimmung den Gehörlosen da entzogen wird. Da wird ihnen einfach ein Dolmetscher vorgesetzt und... ähm... man war nicht bereit, einen Präsenzdolmetscher zu nehmen, man hat gesagt: ‚Na, da ist eh eine Dolmetscherin sozusagen am Video!‘. Aber ich möchte mir das aussuchen können mit wem ich zum Arzt gehe! Das ist meine freie Entscheidung und, meiner Meinung nach, auch mein Recht... mein Menschenrecht... Also, dass ich mir da aufdrängen lasse, mit wem und in welcher Form ich die Dolmetschung bekomme, das will ich nicht!“ (B07: 120-126)

Trotz der Kritik, die zum Pilotprojekt Videodolmetschen geäußert wurde, betonten auch einige ExpertInnen, dass die schnelle Verfügbarkeit von ÖGS-DolmetscherInnen über Videozuschaltung in Notfällen hilfreich sein kann und das System besonders dafür eingesetzt werden sollte (vgl. B04: 326-327, B09: 311-315). Auch sei es eine Maßnahme, die für höher gebildete Gehörlose passend sein kann und generell die Auswahl an Kommunikationsmöglichkeiten erhöhe (vgl. B05: 648, B07: 115-116).

DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienst (K8)

Im Gegensatz zur Maßnahme des Videodolmetschens, die im Laufe der Interviews von der Forscherin aktiv angesprochen und die von den ExpertInnen bewertet werden sollte, gab es eine Reihe an Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren, die ExpertInnen selbst einbrachten. Bei der Idee eines DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienstes war dies mitunter der Fall. Ein Bereitschaftsdienst, durch den DolmetscherInnen auf Abruf verfügbar sind, sollte dabei vor allem schwierige Kommunikationssituationen in Notfällen lösen (vgl. B01: 130-132, B02: 175-177, B04: 179, B08: 533-534). Während einige ExpertInnen Bereitschaftsdienste in der Nacht für einzelne Regionen ansprachen (vgl. B01: 141-142), forderten andere einen 24-Stunden-Notdienst für ganz Österreich (vgl. B08: 189-191). Einig war man sich, dass ein solcher Bereitschaftsdienst jedenfalls nicht nur für medizinische, sondern auch dringende Fälle mit Involvierung der Polizei oder Feuerwehr gelten sollte (vgl. B01: 133-134, B04: 183-184, B08: 193-194). Auf die Frage, warum ein solcher Dienst bisher noch nicht

umgesetzt wurde, wurden unterschiedliche Gründe genannt. Eine Expertin nannte die jetzt schon sehr hohe Arbeitslast der ÖGS-DolmetscherInnen (vgl. B01: 144-147), während andere vor allem die fehlende Finanzierung und Koordination ansprachen (vgl. B04: 186-187, B08: 534-535).

In Oberösterreich gibt es bereits eine Dolmetschvermittlungszentrale, die auch etliche Anfragen für Akutfälle bearbeitet. Die ständige Verfügbarkeit ist aber auch hier aufgrund fehlender Finanzierung, Koordination und aufgrund des Personalmangels nicht möglich (vgl. B04: 188-192).

ÖGS-kompetentes medizinisches Personal (K9)

Im Laufe der ExpertInnen-Interviews wurde allen InterviewpartnerInnen die Frage gestellt, ob ihnen, abgesehen von den MedizinerInnen in den Gehörlosenambulanzen, ÖGS-kompetente Ärzte und Ärztinnen in Österreich bekannt sind. Nur ein Experte konnte aus Zeitgründen nicht dazu befragt werden.

Alle ExpertInnen verneinten die Frage zunächst, vereinzelt wurden aber dann ein ÖGS-kompetenter Arzt in der Steiermark und Psychologinnen mit Gebärdensprachkenntnissen (vgl. B02: 238-245), ein ÖGS-kompetenter Mitarbeiter einer Wiener Drogenberatungsstelle (vgl. B03: 429-430), eine ÖGS-kompetente Fachärztin (vgl. B04: 219), ein Arzt, der selbst gehörlose Eltern hat (vgl. B05: 259-262) und eine Ärztin in einem Wiener Spital (vgl. B09: 70-73) genannt. Zudem erwähnten zwei ExpertInnen auch ehemalige TurnusärztInnen der Gehörlosenambulanzen, die im Zuge ihrer Ausbildung die Gebärdensprache gelernt hatten. Die Befragten hatten allerdings keine Information darüber, wo diese MedizinerInnen derzeit arbeiten (vgl. B03: 97-99, B05: 263-267). Auch aufgrund dessen wurde fehlende Vernetzung der einzelnen Institutionen in diesem Bereich beklagt (vgl. B03: 99-101, B08: 521-523). Die meisten aufgezählten Personen waren zudem nicht namentlich bekannt, auch den genauen Praxisort konnten einige nicht nennen. Zwei ExpertInnen erwähnten, dass sie das Gefühl hätten, dass öfter eher Krankenpflegepersonal als ärztliches Personal ÖGS-Kompetenz aufweist (vgl. B01: 403-405, B09: 76-78).

Allen Befragten war es sehr wichtig, anzumerken, dass die ÖGS-Kompetenz der MedizinerInnen meist kaum ausreichend ist, um umfassend mit gehörlosen PatientInnen zu kommunizieren. Folgende Zitate sollen dies verdeutlichen:

„...so eine Minikompetenz nur... äh... Letztlich aus dem heraus eine langfristige, tragfähige Kommunikation zustande zu bringen, das würde ich auch jetzt einmal bezweifeln, ob das möglich ist.“ (B05: 265-267)

„...und meistens geht es aber nicht über zwei, drei Module hinaus. Also ich kann mir dann auch nicht vorstellen, dass das auf dem Niveau kommuniziert werden kann, das es braucht, damit eben der gehörlose Patient wirklich gut versorgt ist.“ (B04: 220-223)

„... da war ein Arzt, der mir erzählt hat, ‚Ich hab auch einen gehörlosen Patienten! Ich hab... kann schon gebärden, ich kann das schon und die Kommunikation geht, da braucht man keinen Dolmetscher‘. Also, meiner Meinung nach, ist das falsch! Gesundheitsthemen sind sehr umfassend, kompliziert und wichtig! Der hat halt gemeint, er kann ein bisschen gebärden und das reicht schon... Also ich fand das sehr schockierend.“ (B02: 123-128)

„Und das Ganze ist ja so, wenn man nicht wirklich gut ist, bringt es ja nichts. Du musst ja wirklich gut verstehen vor allem und nicht nur gut gebärden können, sondern das Verstehen ist das Problem. Und das muss dann... wenn der Patient emotional aufgeladen ist, muss das auch sehr schnell gehen. [...] Und bei Gehörlosen muss ich auch die Sprache und auch die Kultur gut kennen und nicht irgendwo ein bisschen einmal einen Gebärdenkurs gemacht haben. Es ist wie in der Chirurgie, man muss Übung haben. Hat auch mit den Händen zu tun.“ (B06: 193-202)

Die Wortmeldungen der ExpertInnen verdeutlichen sehr gut, dass eine tragfähige medizinische Kommunikation nur mit ständiger Übung der Gebärdensprache erreicht werden kann. Unzureichende ÖGS-Kompetenz könne hingegen sogar zu falschen Erwartungen und im Folgenden zu Missverständnissen und einem Misslingen der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und PatientInnen führen (vgl. B04: 424-427). Einige ExpertInnen merkten aber auch an, dass ein paar gelernte Basisgebärden gut als „Eisbrecher“ wirken können und den gehörlosen PatientInnen gegenüber Sympathie und Respekt vermitteln (vgl. B04: 434-437, B05: 270-274). Während sich viele Gehörlose früher mit diesen Basisgebärden auch zufrieden gaben, fordern heutzutage zunehmend mehr gehörlose Menschen volle ÖGS-Kompetenz des medizinischen Personals ein, so ein Experte (vgl. B03: 195-198). Dass diese volle ÖGS-Kompetenz auch tatsächlich erreicht werden kann, zweifelten aber einige Befragte im Laufe der Interviews an. Vor allem aus Zeitgründen könne das medizinische Personal keine Kurse besuchen und auch aufgrund der fehlenden Übung die notwendige Kompetenz gar nicht erreichen (vgl. B08: 134-137, B09: 78-80).

Eine große Stärke von ÖGS-kompetentem medizinischem Personal ist aber vor allem die Privatsphäre, die geboten ist, wenn die gehörlosen PatientInnen keinen Dolmetscher oder keine Dolmetscherin zum Arzt oder zur Ärztin mitnehmen müssen (vgl. B05: 818-819). Statt einzelner ÄrztInnen mit wenig Gebärdensprachenkenntnissen wurde deshalb auch der weitere Ausbau von Kompetenzzentren wie den Gehörlosenambulanzen und eine Einrichtung in jedem Bundesland gefordert (vgl. B05: 552-556, B07: 158-160). Auf diese soll auch in der nächsten Kategorie näher eingegangen werden.

Gehörlosenambulanzen (K10)

Die vier österreichischen Gehörlosenambulanzen in Wien, Graz, Linz und Salzburg wurden von den ExpertInnen generell als positives barrierefreies Best Practice Beispiel bezeichnet (vgl. B02: 378-379, B04: 157-159, B05: 194, B06: 162, B07: 195-196). Vor allem, dass die Ambulanzen ein niederschwelliges Angebot darstellen, das eine hohe Vernetzung mit Sozial- und Arbeitsbereich und kurze Wege zu anderen Angeboten innerhalb der Krankenhäuser bietet, wurde positiv hervorgehoben (vgl. B04: 162-164, B05: 194-196). Zudem ist die Zusammenarbeit von ÖGS-kompetenten MedizinerInnen und angestellten ÖGS-DolmetscherInnen von Vorteil in der Versorgung gehörloser PatientInnen (vgl. B06: 162-164). Ebenso wurde geschildert, dass bei derzeit gültigen Kassentarifen nur in Kompetenzzentren dieser Art auch ausreichend Zeit für gehörlose PatientInnen vorhanden ist, deren Versorgung einen höheren Zeitaufwand bedeute (vgl. B05: 215-216). Viele Gehörlose in der näheren Umgebung der Ambulanzen nutzen diese auch als Ersatz für einen Hausarzt oder eine Hausärztin, andere, die etwa weiter weg wohnen, suchen die Ambulanz eher bei komplexeren Problemen auf (vgl. B05: 237-241).

Da die Gehörlosenambulanzen nur in den Hauptstädten verfügbar sind, wird gehörlosen PatientInnen etwa in Oberösterreich der Anfahrtsweg in die Ambulanz ab einer Entfernung von 20 Kilometern von der Krankenkasse bezahlt (vgl. B05: 561-564). Dies bezieht sich auf die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln und bei nachgewiesener Immobilität auch auf andere, geeignete Transportmittel. Dass diese Möglichkeit in Niederösterreich, wo es keinerlei barrierefreie Einrichtungen für gehörlose PatientInnen gibt, abgeschafft wurde, wurde heftig kritisiert (vgl. B05: 564-565, B06: 174-175). Ein Experte forderte daher:

„Diese Barrierefreiheit braucht auch die denkende Krankenkasse, dass Gehörlose eben dort barrierefrei behandelt sind, wo sie auch alles kommunizieren können. Das ist kein Gnadentakt, sondern ein Grundrecht, das ist ganz etwas Wichtiges. Und da muss auch der Transport inkludiert sein.“ (B06: 177-180)

Dass es die Gehörlosenambulanzen unbedingt braucht, zeigte schon der massive Ansturm als die erste Ambulanz 1993 in Linz eröffnet wurde. Bei ihrem ersten Besuch wiesen dabei zahlreiche Gehörlose unbehandelte medizinische Probleme auf und 10% der PatientInnen im ersten Jahr benötigten gar chirurgische Eingriffe, wie die Mediziner der Gehörlosenambulanz auf Basis einer dort durchgeführten Studie berichteten (vgl. B05: 293-296, B06: 40-44).

Dennoch werden die Gehörlosenambulanzen nicht von allen gehörlosen Menschen gern aufgesucht. Der Hauptgrund für das Fernbleiben ist vor allem die fehlende Privatsphäre. Aufgrund der sehr kleinen Community treffen viele Gehörlose Bekannte in den Warteräumen, die dann wissen wollen, warum man einen Arzt beziehungsweise eine Ärztin aufsucht (vgl. B01: 384-387, B02: 255-257, B05: 754-756, B07: 195-197, B09: 101-108). Wie dabei oft Grenzen überschritten werden, schilderte ein Experte sehr gut:

„...sitzt da daneben. ‚Du bist da? Ja, warum bist denn du da? Ah, du bist krank, bist schwer krank...‘, und so weiter... Ja, die lassen sie nicht in Ruhe, die kennen diese Kommunikationsgrenzen nicht. [...] Die Welt ist da einfach sehr klein in der Gehörlosig... in der Gehörlosenwelt, ja... Dann oft ist es der Partner, man hat sich geschieden, ist mit dem neuen Partner da, jetzt ist der Ex-Partner da, fühlt man sich nicht wohl... Da kommt die Privatgeschichte in den Warteraum.“ (B03: 216-222)

Ein anderer möglicher Grund dafür, dass die Gehörlosenambulanz gemieden wird, ist, dass man mit dem Mediziner oder der Medizinerin nicht gut klar kommt oder die Chemie einfach nicht stimmt (vgl. B05: 760-761). Auch, dass manche eventuell die ÖGS-Kompetenz der hörenden AmbulanzmedizinerInnen als nicht ausreichend betrachten, wurde erwähnt (vgl. B02: 258-259).

Die Gehörlosenambulanzen in Österreich erfüllen dennoch gleich mehrere wichtige Funktionen, etwa auch jene der Gesundheitsinformation und –aufklärung. In der Linzer Ambulanz findet etwa einmal im Jahr ein Gesundheitstag statt, der von bis zu 200 gehörlosen Menschen aus allen Bundesländern besucht wird (vgl. B05: 845-850). Vorträge in Österreichischer Gebärdensprache zu verschiedenen Gesundheitsthemen tragen so zur Aufklärung und Stärkung der Gesundheitskompetenz bei (vgl. B05: 852-856). Zudem werden die PatientInnen der Gehörlosenambulanz von den MitarbeiterInnen regelmäßig kontaktiert und per SMS auch an Vorsorgeuntersuchungen erinnert, um eine engmaschige Betreuung sicherzustellen (vgl. B03: 398-401). Weitere Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und –information gehörloser ÖsterreicherInnen sollen in der nachfolgenden Kategorie behandelt werden.

Gesundheitsaufklärung und Information von Gehörlosen (K11)

Nachdem sich die meisten ExpertInnen einig waren, dass sowohl Allgemeinwissen als auch spezifisches Wissen zum Thema Gesundheit und Gesundheitserhaltung in der gehörlosen Bevölkerung oft fehlen (vgl. K5 und K6), wurden im Rahmen der Interviews auch Maßnahmen zur Aufklärung und Stärkung der Gesundheitskompetenz diskutiert. Dabei wurden vor allem Informationsvideos in Österreichischer Gebärdensprache zu Gesundheitsthemen, wie sie etwa die Marien Apotheke Wien produziert, als geeignet

erachtet (vgl. B01: 462-463, B02: 99-103). Da einige Gehörlose aber auch unzureichende ÖGS-Kompetenz haben, sollten Videos dieser Art zusätzlich untertitelt sein (vgl. B02: 104-107). Zur genaueren Erreichung der Zielgruppe wurde auch das Abspielen von Informationsvideos in den Warteräumen der Gehörlosenambulanzen vorgeschlagen (vgl. B03: 384-387, B07: 160-164). Zusätzlich dazu sollten persönliche Vorträge zu Gesundheitsthemen in Österreichischer Gebärdensprache durchgeführt werden (vgl. B07: 167-169, B09: 215-219), etwa auch, weil Videos nicht für alle zugänglich sind, wie eine Expertin ausführte:

„Aber das Problem ist natürlich immer noch, dass die... viele Gehörlose gar keinen Zugang zu diesen Medien haben, also Internet... Man muss beim persönlichen Kontakt bleiben, Vorträge in den Gehörlosenverbänden sind sicher wichtige Elemente.“ (B01: 463-465)

Visuell gut aufbereitete Broschüren in einfacher Sprache könnten zusätzlich zur Aufklärung beitragen (vgl. B01: 466-467), auch Artikel zu Gesundheitsthemen, wie sie bereits jetzt im Magazin Gebärdensache des Österreichischen Gehörlosenbundes veröffentlicht werden, können hilfreich sein (vgl. B07: 169-171). In der Vergangenheit wurde auch bereits ein Suchtpräventionsprojekt mit Informationsvideos in Gebärdensprache und einer eigenen Homepage in Zusammenarbeit mit der Stadt Wien erarbeitet, das derzeit aber inaktiv ist (vgl. B07: 172-174). In Erste-Hilfe-Kursen des Roten Kreuzes, die für Gehörlose in Gebärdensprache abgehalten werden, werden hin und wieder auch allgemeine Gesundheitsinformationen zu Hygiene oder Impfungen weitergegeben (vgl. B08: 459-461). Eine Expertin erwähnte auch ernährungswissenschaftlichen Unterricht in Schulen, der zur Gesundheitsaufklärung der jüngeren gehörlosen Bevölkerung beitragen kann (vgl. B07: 178-179).

Workshops für Gehörlose zur besseren Aufklärung über das Verhalten im Gesundheitssystem und Erlernen von Kommunikationsstrategien im Umgang mit ÄrztInnen wurden ebenso gefordert (vgl. B07: 202-205) wie mehr Information über den Umgang mit der hörenden Kultur im Allgemeinen (vgl. B08: 319-320). ExpertInnen sehen Gehörlose bezüglich des Kommunikationsverhaltens auch selbst in der Pflicht, mehr Verantwortung zu übernehmen und Kommunikationswünsche klar mitzuteilen (vgl. B07: 502-505, B08: 473-478).

Um zielführende Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen gehörlosen Bevölkerung durchsetzen zu können, wurde auch generell mehr Vernetzung der einzelnen Institutionen und Initiativen gefordert (vgl. B03: 414).

Gehörlose Gesundheitslotsen (K12)

Eine weitere Maßnahme, die potenziell zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der gehörlosen Bevölkerung beitragen kann, ist der Einsatz von Peer-Personen. In diesem Zusammenhang wurde das Salzburger SALUS-Projekt im Rahmen der Interviews von der Forscherin zur Diskussion eingebracht. Das Projekt wurde in Salzburg initiiert und bildet MigrantInnen in eigenen Lehrgängen zu GesundheitslotsInnen aus, die dann jeweils die eigenen Landsleute über das österreichische Gesundheitssystem aufklären und auch Gesundheitsinformationen weitergeben können (vgl. Kapitel 3.6.). Die Idee und Methode wurde den InterviewpartnerInnen erklärt und um eine kurze Einschätzung der Einsatzmöglichkeit für gehörlose Menschen gebeten.

Das Feedback auf das Projekt war generell positiv, ExpertInnen konnten sich vorstellen, dass eine solche Maßnahme sinnvoll sein könnte (vgl. B01: 453, B04: 547, B05: 978, B07: 362, B09: 235). Als Grund wurde vor allem der Peer-Faktor genannt, der dazu führt, dass sich Gehörlose mit dem ebenfalls gehörlosen Lotsen besser identifizieren können als mit hörenden ExpertInnen (vgl. B04: 569-571, B09: 235-240). Auch die Entlastung von CODA-Kindern wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, die derzeit häufig bei Gesundheitsfragen oder zur Begleitung eingesetzt werden (vgl. B09: 258-260). Eine weitere Expertin merkte an, dass auch unter Gehörlosen zunehmend mehr MigrantInnen sind, für die eine solche Maßnahme besonders sinnvoll wäre (vgl. B04: 547-549).

Ein Interviewpartner warnte, dass ein solches Projekt sehr gut geplant sein muss, um wirklich praktikabel zu sein (vgl. B05: 978-979), während eine andere Befragte darauf hinwies, dass die Vermittlung solcher Inhalte eigentlich schon im Rahmen der Schulbildung Gehörloser vorgesehen sein sollte (vgl. B07: 362-364).

Einsatz von tauben DolmetscherInnen (K13)

Der Einsatz von tauben DolmetscherInnen bei Arzt-Patienten-Gesprächen wurde von zwei ExpertInnen im Rahmen der Interviews eingebracht und in Folge von der Forscherin selbst auch bei weiteren Interviews zur Diskussion gestellt. Gehörlose DolmetscherInnen übersetzen etwa bei internationalen Konferenzen von der International Sign Language in die nationale Gebärdensprache (und umgekehrt) oder unterstützen bei der Darstellung komplizierter Inhalte in einfacher Gebärdensprache (vgl. B01: 427-431). Gemeinsam mit hörenden DolmetscherInnen sollten taube DolmetscherInnen daher besonders im Gesundheitsbereich öfter zum Einsatz kommen:

„Wichtig wäre auch, dass man die tauben Dolmetscher mit da einbezieht. Gerade im Gesundheitsbereich, wenn man mit Gehörlosen zu tun hat, deren Bildungsniveau gering ist, ist es wichtig, dass es wirklich gut verständliche Gebärdensprache ist und das ist halt eher durch einen gehörlosen Dolmetscher gewährleistet als durch einen hörenden.“ (B01: 422-425)

„Auch für die Zukunft wird es natürlich da mehr Bedarf für taube Dolmetscher geben. Es gibt so einfach oder sehr gering gebildete Gehörlose, deren Sprache noch sehr niedrig ist, mit denen... äh... da herauszufinden, was sie für Symptome, was sie für Probleme haben, da werden taube Dolmetscher immer mehr gebraucht werden, glaube ich.“ (B07: 108-112)

Die Kommunikation mithilfe von tauben DolmetscherInnen ist nach den ExpertInnen dabei nicht nur ideal zur Überbrückung von Bildungsbarrieren, sondern ebenso wichtig in der Kommunikation mit gehörlosen MigrantInnen (vgl. B01: 438-441). Dass das Hinzuziehen von tauben DolmetscherInnen keine doppelte finanzielle Belastung bedeute, wurde ebenso erklärt: Es werden von gehörlosen PatientInnen beziehungsweise von der Gesundheitseinrichtung nur die tauben DolmetscherInnen bezahlt, die wiederum ihrerseits hörende DolmetscherInnen bezahlt bekommen, um arbeiten zu können (vgl. B07: 304-307). Auch ein weiterer Experte befürwortete den Einsatz von tauben DolmetscherInnen solange die Entscheidungsfreiheit, welche Art von Kommunikation eingesetzt wird, beim Gehörlosen selbst bleibt (vgl. B02: 330-332).

Bildkommunikation und schriftliche Kommunikation (K14)

Als Maßnahme zur barrierefreien und sicheren Kommunikation ohne verfügbare DolmetscherInnen wurden im Rahmen der Interviews auch die schriftliche Kommunikation und die Bildkommunikation diskutiert. Die schriftliche Kommunikation mit gehörlosen PatientInnen wurde aufgrund der häufig schlechten Deutschkompetenz dabei nicht als Idealmaßnahme wahrgenommen (vgl. B02: 269-270). Am ehesten sollte diese bei Routine-Arztterminen eingesetzt werden, was auch derzeit oft üblich ist (vgl. B04: 240-243, B09: 365-368). Beim Einsatz von Schriftkommunikation sollte jedenfalls auf die Verwendung einfacher Sprache und das Wiederholen wichtiger Eckpunkte geachtet werden (vgl. B05: 581-583). Auch Formulare und Informationsblätter, etwa zur Operationsvorbereitung, sind oft in unverständlichem und kompliziertem Deutsch verfasst. Solche Texte in einfacher Sprache zur Verfügung zu stellen würde nicht nur gehörlosen, sondern allen PatientInnen mit nicht-deutscher Muttersprache helfen (vgl. B01: 187-189).

Die Kommunikation mit der Unterstützung von Bildern beziehungsweise die Kombination von Bildkommunikation mit einfacher Sprache wurde weitaus positiver betrachtet als die

reine Schriftkommunikation. Dass die Erklärung der Bilder in Gebärdensprache dabei aber dennoch unerlässlich ist, verdeutlicht die Aussage eines Experten dazu:

„Bilder sind sicher eine Unterstützung, aber die Gehörlosen müssen eine Erklärung bekommen, was das Bild bedeutet! Ist das... bin das ich oder worum geht es da überhaupt bei dem Bild. [...] Man muss dann natürlich auch kontrollieren, ob der Patient das verstanden hat, er soll wiederholen, was man gesagt hat. Das wäre eine Möglichkeit, aber Bilder allein reichen sicher nicht.“
(B02: 283-294)

Dem besseren Erfassen des Gegenstandes dienen auch visuell-haptische Hilfsmittel – wie etwa Modelle von Organen oder Grafiken zu Körperfunktionen (vgl. B01: 470-471, B03: 300-302). Dass der Einsatz dieser Methode in der Praxis scheitert, könnte jedoch an der fehlenden Disposition des Materials an allen benötigten Stellen liegen (vgl. B04: 409-412).

Sensibilisierung medizinischen Personals (K15)

Ein bedeutsames, da auch häufig wiederholtes Thema im Laufe der ExpertInnen-Interviews, war die Sensibilisierung medizinischen Personals auf den Umgang mit gehörlosen PatientInnen. Dabei wurde sowohl auf die Sensibilisierung von MedizinerInnen (vgl. B04: 235, B07: 209-212) als auch Gesundheitspersonal im Allgemeinen, das ApothekerInnen und andere Gesundheitsanbieter miteinschließt, Bezug genommen (vgl. B05: 567-569). Ebenso wurde speziell Krankenhauspersonal erwähnt (vgl. B01: 167-169) und die notwendige Sensibilisierung von RettungssanitäterInnen (vgl. B01: 707-709, B07: 380-390, B09: 161-162). Die Schulung Letzterer spielt dabei eine besonders wichtige Rolle in Notfällen, wie eine Expertin schilderte:

„Und auch die Sanitäter, die dann zu diesem Ort fahren, sollten schon im Kopf haben, was für ein Programm sie abspielen müssen, wenn sie mit Gehörlosen zu tun haben! Also ich möchte, dass das selbstverständlich ist... [...] Dass sozusagen alle Rettungsfahrer und Sanitäter ein bisschen kommunizieren können mit Gehörlosen! Ob sie ein Fingeralphabet können oder dass sie einfach wissen, dass sie die Gehörlosen anschauen müssen und solche Dinge. Also einfach die Grundregeln der Kommunikation mit Gehörlosen.“ (B07: 383-390)

Sensibilisierungsschulungen dieser Art werden vom Österreichischen Gehörlosenbund bereits zeitweise durchgeführt, oft ist das Angebot aber auch eine Kostenfrage (vgl. B08: 242-245). Zusätzlich zu einzelnen Gebärden spielt auch das Bewusstsein für die gehörlose PatientInnengruppe schon eine entscheidende Rolle (vgl. B05: 134-135). Gefordert wurde auch nicht nur der richtige Umgang mit gehörlosen PatientInnen, sondern mit kommunikationsbeeinträchtigten PatientInnen im Allgemeinen:

„...eine gewisse Sensibilisierung, zum Beispiel in der Ausbildung von MedizinerInnen, aber durchaus auch Pharmazeuten oder Gesundheitsanbietern, über Strategien, wie man mit Menschen mit Kommunikationsproblemen umgeht... äh... wäre, glaube ich, auch etwas Wünschenswertes. [...] Wo ja auch das ganze Fremdsprachen-Migranten-System ein Punkt ist, wo vor allem das zunehmende Problem der Altersschwerhörigkeit äh... ein Thema ist, das wären glaube ich schon... das wären Ansatzpunkte.“ (B05: 567-576)

Auch eine Sensibilisierung hinsichtlich der richtigen Kommunikation mit DolmetscherInnen wurde im Rahmen der Interviews empfohlen, was durch die zunehmende Anzahl an MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung mehrfach gewinnbringend sein könnte (vgl. B01: 206-208).

Notruf-App (K16)

Nachdem der derzeitige Gehörlosen-Notruf, der mittels Fax oder SMS abgesetzt werden kann und als Fax in der Notrufzentrale eingeht, im Rahmen der Interviews häufiger kritisiert wurde, war die Information einer Expertin, dass sich eine Notruf-App in Entwicklung befindet, von großer Bedeutung. Mit der besagten App, die unter der Mitarbeit des Österreichischen Gehörlosenbundes entstand, können alle Notdienste wie die Rettung, Feuerwehr, Polizei und sogar der ÖAMTC gerufen werden (vgl. B07: 376-378). Ein wesentlicher Vorteil der App ist dabei die Gestaltung in Form von Bildern, sowie eine direkte Kommunikationsmöglichkeit mit der Leitstelle, die wichtige Rückfragen der Rettungskräfte ermöglicht (vgl. B07: 394-399).

Derzeit testet der Österreichische Gehörlosenbund die Notruf-App derzeit und wird Feedback in die weitere Entwicklung einfließen lassen. In ein bis zwei Jahren soll die App dann verfügbar sein (vgl. B07: 413-417).

6.3.4. Best Practice Beispiele

Zum Abschluss der Interviews wurden die ExpertInnen nach ihren Erfahrungen zur Versorgung gehörloser PatientInnen in anderen Ländern befragt und auch gebeten, Best Practice Beispiele zur PatientInnenversorgung aus anderen Bereichen zu nennen. Nur in zwei Fällen wurde auf die Frage verzichtet: Bei einem Interview, weil aus dem Interviewverlauf bereits zahlreiche Nennungen österreichischer Best-Practice-Beispiele hervorgingen und in einem zweiten Fall, weil bereits Ermüdungserscheinungen seitens des Experten erkennbar wurden. Alle Nennungen und Erläuterungen der restlichen sieben ExpertInnen, die diesem Bereich zuzuordnen sind, wurden in der Kategorie 17 (K17) zusammengefasst.

Zwei ExpertInnen konnten keine konkreten Beispiele nennen, verwiesen aber auf die USA, wo es aufgrund der grundsätzlichen Anti-Diskriminierungsbewegungen möglicherweise ein barrierefreieres Gesundheitssystem für Gehörlose gibt (vgl. B01: 552-555, B02: 380-381).

Gleich drei weitere ExpertInnen nannten das gleiche Best-Practice-Beispiel: Ein holländisches Seniorenheim, das mit ÖGS-kompetentem Personal barrierefrei für gehörlose SeniorInnen ist und das sowohl Pflegeheimplätze als auch betreute Wohneinheiten anbietet (vgl. B03: 442-443, B04: 591-592, B05: 668-673). Natürlich wurden auch die Gehörlosenambulanzen erwähnt, die nach österreichischem Vorbild etwa auch in ganz Frankreich (vgl. B05: 955-956, B06: 125-126) und teilweise in der Slowakei und in Norwegen aufgebaut wurden (vgl. B06: 126-127). Gehörlosenambulanzen in England und Schottland scheiterten hingegen an der Finanzierung (vgl. B05: 959-960).

Im deutschsprachigen Raum hat Österreich gegenüber der Schweiz und Deutschland, die keine Gehörlosenambulanzen haben (vgl. B06: 127), einem Experten nach jedenfalls einen entscheidenden Vorteil (vgl. B02: 379-380). Eine Expertin erwähnte schließlich auch die Versorgung Gehörloser in skandinavischen Ländern, die aufgrund der Möglichkeit von Videocalls und einem eigenem TV-Sender für gehörlose BürgerInnen als Vorbild dienen könnte (vgl. B09: 377-384).

7. Fazit und Empfehlungen

Die Kommunikation ist das Bindeglied zwischen den Menschen, sie ermöglicht den sozialen Austausch und Kontakt, Informationsweitergabe und –erhalt sowie das Überleben. Wird man in dieser Möglichkeit zur Kommunikation behindert – wobei die Betonung auf *wird* und nicht *ist* liegt – kann dies gravierende Folgen haben, unter anderem für das psychische und physische Wohlergehen. Der Einfluss, den Kommunikation im Gesundheitsbereich hat, ist enorm. Sie beeinflusst die Aneignung von Gesundheitswissen und die Ausbildung von Gesundheitskompetenz, die uns letztlich zu selbstständiger Gesunderhaltung und Vorsorge befähigt. Durch erfolgreiche Kommunikation ist es uns auch überhaupt erst möglich, Informationen aus dem Kontakt mit MedizinerInnen zu erhalten, zu verwerten und daraus letztlich einen Nutzen für unsere psychische und physische Gesundheit zu ziehen. Auch der kommunikative Austausch von Erfahrungen und Wissen mit Laien trägt maßgeblich zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme bei.

Menschen, denen es durch verschiedene Barrieren nicht möglich ist, von diesen wichtigen Kommunikationsmöglichkeiten zu profitieren oder Gesundheitskompetenz zu erlangen, werden im Umkehrschluss oft auch nicht zur lebenswichtigen Möglichkeit der Gesunderhaltung oder Gesundwerdung befähigt. Sie müssen etwa Sprach- oder Kulturbarrrieren, soziale Barrieren oder geschlechtsspezifische Barrieren überwinden. Während schon ein Hindernis beträchtlichen Einfluss haben kann, sind Menschen, die von multiplen Barrieren betroffen sind, auch mehrfach benachteiligt und besonders gefährdet. Gehörlose Menschen gehören zu dieser Gruppe.

Gehörlose müssen mit der Sinnesbarriere auch eine Sprachbarriere überwinden. Fehlende Vermittlung von Inhalten in Gebärdensprache, etwa in Schulen oder in anderen öffentlichen Bereichen, führt oft zu geringen Bildungsniveaus und damit zu einer beträchtlichen sozialen Schlechterstellung. Gehörlose Menschen bewegen sich in der hörenden Welt auch in einem anderen Kulturkreis. Die Gehörlosengemeinschaft hat ihre eigene Kultur, die von der Gebärdensprache und eigenen Kommunikations- und Verhaltensregeln geprägt ist. Letztlich zeigt die internationale Forschungsliteratur auch, dass gehörlose Frauen und ältere Gehörlose zusätzlich benachteiligt sind.

Im Alltag sind all diese Barrieren und Hindernisse oft schon schwer zu bewältigen. Betreffen Kommunikationsbemühungen aber die eigene Gesundheit oder die der eigenen Kinder, können Kommunikationsmethoden, die im Alltag fallweise ausreichen mögen, fatale Folgen haben. Mithilfe von Lippenlesen kann nur etwa 30% des Inhalts

erfasst werden und schriftliche Kommunikation ist aufgrund mangelhafter Sprachkenntnisse oft unzureichend. Im Rahmen dieser Arbeit interessierte deshalb vor allem, wie sich die Situation für gehörlose Menschen in Österreich darstellt und welche Maßnahmen ergriffen werden könnten, um einen Abbau von Kommunikationsbarrieren zu erreichen. Die Forschungsfragen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, waren dabei folgende:

FF 1: Welche Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen können im österreichischen Gesundheitswesen identifiziert werden?

FF 2: Wie kann eine barrierefreie Kommunikation zwischen gehörlosen PatientInnen und Gesundheitspersonal auch ohne anwesende DolmetscherInnen ermöglicht werden?

FF 3: Welche Best Practice Beispiele aus anderen Ländern oder Erkenntnisse aus dem Umgang mit anderen PatientInnengruppen könnten zur Lösung des Kommunikationsproblems beitragen?

Offene, leitfadengestützte Interviews mit neun gehörlosen und hörenden ExpertInnen haben gezeigt, dass die Situation in Österreich von ähnlichen Problemen geprägt ist, wie sie auch die internationale Forschungsliteratur präsentiert. Zwar hat man in Österreich mit den vier Gehörlosenambulanzen wichtige barrierefreie Anlaufstellen mit gebärdensprachkompetentem Personal geschaffen, die auch sehr gut mit dem Arbeits- und Sozialbereich vernetzt sind, für fast 10.000 gehörlose Menschen sind diese aber noch nicht ausreichend. Gehörlosenambulanzen, so die Forderung, sollten in jedem Bundesland verfügbar sein und der Transport beziehungsweise die Anreise dorthin für gehörlose Menschen von den Krankenkassen bezahlt werden. Ausreichend ÖGS-Kompetenz zur sicheren Kommunikation mit gehörlosen PatientInnen kann dabei – so die Meinung nahezu aller ExpertInnen – nur mit viel Praxis erlangt werden. Diese zu erreichen ist allerdings hauptsächlich im Rahmen der Arbeit in Kompetenzzentren wie den Gehörlosenambulanzen realistisch. Nur vereinzelt wurden MedizinerInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen genannt, die über ein gutes Sprachniveau verfügen.

Die geringe Anzahl an ÖGS-Dolmetscherinnen in ganz Österreich führt nicht nur dazu, dass Arztbesuche oft nicht begleitet werden können, sondern auch, dass auch kurzfristige Einsätze in Notfällen nahezu unmöglich sind. Medizinische Notfälle sind aber auch durch fehlende Sensibilisierung des medizinischen Personals und häufig daraus resultierender Überforderung in der Kommunikationssituation besonders heikel. Zudem

ist derzeit auch der SMS- und Fax-Notruf noch unbefriedigend. Eine neue Notruf-App soll diese Situation in ein bis zwei Jahren allerdings verbessern. Die eher geringe Gesundheitskompetenz und der niedrige Bildungsstand vieler österreichischer Gehörloser stellen zusätzliche Hürden in der Versorgung dieser PatientInnengruppe dar. Sowohl von MedizinerInnen als auch von DolmetscherInnen ist dadurch besonders hohe Kommunikationskompetenz gefragt. Schriftkommunikation sollte nur sparsam eingesetzt werden und vor allem in kurzen, einfachen Sätzen erfolgen. Die Kommunikation mithilfe von Bildern und visuell-haptischem Anschauungsmaterial wurde zwar sehr positiv beurteilt, benötigt aber häufig ebenfalls zusätzliche Erklärung in Gebärdensprache, um Inhalte tatsächlich verständlich zu machen.

Ausreichend Zeit und Kommunikationskompetenz sind für die praktische Anwendung dieser Kommunikationsmethoden jedenfalls unerlässlich. Eine Verbesserung der Kommunikationskompetenz sollte dabei auch den richtigen Umgang mit professionellen ÖGS-DolmetscherInnen und LaiendolmetscherInnen beinhalten, da Dolmetschsituationen alle Parteien vor kommunikative Herausforderungen stellen können. Der Einsatz von LaiendolmetscherInnen ist dabei eine Praxis, die in Österreich immer noch üblich ist. Nicht nur bei gehörlosen PatientInnen, sondern bei allen PatientInnen mit nicht-deutscher Muttersprache. Missverständnisse, Kommunikationsfehler und emotionale Überforderung von Kindern, die dabei besonders häufig eingesetzt werden, sind die Folge. Der Erfolg flächendeckender Kommunikationstrainings für medizinisches Personal wird dabei von der internationalen Forschungsliteratur bestätigt. Eine verstärkte Sensibilisierung auf den Umgang mit solchen schwierigen Kommunikationssituationen und auf die Betreuung kommunikationsbeeinträchtigter oder fremdsprachiger PatientInnen ist unabdingbar. Hinsichtlich der zunehmenden Anzahl an MigrantInnen im österreichischen Gesundheitswesen kommt der konsequenten Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung in diesem Bereich noch größere Bedeutung zu.

Ein weiteres Problemfeld ist auch die Versorgung älterer gehörloser Menschen: Für sie fehlen Heimplätze mit und ohne Pflege, wo barrierefreie, sichere Kommunikation in Gebärdensprache und eine gemeinsame Unterbringung zur Vermeidung von Isolation möglich sind. Nicht umsonst war ein barrierefreies SeniorInnenheim in Holland eines der am häufigsten genannten internationalen Best Practice Beispiele im Rahmen der Interviews. In Österreich bemüht sich unter anderen bereits das Konvent der Barmherzigen Brüder um Lösungen. Das derzeitige System, das eine gezielte

gemeinsame Unterbringung mehrerer Personen in einem Heim aber nicht immer ermöglicht, stellt dabei noch eine Hürde dar.

Maßnahmen zum Abbau dieser Kommunikationsbarrieren, die im Rahmen der Interviews diskutiert wurden und auch in der internationalen Forschungsliteratur Eingang finden, könnten unter einigen Voraussetzungen umgesetzt werden. Die Finanzierung steht dabei häufig an erster Stelle, was die (Un-)möglichkeit der Umsetzung betrifft. Gerade etwa die Forderung nach einem DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienst, der eine rasche Verfügbarkeit von ÖGS-DolmetscherInnen in Notfällen sicherstellen sollte, scheiterte in der Vergangenheit an fehlender Koordination und Finanzierung. Angesichts der weitreichenden medizinischen und finanziellen Folgen, die Fehlkommunikation in Notfällen haben kann, wären allerdings hier investierte Gelder durchaus sinnvoll. Kosteneffizientere Varianten eines DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienstes wie das Videodolmetschen wiederum berücksichtigen die Besonderheiten der Kommunikation in Gebärdensprache nicht ausreichend: Fehlende räumliche Orientierungsmöglichkeit, mögliche dialektale Differenzen und schwieriges Erkennen der Gebärden am Bildschirm erschweren die Dolmetschungen. Besondere kommunikative Bedürfnisse gehörloser PatientInnen, deren Bildungsniveau gering ist, können von anwesenden DolmetscherInnen zwar besser berücksichtigt werden, aber auch hier stoßen die SprachmittlerInnen mitunter an ihre Grenzen. Der zusätzliche Einsatz von tauben DolmetscherInnen, die in einfacherer, bildhafterer Gebärdensprache Inhalte vermitteln, kann deshalb sinnvoll sein. Zusätzliche Kosten entstehen dabei zwar – zumindest nach dem Wiener Förderungssystem – nicht, die Schwierigkeit dürfte aber angesichts der allgemeinen DolmetscherInnen-Knappheit in der Organisation gleich zweier DolmetscherInnen bestehen.

Unwissen und Unsicherheit über das richtige Verhalten im Gesundheitswesen, das auch in Zusammenhang mit geringer Gesundheitskompetenz steht, könnten durch die Ausbildung von gehörlosen GesundheitslotsInnen vermindert werden. Nach dem Vorbild des Salzburger SALUS-Lehrgangs für MigrantInnen können so eine Peer-to-Peer-Vermittlung von gesundheitsrelevanten Inhalten und eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem sichergestellt werden. Voraussetzung für die Umsetzung eines solchen Lehrgangs müsste jedoch gute Planung und die Einbeziehung von erfahrenen gehörlosen und hörenden ExpertInnen sowie ÖGS-DolmetscherInnen sein. Die Finanzierung und die Verfügbarkeit von ausreichend ÖGS-kompetentem pädagogischem Personal könnten aber auch bei der Umsetzung dieser Maßnahme beträchtliche Hürden darstellen.

Einen der wichtigsten Pfeiler zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und damit zum Abbau von Barrieren stellt die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen in Österreichischer Gebärdensprache dar. Zwar gibt es vereinzelt bereits öffentliche Informationsvideos in Gebärdensprache, wie jene der Ministerien, der Gehörlosenvereine oder der Marien Apotheke in Wien, eine gezieltere Vermittlung solcher Inhalte ist aber unabdinglich. Um tatsächlich eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und eine verbesserte PatientInnensicherheit zu erreichen, muss unbedingt im allgemeinen Bildungssystem angesetzt werden. Dass gehörlose Kinder in Österreich nach wie vor hauptsächlich lautsprachlich unterrichtet werden und eine Vermittlung von Inhalten dadurch nur peripher passiert, stellt eine der größten Kommunikationsbarrieren dar, die Ursache einer Vielzahl weiterer Hürden ist. Eine Verbesserung der Grundausbildung gehörloser Kinder durch bilingualen Unterricht unter Einbeziehung der Österreichischen Gebärdensprache würde das allgemeine Bildungsniveau der gehörlosen Bevölkerung anheben und damit schon viele weitere soziale und vor allem Kommunikationsbarrieren abbauen. Zudem würden österreichische Gehörlose auch von den höheren Bildungs- und Berufschancen für Gesundheitsberufe profitieren: Je mehr gehörlose Menschen selbst im Gesundheitsbereich arbeiten, desto eher kann eine Verbesserung der kommunikativen Situation erreicht werden.

Die im Rahmen dieser Arbeit angewandte Methode der relativ offenen Interviewführung mit gehörlosen und hörenden ExpertInnen eignete sich, um einen guten Überblick über mögliche Maßnahmen zum Abbau von Barrieren zu erhalten und diese auch ausführlich zu diskutieren. Der breite Querschnitt an ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen ermöglichte eine umfassende Übersicht über Problembereiche und Lösungsansätze und konnte unterschiedliche Sichtweisen auf spezifische Maßnahmen wie etwa das Videodolmetschen einfangen. Eine Einschränkung hat besonders dieses Thema aber dadurch erfahren, dass gerade die persönliche Erfahrung der Projektverantwortlichen nicht miteinbezogen werden konnte, da die Verantwortliche für die Forscherin nicht erreichbar war. Zuletzt sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass die ExpertInnen alle aus Wien, Niederösterreich oder Oberösterreich stammten oder in diesen Bundesländern ihre Erfahrungen sammelten. Der Westen Österreichs, der aufgrund fehlender Gehörlosenambulanzen teilweise besonders unterversorgt ist, wurde damit kaum berücksichtigt. Nachfolgende Studien und Untersuchungen sollten daher besonders auch auf die Situation in den westlichen Bundesländern eingehen. Eine weitere Erforschung von Kommunikationsbarrieren für gehörlose Menschen im Gesundheitswesen sollte in jedem Fall eine umfassende, repräsentative Befragung

österreichischer Gehörloser anvisieren, um Kommunikationspräferenzen – wie Höcker es im Rahmen der Mainzer Gehörlosenstudie getan hat – abzufragen, tatsächliche Unterversorgung in Notfallsituationen aufzudecken und Maßnahmen, die zum Teil hier präsentiert wurden, auch praktisch bewerten zu lassen.

Nur langsam beginnen sich die Denkweise und der Umgang unserer Gesellschaft mit dem Thema Barrieren und Barrierefreiheit zu ändern. Die Möglichkeit durch barrierefreie Kommunikation vollinformierte, selbstbestimmte Entscheidungen – etwa in Bezug auf die eigene Gesundheit – zu treffen, ist allerdings ein wichtiges, grundlegendes Menschenrecht. Eines, das in Österreich im Jahr 2017 längst nicht mehr zur Diskussion stehen sollte. Maßnahmen, die barrierefreie Kommunikation im Gesundheitsbereich ermöglichen, etwa der effizientere Einsatz von ÖGS-DolmetscherInnen, Sensibilisierung der MedizinerInnen oder mehr Information und Aufklärung in Gebärdensprache sind dabei äußerst wichtig, um die Situation für viele gehörlose Österreicherinnen und Österreicher unmittelbar zu verbessern. Im Sinne der Selbstbestimmung muss eine langfristige und nachhaltige Änderung aber an der Wurzel ansetzen: Nur die Möglichkeit zur Bildung in Gebärdensprache kann Chancengleichheit in der schulischen und beruflichen Laufbahn herstellen. Hier wird der Grundstein für die weitere Entwicklung und natürlich auch für die so wichtige Kommunikationskompetenz gelegt. Damit soll noch einmal an das Gesundheitsziel 2 – „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“ – erinnert werden, in dem wörtlich festgelegt ist:

„Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist.“
(Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a: 12).

Der Weg zu gleichen Zugangsbedingungen für alle wird noch ein langer sein – umso wichtiger, dass diesen Worten auch im Sinne der österreichischen Gehörlosen möglichst bald Taten folgen.

I Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas/Sommerhalder, Kathrin (2015): Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 58, Nr. 9, 923–929.
- Ahamer, Vera (2013): Unsichtbare Spracharbeit. Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch „Community Interpreting“. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Ahrbeck, Bernd (1997): Gehörlosigkeit und Identität. Probleme der Identitätsbildung Gehörloser aus der Sicht soziologischer und psychoanalytischer Theorien. Hamburg: Signum Verlag.
- Altgeld, Thomas (2007): Warum weder Hänschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 2, Nr. 2, 90-97.
- Amoros, Thomas/Bonnefond, Hervé/Martinez, Cécile/Charles, Rodolphe (2014): A dedicated ambulatory system for the primary healthcare of the Deaf people. In: Santé Publique, Jg. 26, Nr. 2, 205-215.
- Babitsch, Birgit (2009): Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. akt. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, 283-299.
- Baraldi, Claudio/Luppi, Barbara (2015): Ways of overcoming linguistic barriers in healthcare intercultural communication. In: Language and Intercultural Communication, Jg.15, Nr. 4, 581-599.
- Barmherzige Brüder Konventhospital Linz (o.J. a): Gesundheitszentrum für Gehörlose und Menschen mit Hörbeeinträchtigung. URL: <https://www.barmherzige-brueder.at/unit/issn/gehoerlosigkeit> (Zugriff am 4.8.2017)
- Barmherzige Brüder Konventhospital Linz (o.J. b): Willkommen in der Lebenswelt. URL: <https://www.barmherzige-brueder.at/unit/issn/gehoerlosigkeit/lebenswelt> (Zugriff am 4.8.2017)

Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien (o.J.): Ambulanz für Gehörlose. Das Team der Ambulanz für Gehörlose. URL: https://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/medizinpflege/abteilungeninstitute/ambulanz_fuer_gehoerlose/ueber_uns/unser_team (Zugriff am 4.8.2017)

Barmherzige Brüder Krankenhaus Graz (o.J.): Gehörlosenambulanz. URL: <https://www.barmherzige-brueder.at/site/graz/medizinpflege/abteilungeninstitutema/gehoerlosenambulanz> (Zugriff am 4.8.2017)

Barnett, Steven/McKee, Michael/Smith, Scott R./Pearson, Thomas A. (2011): Deaf sign language users, health inequities, and public health: opportunity for social justice. In: Preventing Chronic Diseases, Jg. 8, Nr. 2. URL: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/10_0065.htm (Zugriff am 28.7.2017)

Bechmann, Sascha (2014): Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.

Berry, Dianne (2007): Health Communication. Theory and Practice. New York: Open University Press.

Bickelmayer, Lisa (2014): Der Status der Gehörlosen(kultur) in der Gesellschaft und seine Auswirkungen auf Handlungsbedarfe der Bildungspolitik. Ein erweiterter Blick durch interdisziplinäre Ansätze. In: Tertium Comparationis, Jg. 20, Nr. 2, 182-208.

Bonfadelli, Heinz (2014): Gesundheitskommunikation: Ein Forschungsfeld in Bewegung. In: Baumann, Eva/Hastall, Matthias R./Rossmann, Constanze/Sowka, Alexandra (Hrsg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag, 15-36.

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. vollst. überarb. und akt. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Brosch, Sibylle/Pirsig, Wolfgang (2003): Gehörlosigkeit im kulturgeschichtlichen Kontext, Teil 2. In: HNO, Jg. 51, Nr. 2, 113-117.

Brück, Patricia/Rode, Juliane/Hessmann, Jens/Meinicke, Britta/Unruh, Daniela/Bergmann, Anja (2014): Diagnosing Healthcare Assignments: A Year of

- Medical Interpreting for Deaf People in Austria and Germany. In: Nicodemus, Brenda/ Metzger, Melanie (Hrsg.): Investigations in Healthcare Interpreting. Washington: Gallaudet University Press, 128-184.
- Bührig, Kristin/Meyer, Bernd (2009): Gespräche zwischen Patienten und Ärzten – Ein- und mehrsprachige Anamnesen im Krankenhaus. In: Klusen, Norbert/Fließgarten, Anja/Nebing, Thomas (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos Verlag, 189-205.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Telemedizin. URL: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E_Health_Elga/Telemedizin/ (Zugriff am 30.6.2017)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017a): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. URL: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf (Zugriff 3.5.2017)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017b): Wenn's weh tut! 1450. Startschuss für die neue telefonische Gesundheitsberatung. Presstext zur Pressekonferenz vom 7.4.2017. URL: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/9/8/CH1427/CMS1491479987297/presstext_telefonische_gesundheitsberatung.pdf (Zugriff am 30.6.2017)
- Broszinsky-Schwabe, Edith (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Burger, Sandrine (2014): Vorbild Frankreich. In: visuell Plus, August/September 2014, 14-15, URL: http://www.sgb-fss.ch/wp-content/uploads/2014/08/sgb-fss_dossier_vp16.pdf (Zugriff am 29.7.2017)
- Burkert, Nathalie/Rásky, Éva/Freidl, Wolfgang (2012): Soziale Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten in Österreich. In: Wiener Klinische Wochenschrift - The Central European Journal of Medicine, Jg. 124, o.Nr., 256–261.
- Deutscher Gehörlosenbund (2017): Pressemitteilung 08/2017: Offizielle Bekanntgabe zum erstmaligen staatlichen barrierefreien Notruf rund um die Uhr von der Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries am 18.07.2017. Veröffentlicht am

20.7.2017. URL: <http://www.gehoerlosen-bund.de/sachthemen/notruf> (Zugriff am 3.8.2017)

De Ronzis, Catia (2014): Krankheit und Unfall: Wenn Kommunikation besonders heikel wird! In: visuell Plus, August/September 2014, 11-12, URL: http://www.sgb-fss.ch/wp-content/uploads/2014/08/sgb-fss_dossier_vp16.pdf (Zugriff am 29.7.2017)

Di Blasi, Zelda/Harkness, Elaine/Ernst, Edzard/Georgiou, Amanda/Kleijnen, Jos (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet, Jg. 357, Nr. 9528, 757-762.

Dotter, Franz (1995): Wer nicht ordentlich sprechen kann, muss dumm sein. Probleme Gehörloser – kommunikative und sprachliche Aspekte. In: Erwachsenenbildung in Österreich, Jg. 46, Nr. 2, 26-28. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/dotter-wer_nicht.html#idp5472896 (Zugriff am 1.4.2017)

Dotter, Franz (2012): Eine kurze Geschichte von Gebärdensprache und Gehörlosenbildung in Österreich. In: Ribičič, Živa/Polak Williams, Mojca/Trtnik Herlec, Andreja (Hrsg.): Gebärdenkommunikation mit Babys und Kleinkindern. Handbuch. Ljubljana/Leeds: Zavod za gluhe in naglušne & EuroVia, 67-68.

Edmond, Florence (2010): Are you listening? Access to health services for people who are deaf or hard of hearing in Scotland. Glasgow: Royal National Institute of the Deaf Scotland.

Eichenberg, Christiane (2011): Internet und E-Patienten: Potenzielle Auswirkungen auf die Autonomie der Patienten und die Behandler-Patient-Beziehung. In: Höfert, Hans-Wolfgang/Klotter, Christoph (Hrsg.): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe Verlag, 67-100.

Faltermaier, Toni (2016). Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Berlin: Springer Verlag, 229-241.

Fellinger, Johannes/Holzinger, Daniel/Schoberberger, Rudolf/Lenz, Gerhard (2005): Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen. Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. In: Der Nervenarzt, Jg. 76, Nr. 1, 43-51.

- Fellinger, Johannes/Kuenburg, Alexa (2011): World Federation of the Deaf (WFD) Health Resources Initiative. Steps forward to health care for Deaf people worldwide. URL: <https://wfdeaf.org/news/world-federation-of-the-deaf-wfd-health-resources-initiative/> (Zugriff am 17.2.2017)
- Fellinger, Johannes/Holzinger, Daniel (2014): Creating innovative clinical and service models for communication: Institut für Sinnes- und Sprachneurologie. In: Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Jg. 35, Nr. 2, 148-153.
- Fonds Soziales Wien (2011): Dolmetschleistung für soziale Rehabilitation für Gehörlose. URL: https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/Spezifische/anwendungsbereiche_behspez_dolmetschleistungen.pdf (Zugriff am 3.8.2017)
- Fonds Soziales Wien (2015): Spezifische Förderrichtlinie für behinderungsspezifische Dolmetschleistungen. URL: https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/Spezifische/Spez_FRL_Dolmetschleistungen.pdf (Zugriff am 5.8.2017)
- Fonds Soziales Wien (2017): Honorarsätze und Jahresfördersummen für behinderungsspezifische Dolmetschleistungen 2017. URL: https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/Spezifische/Honorarsaetze_u_Jahresfoerdersummen_behspez_Dolmetschleistungen.pdf (Zugriff am 3.8.2017)
- Frau & Arbeit (o.J.): Projekt zur Verbesserung der Chancengleichheit von MigrantInnen im Gesundheitssystem und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. URL: <http://www.frau-und-arbeit.at/index.php/schwerpunkte/salus-gesundheit> (Zugriff am 10.7.2017)
- Gallaudet University (o.J.): History of Gallaudet University. URL: <https://www.gallaudet.edu/about/history-and-traditions> (Zugriff am 21.7.2017)
- GESDO (Fachausbildung Gebärdensprachdolmetschen) (o.J.): Unsere Ausbildung. <http://www.gesdo.at/> (Zugriff am 10.2.2017)
- Gottschlich, Maximilian (1998): Sprachloses Leid: Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes. Wien: Springer Verlag.

- Gottschlich, Maximilian (2007): Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. 2. vollständig überarb. Auflage. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.
- Haderer, Petra (2011): Sprache und medizinische Qualität. Eine Analyse zu Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Wiener Spitalswesen. Masterthese im Fach Interkulturelle Studien an der Donau-Universität Krems.
- Harmer, Lisa (1999): Health Care Delivery and Deaf People: Practice, Problems, and Recommendations for Change. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Jg. 4, Nr. 2, 73-110.
- Harris, Martin (2005): A simple cure. In: Working with Older People, Jg. 9, Nr. 2, 37-39.
- Hartl, Jakob/Unger, Martin (2014): Abschätzung der Bedarfslage an ÖGS-DolmetscherInnen in Primär-, Sekundär- und Tertiärbildung sowie in Bereichen des täglichen Lebens. Projektbericht. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Hartung, Uwe/Schulz, Peter J. (2014): Trends und Perspektiven der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber/Hogrefe AG, 20-33.
- Heuttel, Kristen L./Rothstein, William G. (2001): HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. In: American Annals of the Deaf, Jg. 146, Nr. 3, 280-286.
- HLS-EU Consortium (European Health Literacy Project Consortium) (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. URL: https://docs.wixstatic.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf (Zugriff am 25.6.2017)
- Höcker, Johannes Till (2010): Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland. Entwicklung und Durchführung einer internetbasierten Umfrage mit Gebärdensprachvideos. Dissertation im Fachbereich Medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

- Höfert, Hans-Wolfgang (2008): Theoretische und pragmatische Grundlagen der Kommunikation. In: Höfert, Hans-Wolfgang/Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg/München/Landsberg/Berlin: Economica Verlag, 1-52.
- Holzinger, Daniel/Fellinger, Johannes/Strauß, Ulrike/Hunger, Barbara (2006): CHEERS – Chancen Hörgeschädigter auf eine erfolgreiche schulische Entwicklung. Linz: Institut für Sinnes- und Sprachneurologie/Gesundheitszentrum für Gehörlose, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.
- Holzinger, Daniel (2011): Sprachliche Fertigkeiten „Lautsprache / Schriftsprache“. In: Chancen für Kinder mit Hörbeeinträchtigungen. Präsentation der Studie zur Erhebung des Sprachstandes und der psychosozialen Entwicklung der SchülerInnen mit Hörbeeinträchtigung in Kärnten. Dokumentation der Fachtagung am 9. Juni 2011. Pädagogische Hochschule Kärnten/Viktor Frankl Hochschule, 11-17.
- Homann, Jürgen/Bruhn, Lars (2007): Disability Studies und Deaf Studies. Kohärenz, Interdependenz und Widersprüchlichkeiten zweier neuer Disziplinen. In: Das Zeichen, Jg. 21, Nr. 76, 288-295.
- Hornberg, Claudia/Pauli, Andrea/Wrede, Birgitta (2016): Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung. In: Hornberg, Claudia/ Pauli, Andrea/Wrede, Birgitta (Hrsg.): Medizin - Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS Verlag, 343-363.
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. überarb. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (2014): Gesundheitskommunikation. Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber/Hogrefe AG, 8-17.
- IGGH (Interessengemeinschaft Gehörlose und Hörbehinderte) (2016): 80% der hörbehinderten Patienten sind mit dem Arztgespräch nicht zufrieden. In: Rohrpost

- Gemeinsames Sprachrohr für Gehörlosen- und Hörbehinderten-Organisationen, Jg. 61, o.Nr., 7-10.

Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen (2017): Qualitätssicherung. URL: <http://www.sprachmittlung-im-gesundheitswesen.de/qualitaetssicherung/> (Zugriff am 8.7.2017)

Janßen, Udo (2010): „Tue Gutes und rede darüber“. Suche im Internet: Kommunikation – ein Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser? In: Koch, Christoph (Hrsg.): Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien, 127-143.

Jordan, Susanne/Töppich, Jürgen (2015): Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) - Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 58, Nr. 9, 921-922.

Kennedy, Stephan/Buchholz, Christine (1995): HIV and AIDS among the Deaf. In: Sexuality and Disability, Jg. 13, Nr. 2, 145-158.

Kickbusch, Ilona/Pelikan, Jürgen M./Apfel, Franklin/Tsouros, Agis D. (2013): Health Literacy. The Solid Facts. Kopenhagen: World Health Organization.

Kleinke, Sonja (2015): Internetforen: Laiendiskurs Gesundheit. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter Verlag, 405-422.

Kletečka-Pulker, Maria (2013): Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich (Hrsg.): Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich, 45-70.

Kletečka-Pulker, Maria/Pernkopf, Regina/Recheis, Cornelia/Norwood, Nicole (2015): Barrierefreie Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen in Österreich durch Videodolmetschen. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse. Wien: Österreichische Plattform Patientensicherheit.

- Koch, Christoph (2010): Der Untergang der Inseln. Medizin, Kommunikation, das Netz und der Zwang sich zu verhalten. In: Koch, Christoph (Hrsg.): Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien, 21-40.
- Kolip, Petra (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 51, Nr. 1, 28–35.
- Körtner, Ulrich (2013): Der marginalisierte Patient aus ethischer Sicht. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich (Hrsg.): Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich, 19-31.
- Krammer, Klaudia (2008): Einblicke in das Leben einer „Laut“-losen Minderheit: Gehörlose Frauen in Kärnten. In: Veröffentlichungen des Zentrums für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Universität Klagenfurt, Bd. 14, 3-101.
- Kramreiter, Silvia (2011): Integration von gehörlosen Kindern in der Grundschule mit Gebärdensprache und Lautsprache in Österreich. Dissertation im Fachbereich Philosophie an der Universität Wien.
- Kramreiter, Silvia (2015): INKLUSIV – BILINGUAL – MEHRSTUFIG: Das Wiener Schulmodell. In: Das Zeichen, Jg. 29, Nr. 99, 2-13.
- Krausneker, Verena (2004): Bilingualer Unterricht für gehörlose Volksschüler. In: SWS-Rundschau, Jg. 44, Nr. 3, 289-313.
- Krausneker, Verena/Schalber, Katharina (2007): Sprache Macht Wissen. Zur Situation gehörloser und hörbehinderter SchülerInnen, Studierender & ihrer LehrerInnen, sowie zur Österreichischen Gebärdensprache in Schule und Universität Wien. Abschlussbericht des Forschungsprojekts 2006/2007, Fassung 2. URL: http://www.univie.ac.at/sprachemachtwissen/files/SpracheMachtWissen_Nov.pdf (Zugriff am 5.6.2017)
- Krausneker, Verena/Audeoud, Mireille/Becker, Claudia/Tracsiová, Darina (2016): Wichtigste Aussagen von De-Sign Bilingual Strategische Partnerschaft Österreich – Schweiz – Deutschland – Slowakei, ERASMUS+ Laufzeit: 2014 – 2016. URL:

https://www.univie.ac.at/designbilingual/downloads/De-Sign_Bilingual_Gesamtaussagen.pdf (Zugriff am 2.8.2017)

- Kray, Ralph (2010): Achtung: Patientendämmerung online! Geleitwort. In: Koch, Christoph (Hrsg.): Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien, 5-18.
- Kreps, Gary/Thornton, Barbara (1992): Health Communication. Theory & Practice. Illinois: Waveland Press.
- Kreps, Gary/O'Hair, Dan/Clowers, Marsha (1994): The Influences of Human Communication on Health Outcomes. In: American Behavioral Scientist, Jg. 38, Nr. 2, 248-256.
- Krüger-Brand, Heike (2016): Arztgesprächen Online: Zum Doktor per Video-Chat. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Nr. 5, 166-169.
- Kuenburg, Alexa/Fellinger, Paul/Fellinger, Johannes (2016): Health Care Access Among Deaf People. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Jg. 21, Nr. 1. 1-10.
- Lane, Harlan (1994): Die Maske der Barmherzigkeit: Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft. Hamburg: Signum Verlag.
- Leonhardt, Annette (2010): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Link, Christiane (2014): Die Bildungsmisere gehörloser Menschen. In: Blog „Stufenlos“, Zeit Online, veröffentlicht am 3.12.2014, URL: <http://blog.zeit.de/stufenlos/2014/12/03/die-bildungsmisere-gehoerloser-menschen/> (Zugriff am 24.7.2017)
- Löwe, Bernd/Meyer, Björn (2010): Dimensionen der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Deter, Hans-Christian (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 19-34.
- Marien Apotheke Wien (2016): Kick-Off: Gesundheitscluster für Gehörlose in Mariahilf. URL: <http://www.marienapo.eu/gehoerlos/news/2016/kick-off-gesundheitscluster-fuer-gehoerlose-in-mariahilf/> (Zugriff am 5.8.2017)

- Marien Apotheke Wien (2017a): Gehörlose Mitarbeiter der Marien Apotheke. URL: <http://www.marienapo.eu/gehoerlos/gehoerlose-mitarbeiter/> (Zugriff am 4.8.2017)
- Marien Apotheke Wien (2017b): Videos: Gesundheitsinfos in Gebärdensprache. URL: <http://www.marienapo.eu/gehoerlos/gesundheitsinfos-in-oegs/> (Zugriff am 5.8.2017)
- Marien Apotheke Wien (2017c): Wiener Gehörlose im Gesundheitssystem: Eine Bedarfserhebung. URL: <http://www.marienapo.eu/gehoerlos/news/2017/wiener-gehoerlose-im-gesundheitssystem-eine-bedarfserhebung> (Zugriff am 18.9.2017)
- Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities. In: The Lancet, Jg. 365, Nr. 9464, 1099-1104.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Menz, Florian (2013): Wieviel Kommunikation braucht die Medizin? Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich (Hrsg.): Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich, 3-17.
- Menz, Florian/Reisigl, Martin/Sator, Marlene (2013): Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz, Florian (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V&R unipress, 17-32.
- Menz, Florian (2015): Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter Verlag, 75-92.
- Merten, Klaus (1977): Kommunikation. Eine Begriffs- und Prozessanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz,

- Detlef/Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-471.
- Mielck, Andreas (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Die internationale Perspektive. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 51, Nr. 3, 345–352.
- Mielck, Andreas (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler, Elmar/Kiess, Johannes/Schubert, Charlotte/Kiess, Wieland (Hrsg.): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 129-145.
- Muller, Marie/Jooste, Karien/Bezuidenhout, Marthie (2006): Healthcare Service Management. Kapstadt: Juta.
- Müller-Deile, Joachim (2004): Versorgung mit Cochlear Implantaten. In: Sprache – Stimme – Gehör, Jg. 28, Nr. 4, 157-170.
- Nielsen-Bohlman, Lynn (2004): What is Health Literacy? In: Nielsen-Bohlman, Lynn/Panzer, Allison M./Kindig, David A. (Hrsg.): Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Washington D.C.: National Academies Press, 31-58.
- Noack, Winfried (2014): Inklusion und Exklusion in der funktional differenzierten und globalisierten Gesellschaft. Berlin: Frank & Timme Verlag.
- Nutbeam, Don (2008): The evolving concept of health literacy. In: Social Science & Medicine, Jg. 67, Nr. 12, 2072–2078.
- Offenesparlament.at (2010): Schriftliche Anfrage betreffend Kommunikationsdefizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit. Gestellt von Mag. Helene Jarmer, Grünewald, Freundinnen und Freunde am 29.9.2010. URL: https://offenesparlament.at/gesetze/XXIV/J_06485/ (Zugriff am 15.2.2017)
- OÖGKK (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse) (2015): Kur- und Erholungsaufenthalte speziell für gehörlose und hörbeeinträchtigte Menschen. URL: <https://www.ooegkk.at/portal27/ooegkkportal/content?contentid=10007.705805&viewmode=content> (Zugriff am 4.8.2017)

- ÖQMed (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin) (o.J.): Barrierefreie Ordinationen. Suchkriterien. URL: <http://www.arztbarrierefrei.at/search.xml> (Zugriff am 22.3.2017)
- ÖAR (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2013): Bericht zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Österreich anlässlich des 1. Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Download unter: <http://www.behindertenrat.at/ihr-recht/un-behindertenrechtskonvention/zivilgesellschaftsbericht> (Zugriff am 3.8.2017)
- ÖGLB (Österreichischer Gehörlosenbund) (o.J. a): Über Uns. URL: <http://www.oeglb.at/ueber-uns/>. Abgerufen am 15.1.2017
- ÖGLB (Österreichischer Gehörlosenbund) (o.J. b): Gebärdensprache. URL: <http://www.oeglb.at/gebaerdensprache/> (Zugriff am 7.3.2017)
- ÖGLB (Österreichischer Gehörlosenbund) (o.J. c): FAQ 3 – barrierefreie Schule. URL: <http://www.oeglb.at/gebaerdensprache/faq-3-barrierefreie-schule/> (Zugriff am 27.7.2017)
- ÖGLB (Österreichischer Gehörlosenbund) (o.J. d): FAQ 2 – sprachliche Barrierefreiheit. URL: <http://www.oeglb.at/gebaerdensprache/faq-2-sprachliche-barrierefreiheit/> (Zugriff am 28.7.2017)
- ÖGLB (Österreichischer Gehörlosenbund) (2017): Übergabe der Bürgerinitiative „Chancengleichheit gehörloser Menschen im österreichischen Bildungssystem“. URL: <http://www.oeglb.at/aktuelles/news/news/beitrag/uebergabe-der-buergerinitiative-chancengleichheit-gehoerloser-menschen-im-oesterreichischen-bildu/> (Zugriff am 27.7.2017)
- ÖGSDV (Österreichischer Gebärdensprach-DolmetscherInnen und -ÜbersetzerInnen-Verband) (o.J.): Gehörlosigkeit & Gebärdensprache. <http://www.oegsdv.at/gehoerlosigkeit-gebaerdensprache/> (Zugriff am 19.3.2017)
- ÖSB (Österreichischer Schwerhörigenbund) (2009): Einstufung – Grad der Schwerhörigkeit. URL: <http://www.oesbdachverband.at/schwerhoerigkeit/einstufung/> (Zugriff am 31.3.2017)

- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2017): Hintergrund & Zielsetzung.
URL: <https://oepgk.at/die-oepgk/hintergrund-zielsetzung/> (Zugriff am 1.7.2017)
- Ots, Thomas (1994): Arzt-Patienten-Kommunikation und Krankheitsbegriff – Transkulturelle Erfahrungen. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hrsg.). Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 30-42.
- Payne, Sarah (2014): Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. In: Journal of International and Comparative Social Policy, Jg. 30, Nr. 1, 28-40.
- Pöchhacker, Franz (2013): Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich (2013): Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich, 103-117.
- Pöllabauer, Sonja (2002): Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: Kurz, Ingrid/Moisl, Angela (Hrsg.): Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium. Wien: Facultas, 196-204.
- Prillwitz, Siegmund (1990): Der lange Weg zur Zweisprachigkeit Gehörloser im deutschen Sprachraum. In: Prillwitz, Siegmund/Vollhaber, Tomas (Hrsg.): Gebärdensprache in Forschung und Praxis. Tagungsbericht vom Internationalen Kongreß zur Gebärdensprachforschung und -praxis, Hamburg '90. Hamburg: Signum Verlag, 19-32.
- Prillwitz, Siegmund (1999): Deutsche Gebärdensprache: Was? Wie? Warum? Wozu?
URL: <https://www.kestner.de/n/verschiedenes/presse/1999/sprillwi.htm> (Zugriff am 20.7.2017)
- Rademacher, Lars/Remus, Nadine (2010): Kommunikationsmanagement im Gesundheitswesen: Zur Notwendigkeit differenzierter Kommunikationsstrukturen und -routinen im Web 2.0 Zeitalter. In: Koch, Christoph (Hrsg.): Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien, 41-61.
- Riebenbauer, Anna/Schenk, Martin (2017): Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und

- sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Ausgabe April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Riedler, Katharina (2016): Entwicklungen im Bereich der Telemedizin: Beispiele aus Europa. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, o.Jg., Nr. 3, 27-34.
- Robinson, Mark (2002): Communication and health in a multi-ethnic society. Bristol: Policy Press.
- Rossmann, Constanze (2010): Gesundheitskommunikation im Internet. In: Schweiger, Wolfgang/Beck, Klaus (Hrsg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: VS Verlag/Springer Fachmedien, 338-363.
- RNID (Royal National Institute of the Deaf) (2004): A Simple Cure: a national report into deaf and hard of hearing people's experience of the National Health Service. URL:
<https://www.actiononhearingloss.org.uk/~media/Documents/Policy%20research%20and%20influencing/Research/Previous%20research%20reports/2006/A%20simple%20cure.ashx> (Zugriff am 27.7.2017)
- Salzburger Landeskliniken – Uniklinikum Salzburg (2015): Gehörlosenambulanz – Landeskrankenhaus Salzburg. URL: <http://www.salk.at/4408.html> (Zugriff am 4.8.2017)
- Sator, Marlene/Menz, Florian/Nowak, Peter (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich.
- Sator, Marlene/Gülich, Elisabeth (2013): Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. In: Menz, Florian (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V&R unipress, 147-310.
- Schäffner, Lothar (2012): Das Patientengespräch. Wege zur besseren Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Münster: Waxmann Verlag.

- Schalber, Katharina/Krausneker, Verena (2008): „Auf Gebärdensprache angewiesen“:
Der Status der Österreichischen Gebärdensprache (ÖGS) als Bildungssprache
an Schulen und an der Universität Wien. In: Das Zeichen, Jg. 22, Nr. 78, 18-33.
- Schmid, Jessica (2016): Exkurs: Telemedizin – Chance für eine bessere Behandlung?
In: Andelfinger, Volker/Hänisch, Till (Hrsg.): eHealth. Wie Smartphones, Apps
und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. Wiesbaden:
Springer Gabler Verlag.
- Schmidt-Glenewinkel, Annika (2013): Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-
Interaktion. Berlin: Frank & Timme Verlag.
- Schnabel, Peter/Bödeker, Malte (2012): Gesundheitskommunikation. Mehr als das
Reden über Krankheit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Schnabel, Peter (2009): Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und
Chancen. In: Roski, Reinhold (Hrsg.): Zielgruppengerechte
Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation –
Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33-58.
- Schubert, Klaus (2016): Barriereabbau durch optimierte Kommunikationsmittel: Versuch
einer Systematisierung. In: Mälzer, Nathalie (Hrsg.): Barrierefreie Kommunikation
– Perspektiven aus Theorie und Praxis. Berlin: Frank & Timme Verlag, 15-33.
- Schwei, Rebecca J./Del Pozo, Sam/Agger-Gupta, Niels/Alvarado-Little, Wilma/Bagchi,
Ann/Hm Chen, Alice/Diamond, Lisa/Gany, Francesca/Wong, Doreena/Jacobs,
Elizabeth A. (2016): Changes in research on language barriers in health care
since 2003: A cross-sectional review study. In: International Journal of Nursing
Studies, Jg. 54, o.Nr., 36–44.
- Selden, Catherine/Zorn, Marcia/Ratzan, Scott C./Parker, Ruth M. (2000): Current
Bibliographies in Medicine 2000–1: Health Literacy. U.S. Department of Health
and Human Services. URL:
<https://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.html> (Zugriff am
1.7. 2017)
- ServiceCenter ÖGS.barrierefrei (2014): Das ServiceCenter ÖGS.barrierefrei.
Nachhaltige Chancengleichheit durch innovative Lösungen. URL:
[http://www.oegsbarrierefrei.at/fileadmin/pressefotos/Das_ServiceCenter_OEGS.
barrierefrei.pdf](http://www.oegsbarrierefrei.at/fileadmin/pressefotos/Das_ServiceCenter_OEGS_barrierefrei.pdf) (Zugriff am 27.7.2017)

SignHealth (2014): Sick of it: A Report into the Health of Deaf People in the UK. Download unter <http://www.signhealth.org.uk/sick-of-it-report-professionals/> (Zugriff am 25.7.2017)

Signtime.tv (o.J.): SiMAX – Avatar für Gebärdensprache. URL: <http://www.signtime.tv/simax/> (Zugriff am 27.7.2017)

Sørensen, Kristine/Van der Broucke, Stephan/Fullam, James/Doyle, Gerardine/Pelikan, Jürgen/Slonska, Zofia/Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, Jg. 12, Nr. 80. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (Zugriff am 1.7.2017)

Staber, Eva (2005): Gehörlosigkeit und Gebärdensprache in der Öffentlichkeit. Analyse und Konzeption von Öffentlichkeitsarbeit am Beispiel des Zentrums für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation an der Universität Klagenfurt. In: Veröffentlichungen des Zentrums für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Universität Klagenfurt, Band 7, 1-87.

Statistik Austria (2017a): Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (Zugriff am 7.7.2017)

Statistik Austria (2017b): Demographie. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/demographie/index.html (Zugriff am 10.7.2017)

Steinberg, Annie G./Wiggins, Erin A./Barmada, Carlin Henry/Sullivan, Vicky Joy (2004): Deaf Women: Experiences and Perceptions of Healthcare System Access. In: Journal of Women's Health, Jg. 11, Nr. 8, 729-741.

Steixner, Paul (2009): Taubstumm oder gehörlos? Zur sozialen Situation Gehörloser zwischen Diskriminierung, Integration und Anerkennung der Gehörlosenkultur. In: Veröffentlichungen des Zentrums für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation, Band 16, 3-113.

Stephan, Katharina/Pinilla, Severin (2014): Gehörlose Patienten in der Notfallmedizin. In: Notfall + Rettungsmedizin, Jg. 17, Nr. 5, 449–462.

- Stier, Winfried (1999): Empirische Forschungsmethoden. 2. verb. Auflage. Springer Verlag, Berlin.
- Taubenschlag (2012): Gehörloser Arzt am TSBW. Veröffentlicht am 23.1.2012, URL: <http://archiv.taubenschlag.de/meldung/7106> (Zugriff am 7.8.2017)
- Thiele, Clemens (o.J.): Rechtsfragen der medizinischen Online-Beratung. URL: <http://www.eurolawyer.at/pdf/online-medic.pdf> (Zugriff am 1.7.2017)
- Tonar, Lydia (2007): Zeichen gehören gesetzt! Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich für gehörlose und schwerhörnde Menschen. Projekt „Diskriminierungserfahrungen“ von gehörlosen und schwerhörenden Menschen im Bereich Gesundheit & Soziales. Wien: Equalizent Schulungs- und Beratungs-GmbH.
- Trummer, Ursula F./Müller, Ulrich O./Nowak, Peter/Stidl, Thomas/Pelikan, Jürgen (2006): Does physician–patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. In: Patient Education and Counseling, Jg. 61, o.Nr., 299–306.
- Uhlig, Anne (2012): Ethnographie der Gehörlosen. Kultur – Kommunikation – Gemeinschaft. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Universität Innsbruck (2017): Community Interpreting. Professionalisierung von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern im sozialen, medizinischen, psychotherapeutischen und kommunalen Bereich. URL: <https://www.uibk.ac.at/weiterbildung/universitaetskurse/community-interpreting/> (Zugriff am 8.7.2017)
- Vogel, Helmut (2002): Kultur und Soziologie der Gehörlosen: Die umgebende Kultur und die Gehörlosenkultur. URL: <https://www.kugg.de/alt/kultur/glkultur.htm> (Zugriff am 15.7.2017)
- Voit, Helga (2000): Zur Geschichte der Gebärdensprachbewegung. In: Deutsche Gebärdensprache in Schulen für Hörgeschädigte. Fortbildungssequenz der Akademie für Lehrerfortbildung und Personalführung Dillingen in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Bayerischer Hörgeschädigtenpädagogen BBH e. V., Akademiebericht 350, 13-26.

- Wallner, Felix (2016): Rechtspolitische Vorschläge zur Absicherung telemedizinischer Leistungen. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, o.Jg., Nr. 3, 27-34.
- Weichbold, Viktor/Nekham-Heis, Doris/Welzl-Müller, Kunigunde (2005): Zehn Jahre Neugeborenen-Hörscreening in Österreich. Eine Evaluierung. In: Wiener Klinische Wochenschrift, Jg. 117, Nr. 18, 641–646.
- Weijts, Wies (1994): Responsible Health Communication. Taking Control of Our Lives. In: American Behavioral Scientist, Jg. 38, Nr. 2, 257-270.
- Weik, Irina (2016): 1450: Die neue Gesundheitsnummer für Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, o.Jg., Nr. 3, 9-26.
- Weishaupt, Johann (2011): Vorstellung der Studie. In: Chancen für Kinder mit Hörbeeinträchtigungen. Präsentation der Studie zur Erhebung des Sprachstandes und der psychosozialen Entwicklung der SchülerInnen mit Hörbeeinträchtigung in Kärnten. Dokumentation der Fachtagung am 9. Juni 2011. Pädagogische Hochschule Kärnten/Viktor Frankl Hochschule, 10-11.
- WHO (World Health Organization) (2017): eHealth. URL: <http://www.who.int/ehealth/en/> (Zugriff am 30.6.2017)
- WHO (World Health Organization) (o.J.): Constitution of the World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Zugriff am 25.6.2017)
- Wiener Linien (2015): Auszeichnung für multisensuellen Infopoint der Wiener Linien. Veröffentlicht am 29.1.2015. URL: <https://www.wienerlinien.at/eportal3/ep/contentView.do?pageTypeld=66526&channelId=-47186&programId=74577&contentId=76919&contentTypeld=1001> (Zugriff am 28.7.2017)
- Woloshin, Steven/Schwartz, Lisa M./Katz, Steven J./Welch, Gilbert H. (1997): Is Language a Barrier to the Use of Preventive Services? In: Journal of General Internal Medicine, Jg. 12, Nr. 8, 472-477.
- Worldwide Independent Network of Market Research (2011): Doctor - Patient Global Communication Performance. Insights from the Worldwide Independent Network (WIN™) of Market Research.

Zahnert, Thomas (2011): Differenzialdiagnose der Schwerhörigkeit. In: Deutsches
Ärzteblatt, Jg. 108, Nr. 25, 433-444.

II Anhang

Kurzfassung

In Österreich leben etwa 8.000 bis 10.000 gehörlose Menschen, die in der Österreichischen Gebärdensprache (ÖGS) kommunizieren. Ein Mangel an qualifizierten ÖGS-DolmetscherInnen, oft geringe Schreib- und Lesekompetenz und wenig öffentliche Informationen in Gebärdensprache stellen für sie Hürden in der Kommunikation dar. Besonders im Gesundheitsbereich wirken sich diese gravierend aus und führen im schlimmsten Fall zu einer Unterversorgung der PatientInnengruppe. Obwohl in Österreich vier Gehörlosenambulanzen als barrierefreie Anlaufstellen für Gehörlose zur Verfügung stehen, bestehen andernorts noch immer Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitswesen.

Um einen besseren Einblick in den Status Quo zu erhalten und Maßnahmen bewerten zu können, wurden neun gehörlose und hörende ExpertInnen im Rahmen von qualitativen Leitfadeninterviews befragt. Aufgrund des DolmetscherInnenmangels und der geringen Anzahl an ÖGS-kompetenten MedizinerInnen kommt es demnach vor allem bei Arzt-Patienten-Interaktionen immer wieder zu herausfordernden Situationen. Weitere Problembereiche stellen die sichere Kommunikation in Notfällen und der Gehörlosen-Notruf sowie die Versorgung gehörloser SeniorInnen, die häufig von Isolation bedroht sind, dar. Der Ausbau der Gehörlosenambulanzen und Kommunikationstrainings für MedizinerInnen, die die Besonderheiten im Umgang mit kommunikationsbeeinträchtigten PatientInnen und DolmetscherInnen berücksichtigen, stellen daher wichtige Forderungen dar. Ein DolmetscherInnen-Bereitschaftsdienst und eine Notruf-App, die sich bereits in Entwicklung befindet, können zudem zur Verbesserung der Notfallversorgung beitragen.

Gleichzeitig sollten mehr Gesundheitsinformationen in Gebärdensprache sowie die Bereitstellung von visuell gut aufbereitetem Material in einfacher Sprache zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der gehörlosen Bevölkerung eingesetzt werden. Eine der wichtigsten Maßnahmen bleibt jedoch der Einsatz von Gebärdensprache in der Grundausbildung: Nur so kann die Situation für gehörlose Menschen in Österreich auch nachhaltig verbessert werden.

Abstract

Approximately 8.000 to 10.000 deaf people, who communicate in Austrian Sign Language, live in Austria. They encounter communication barriers due to a shortage of qualified sign language interpreters, inferior writing and reading skills and lack of public information in sign language. These communication problems can especially affect the delivery of health care services as severe misunderstandings or inadequate health care provision could occur. Although four special health care centres for deaf people have been established in Austria, deaf people still encounter some barriers to health care access.

In order to evaluate the status quo and identify possible measures to reduce barriers, nine deaf and hearing experts have been interviewed. As a result of the shortage of sign language interpreters and a lack of physicians who are proficient in sign language, many communication problems arise in physician-patient-interactions. In addition, secure communication in cases of emergency and barrier-free care for elderly deaf people should be addressed. In order to overcome these barriers the expansion of special health care centres is called along with special communication trainings for physicians. These trainings should teach knowledge about how to handle deaf patients or patients with communication impairments as well as situations involving interpreters. In order to properly encounter communication problems in emergency situations, an on-call service for interpreters could be established. An emergency app will be released in the next two years.

Health literacy of the Austrian deaf population can be strengthened by providing more information in sign language and by developing visually appealing information material that uses plain language. Over all, one of the most important measures to reduce barriers for deaf people is to guarantee access to proper education by using sign language as teaching language.

Interviewleitfaden

Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs, Vorstellung des Forschungsgebiets

Einstiegsfragen

Bitte erzählen Sie zunächst von Ihrer beruflichen Tätigkeit und auch welche Erfahrung Sie mit gehörlosen Menschen besonders im Gesundheitsbereich haben.

Probleme und Kommunikationsbarrieren für Gehörlose im Gesundheitsbereich

In der UN-Behindertenrechtskonvention und in den österreichischen Gesundheitsrahmenzielen ist festgelegt, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen barrierefrei sein muss. Wie barrierefrei ist das österreichische Gesundheitssystem für gehörlose Menschen Ihrer Meinung nach?

Welche Probleme erleben Gehörlose bei Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten oder auch in Apotheken?

In Österreich gibt es bereits vier Gehörlosenambulanzen. Gibt es dennoch Verbesserungsbedarf in der Versorgung gehörloser PatientInnen? Wenn ja, in welchen konkreten Bereichen?

Kennen Sie ÄrztInnen mit ÖGS-Kenntnissen, abgesehen von den MedizinerInnen in den Gehörlosenambulanzen?

Welche barrierefreien Angebote für Gehörlose im Gesundheitsbereich kennen Sie abgesehen von den Gehörlosenambulanzen?

In Österreich kommen laut einer IHS-Studie nur knapp über 100 ÖGS-Dolmetscherinnen auf 8.000-10.000 Gehörlose. Im Gesundheitsbereich wurde deshalb schon ein Pilotprojekt mit einem Videodolmetsch-System durchgeführt, das eine kurzfristige Verfügbarkeit von DolmetscherInnen ermöglichen soll. Kennen Sie dieses Projekt und falls ja, halten Sie Video-Dolmetschdienste für eine geeignete Lösung um dem Dolmetschermangel zu begegnen? Warum?

Optional: Kennen Sie den SMS- und Fax-Notruf für Gehörlose? Wie bewerten Sie diesen?

Optional: Wie beurteilen Sie die Gesundheitskompetenz der gehörlosen Bevölkerung? Also zum Beispiel das Wissen über adäquate Gesundheitsvorsorge, Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit, die Kenntnis bestimmter Gesundheitsdienstleistungen?

Optional: Gäbe es andere Lösungen, um ÖGS-DolmetscherInnen effizienter einzusetzen/anders zu organisieren?

Optional: Im Rahmen einer Gehörlosenstudie, die 2010 in Mainz durchgeführt wurde (n=800, 1% gl Bevölkerung D), kam heraus, dass nur 41% einen Dolmetscher zum Arzt mitnehmen. Zum Teil kann dies auch an Unwissenheit gelegen haben, denn 85% der Gehörlosen ohne Dolmetscherfahrung waren über die Kostenerstattung nicht informiert. In einer Befragung von ca 100 Gehörlosen durch die Marien Apotheke in Österreich wurde ebenso festgestellt, dass über 65% der Befragten alleine zum Arzt gehen (ohne hörende Bekannte/Familie oder Dolmetscher). Könnte auch hier Unwissen über die Kostenübernahme der Grund sein? Welche weiteren Gründe sind denkbar?

Folgen der Kommunikationsbarrieren

Optional: Im Rahmen der Mainzer Gehörlosenstudie gaben mehr als 43% der Gehörlosen an, dass sie schon einmal das Gefühl hatten, dass auf Grund der Kommunikationsbarriere eine falsche Diagnose gestellt wurde. Denken Sie, dass dies in Österreich ebenso der Fall ist?

Alternative Kommunikation

Auch ohne Dolmetscher sollte bei Arztbesuchen, in Notfällen und im Krankenhaus sichere Kommunikation mit gehörlosen Menschen gewährleistet sein. Auf welche Art/mithilfe welcher Kommunikationsform wäre dies in der Praxis möglich?

Wäre es denkbar, in der Kommunikation mit gehörlosen Menschen auch Infomaterial in einfacher Sprache oder Bildmaterial einzusetzen?

Best Practice Beispiele

In Salzburg wurden im Rahmen eines Integrationsprojekts Gesundheitslotsen ausgebildet, die MigrantInnen an das Gesundheitssystem heranführen und die Gesundheitskompetenz stärken sollen. Wäre es auch denkbar, dieses System mit gehörlosen Menschen anzuwenden und einzelne, speziell ausgebildete Gehörlose als Gesundheitslotsen einzusetzen?

Welche Beispiele für eine barrierefreie Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen aus anderen Ländern oder aus anderen Bereichen kennen Sie?

Beispiel-Transkripte der ExpertInnen-Interviews

Interview B01, 19.5.2017

I: Liebe XXXX, du bist Gebärdensprachdolmetscherin, hauptsächlich im Raum Wien. Erzähl mir am Anfang einfach mal, was genau ist deine Tätigkeit und vor allem welche Erfahrung hast du speziell im Gesundheitsbereich schon?

B01: Also ich habe diesen Beruf unter anderem auch deshalb gewählt, weil er so vielfältig ist, ... das bedeutet, ich dolmetsche von der Parlamentsplenarsitzung bis zur Geburt im Spital oder zuhause alles Mögliche, was dazwischen liegt. Ich bin sehr viel im Bildungsbereich tätig, ich liebe Bildungssettings, weil da lerne ich auch immer etwas dazu. Mal abgesehen davon, dass man in jeder Dolmetschsituation etwas dazu lernt, aber im Bildungssetting ist es natürlich noch spannender... besonders gern auf der Uni! Das heißt, ich habe in der Vergangenheit, also in den letzten Jahren, sehr viel auf der Uni gearbeitet, habe in den verschiedensten Bereichen gearbeitet... Molekularbiologie, äh... Wirtschaftsinformatik, Geschichte, Literaturwissenschaft, Psychologie, Linguistik... was weiß ich, ja quer durch den Gemüsegarten... halt alles, was die Gehörlosen studieren und ich habe mich darum bemüht, möglichst alle Bereiche zu dolmetschen... Es gibt auch... ich habe auch ein paar Vorlesungen auf der Sozialen Arbeit gemacht, aber das ist nicht so spannend für mich, weil nicht so viel Neues dabei ist... Ähm... Aber ich arbeite auch in Berufsschulen, ich arbeite auch... nicht sehr viel, aber doch... ich arbeite auch in Weiterbildungsseminaren, an irgendwelchen Arbeitsplätzen von C&C-Fräsen bis zum Teambuildingseminar in irgendwelchen Firmen... Habe auch schon etliche WIFI-Kurse gemacht, also... Nagel- und Fußpflege habe ich schon gedolmetscht, aber auch Netzwerktechnik, SAP-Kurse und der Kuckuck weiß was... Das heißt, für mich ist das spannend. Ich habe aber auch sehr viele Privat-Termine, also Stammkunden, mit denen ich also sozusagen ihr ganzes Leben begleite, also vom Termin in der Schule, Elternsprechtag, bis zum Arztbesuch und, wie eben schon erwähnt, auch die Geburt ihrer Kinder. Das heißt, ich arbeite eigentlich relativ viel im medizinischen Setting... Äh... Das hat sich halt dadurch ergeben, dass ich der Ansicht bin, man kann sich nicht nur die Veranstaltungen aussuchen, die politische Bühne und was weiß ich, wo man gut verdient, sondern ich habe als Dolmetscher auch die Verpflichtung, die nicht so erträglichen und manchmal auch sehr unangenehmen Termine zu dolmetschen, wie zum Beispiel die Arzttermine. Das heißt, ich habe einige Stammkunden, die praktisch jeden Termin bei mir buchen, den sie brauchen und wenn sie keine... wenn ich keine Zeit habe, dann wenn sie wollen, dann passen sie sich an mich an. Das ist natürlich keine optimale Dienstleistersituation, aber ist der Situation geschuldet, dass wir einfach zu wenig Dolmetscher in Wien haben und Spontantermine halt sehr schwer zu besetzen sind, wenn sie kurzfristig auftauchen, was natürlich beim Arztbesuch passieren kann. Heute ist man krank, morgen muss man zum Arzt und nicht in 4 Wochen! Ja.... Also das heißt, ich habe sowohl Termine in den Ambulanzen der Spitäler als auch in den Stationen der Spitäler als auch bei Fach- und praktischen Ärzten schon gedolmetscht und mache das relativ viel. Also ich habe 2012 mit Kolleginnen eine Studie gemacht und zwar waren das Kolleginnen meiner Europäischen Gebärdensprachdolmetscher-Ausbildung... Ich habe da an einem EU-Projekt, an einem Masterstudium teilgenommen, das äh... aus deutschen, finnischen, ähm... und englischen, also großbritannischen, britischen Studentinnen bestand und wurde in diesen drei Ländern auch abgewickelt und im Rahmen dieser war ich in der deutschen Gruppe dabei äh... und habe als erste Österreicherin diese Ausbildung gemacht. Derzeit ist eine zweite Studentin aus Österreich beim dritten Durchgang dabei und die ist aber eine gehörlose Studentin. Ähm... Mit dieser Gruppe der deutschen Kolleginnen haben wir ein Forschungsprojekt gemacht auf Anregung unseres... also des Leiters der deutschen ... also an der deutschen Uni, Jens Heßmann, hat eben eine Anfrage bekommen, ob er an einem Buch mitschreiben will und er hat uns vorgeschlagen, dass wir gemeinsam eine Studie machen und die in diesem Buch veröffentlichen, da geht's um Health Care Interpreting. Und... ähm... Und um dieses... um diesen Artikel schreiben zu können, haben wir natürlich die Studie durchgeführt. Da ging's um 142 Termine im Gesundheitsbereich 2012 von fünf Gebärdensprachdolmetschern, davon vier deutsche und ich. Und ich habe zu diesem Pool an Daten 47 Datensätze beigetragen, also einen Großteil, weil ich eben relativ viele Termine mache. Und seit Jahresbeginn habe ich jetzt schon 25 gemacht und wir sind jetzt Mitte Mai, nicht... Und davon war ich aber drei Wochen nicht da! Also... es ist da ein großer Bedarf und ich sehe das auch eben als eine... eine wirklich sinnvolle Tätigkeit, den Menschen zu mehr Gesundheit zu verhelfen.

I: Genau das ist zum Beispiel in den Gesundheitszielen festgelegt ja auch, in den österreichischen... Es soll ja ein chancengleicher Zugang zum Gesundheitssystem für alle Österreicher bestehen. Du hast ja jetzt

einige Erfahrung mit dem Zugang zum Gesundheitssystem für Gehörlose, wie barrierefrei ist der jetzt wirklich, deiner Meinung nach?

B01: Naja ich würde sagen, das hängt von der Institution ab, die man besucht, hängt von dem speziellen Arzt ab, den man da konsultiert... Ich meine, in der Studie ist eigentlich heraus gekommen, dass die Ärzte eigentlich erstaunlich aufgeschlossen sind, in Österreich und in Deutschland, also gar nicht so schlechte Erfahrungen, wir haben da kaum negative Beispiele gehabt...

I: Aha...

B01: Ich habe selber in all den Jahren, die ich im Gesundheitsbereich arbeite, nur zwei oder drei Ärzte getroffen, die wirklich ungut waren, also die Gehörlose nicht gleichberechtigt behandelt haben... Da war zum Beispiel ein Arzt dabei, der sogar ein Gutachter des Sozialministerium Service war bei einer Begutachtung... das fand ich also sehr kritisch, weil der hat also Gehörlose eindeutig nicht auf Augenhöhe behandelt. Aber ich kann sagen 90% oder 95% der Ärzte gehen eigentlich sehr offen damit um... Ein paar Mal ist mir passiert, dass die Ärzte gesagt haben: „Na, neben mich können Sie sich nicht setzen.“ Weil die optimale Kommunikationssituation ist ja Arzt, daneben Dolmetscher und vis-à-vis der Gehörlose, damit die Kommunikation am Optimalsten passiert, das haben einige Ärzte, unter anderem eine Psychologin, abgelehnt, weil sie das unangenehm empfindet... Ich soll mich doch bitte da vorne hinsetzen... Nur das Problem ist, ich sage dann: „Aber Sie wissen schon, dass das bedeutet, dass Sie mit dem Gehörlosen nicht direkt kommunizieren, weil er kann sie nicht anschauen, er muss ... er kann sie nicht anschauen.“ – „Ja, das ist nicht so wichtig!“... Also das ist natürlich auch eine Einstellung von eher älteren Ärzten, muss man auch sagen. Aber auch... Ich arbeite ja auch in der Apotheke... Marien Apotheke als Dolmetscherin für den gehörlosen Pharmazeuten und dort habe ich eigentlich auch das Gefühl, dass das alle sehr sehr offen sehen und eher das positiv sehen, also viele Kunden: „Wow, das ist toll, dass die Gehörlosen auch so eine Chance bekommen!“... Also ich würde sagen, dass sich da in der Einstellung der Bevölkerung und in der Sensibilisierung der Bevölkerung schon einiges getan hat. Bei den Ärzten... Ich meine, bei den Älteren ist es wahrscheinlich schwierig, weil die haben halt vorgefasste Meinungen und die sind so aufgewachsen: „Das sind die armen Dummerln, denen man was tun muss“ oder so... Für die ist das dann wahrscheinlich auch nicht mehr sehr änderbar. Aber ich denke, junge Studenten kann man während des Studiums sicher erreichen und da wird sich die Einstellung sicher verbessern.

I: Klingt zumindest sehr positiv, also von der Reaktion der Ärzte, von der Reaktion der Apothekenkunden zum Beispiel... Äh... welche Probleme können oder treten jetzt eigentlich konkret auf für Gehörlose, wenn sie zum Arzt gehen oder auch während des Krankenhausaufenthalts, wenn sie in die Apotheke gehen...?

B01: Also im Krankenhaus... Aufenthalt, das ist immer schwierig... Weil die haben jetzt akut ein Problem, kommen ins Spital, das ist ja nicht geplant... Ich meine, wenn es geplant ist, ist es kein Problem, da kann man den Dolmetscher organisieren. Aber es ist ja leider oft ungeplant, dass man ins Spital kommt und dann besteht das Problem, dass man halt keine Dolmetscher bekommt, weil die sind alle ausgebucht beziehungsweise die Stationsschwester sind völlig überfordert mit diesem Problem, Dolmetscher zu organisieren. Die wissen nicht, wo sie anfragen sollen, äh... was sie,... wen sie da erreichen könnten, dass sie eine E-Mail-Adresse hätten, mit der sie alle mal... die Wiener Dolmetscher erreichen, das wissen sie alles nicht. Das heißt, die sind überfordert. Ich weiß von Fällen, wo eben in Spitälern, wo äh... die gehörlose Hausangestellte als Dolmetscherin herangezogen wurde, ja... Das ist so eine ähnliche Situation wie mit Türkisch oder irgendwelchen anderen Fremdsprachen, wo man halt nicht leicht Dolmetscher findet... Da wird dann halt irgendwer, der sagt „Ich kann das halbwegs“ als Dolmetscher benützt, was ich für sehr sehr gefährlich halte...

I: Leider eine sehr weit verbreitete Praxis...

B01: Und dann gibt's natürlich auch noch das Problem mit dem Videodolmetschen, das wurde ja vor ein paar Jahren als die neue Lösung propagiert, „wir machen das jetzt alles über Videodolmetschen“... Ähm, wenn man weiß, dass Gebärdensprache eine dreidimensionale Sprache ist, wenn man das auf einem Bildschirm in 2D sieht, der vielleicht auch nicht besonders groß ist oder kein besondere gute Qualität hat, dann ist das einmal sehr schwer verständlich... Die Wahrscheinlichkeit, dass der Gehörlose den Dolmetscher kennt, ist auch sehr unwahrscheinlich... Was natürlich das Problem mit sich bringt, dass die nicht-standardisierte Gebärdensprache oft dialektale Differenzen hat, der Dolmetscher sitzt vielleicht, ich weiß nicht wo, in Salzburg und der Gehörlose ist ein Wiener und spricht Wiener Dialekt, der versteht die

Salzburger Dolmetscherin nicht und umgekehrt... Das Problem beim Videodolmetschen kann auch sein, dass der Dolmetscher natürlich kein Briefing bekommt, keine Vorbereitung... Worum geht's denn da überhaupt? Welche Personen sind im Raum? Der sieht niemanden, der sieht nur den Gehörlosen am Bildschirm und aus dem Off kommen die Stimmen der Hörenden! Na, wer redet denn jetzt? In welcher Funktion redet der? Wie wichtig ist das, was der sagt? Körpersprache ist keine vorhanden, man hört nur Ton, heißt also 70% der Information geht verloren... Wir wissen, Körpersprache macht 70% aus. Das sind alles sehr heikle Themen, ich finde, in so einer Situation ist Videodolmetschen nicht zulässig. Dasselbe bei Gericht, aber das ist ein anderes Thema. Es ist einfach zu heikel, ja... Es gibt Gehörlose, die haben in den Spitälern diese Art der Dolmetschung einfach abgelehnt und soweit ich weiß, ist es im Moment eingestellt, aber ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt...

I: Es ist eingestellt, ähm... Es wird gerade versucht, es wiederzubeleben unter stärkerer Einbeziehung von Dolmetschern... ähm... Es läuft derzeit eine Testphase mit dem Österreichischen Gehörlosenverband, aber bewusst nicht im Gesundheitsbereich. Weil das eben damals ein sehr sensibles Thema war und so wie du sagst, ähm... auch meine Info ist, dass sehr viele das abgelehnt haben oder dann einfach auch nicht benutzt haben und deswegen ähm... versuchen sie es in weniger heiklen Settings neu zu beleben und anders aufzuziehen.

B01: Also ich kann mir vorstellen, dass man es in einigen Settings sehr gut verwenden kann, aber in so einer Situation, wo es auch um das Vertrauen geht... Ich meine, der Gehörlose muss dem Dolmetscher vertrauen, das ist eine wildfremde Person, die hat er noch nie gesehen... Die dolmetscht jetzt seine heiklen, privaten, persönlichen Themen... Der erfährt, dass er Krebs hat und da sitzt der Dolmetscher am Bildschirm, den er nicht kennt! Der braucht ja da auch noch Beziehung irgendwie, also es gibt keinen sogenannten Rapport...

I: Also ist schon deine Erfahrung auch, dass viele sich dann bewusst Dolmetscher aussuchen, die sie schon besser kennen....

B01: Ja, auf jeden Fall!

I: Oder schon lange kennen...

B01: Also ich habe Kunden, die gehen mit mir seit Jahren zum Arzt! Und die passt sich eben, wie vorher schon erwähnt, an mich an! In den Terminen... Nur, weil sie sagt: „Ich will mit dir dorthin gehen! Du kennst meine ganze Geschichte... Stell dir vor, ich nehme eine neue Dolmetscherin, der muss ich alles erklären, das ist mühsam...“

I: Jetzt ist das, wie du schon gesagt hast, bei planbaren Arztbesuchen wahrscheinlich nicht so ein Problem, wenn man sagt, man geht zu einer Vorsorgeuntersuchung oder zu einem Nachsorgetermin. Wenn jetzt aber konkret etwas passiert, ähm... ist es besonders in ländlichen Gegenden sehr schwierig oder fast unmöglich eigentlich, einen Dolmetscher zu organisieren.

B01: Richtig! Und das finde ich wirklich sträflich, dass da die Versorgung überhaupt nicht funktioniert. Ich finde, es sollte einen Standby-Betrieb geben, aber das schaffen wir nicht einmal in Wien bei diesen vielen Dolmetschern, die wir haben, so etwas auf die Beine zu stellen. Ich finde, es sollte jede Nacht ein Dolmetscher Dienst haben, das muss halt rochieren, dass man in so einer Notsituation, kommt ein Polizeieinsatz, gibt's irgendeinen Unfall, was immer,... dass man einen Dolmetscher hat, den man holen kann! Ich habe viele Geschichten gehört, sowohl von... von medizinischen Notfällen als auch von anderen, wo halt kein Dolmetscher zur Verfügung war und es zu totalen Missverständnissen gekommen ist! Viele... auch viele Ärzte können damit überhaupt nicht umgehen, wie kommuniziere ich mit einem Gehörlosen? Blickkontakt oder Gegenlicht oder weiß der Kuckuck, ja... Dann gibt's zum Beispiel Gehörlose, die von Usher betroffen sind, die brauchen eine spezielle Lichtsituation, damit sie gut sehen. Ja, sind also gehörlos, brauchen dann auch noch eine spezielle Berücksichtigung ihres eingeschränkten Sehvermögens, das ist viel zu viel! Und die sind dann einfach verloren, ja... Deshalb... äh... Ich glaube, dass da noch wahnsinnig viel Sensibilisierung notwendig ist und, dass es sich irgendwie ausgehen muss, dass es so einen Standby-Betrieb gibt und zwar nicht nur von 8 bis 5, sondern wirklich auch in der Nacht...

I: Woran scheitert es derzeit, dass es noch nicht... funktioniert?

B01: Naja ich habe das Gefühl, wir haben so viel Arbeit... also wir Dolmetscher, dass die Motivation, uns darum zu kümmern, eigentlich nicht da ist. Und eigentlich fände ich ja sollten die Gehörlosen sich auf die Hinterfüße stellen und sagen: „Wir brauchen das!“ ... Und nicht die Dolmetscher sagen: „Wir brauchen noch mehr Arbeit“, wir schaffen die eh schon nicht... Na, wir werden den Mund nicht aufreißen!

I: Wäre es überhaupt möglich, mit der geringen Anzahl an Dolmetschern so einen Standby-Dienst zu machen?

B01: Auch das ist die Frage... Ich weiß es nicht! Es gibt sicher Dolmetscher, die kein Problem haben, mal Nachtdienst zu machen, wie ich zum Beispiel... Ich habe nicht fünf kleine Kinder zuhause und muss sie versorgen. Es gibt einige, die alleinstehend sind oder deren Kinder schon so groß sind, dass es egal ist, ja... Ähm... Ich habe nie eine Umfrage gestartet, wie die Bereitschaft besteht... Ich habe das mehrfach angeregt und versuche halt den... habe das im Verband thematisiert, aber wir haben halt andere, brennendere Themen, wie Gerichtsdolmetschen oder so. Und eigentlich finde ich halt, dass das nicht unser Job ist, uns so einen Arbeitsplatz zu schaffen, wenn wir eh schon so viel Arbeit haben, dass wir nicht wissen, wo wir sind...

I: Kommt noch das Thema der Finanzierung wahrscheinlich...?

B01: Genau! Ich meine, wenn ich das richtig verstanden habe, hat das ja das Projekt Ärztecuster der Marien Apotheke ja auch nicht... ist auch daran gescheitert, dass das Budget nicht bewilligt wurde. Das war ja ein erster Schritt in diese Richtung, dass man eine Versorgung mit Standby-Dolmetschern zumindest zu bestimmten Tageszeiten hat.

I: Hier ist eben auch das Argument gekommen, das Videodolmetschen ist effizienter, weil einfacher einzusetzen und kostengünstiger...

B01: Ja, nur...

I: Nicht praktikabel deiner Meinung nach...?

B01: Ja, billiger, aber wenn es keiner will,... was will man damit machen?

I: Was wären jetzt die konkreten Anforderungen an, so wie du sagst, Spitalsambulanzen oder Krankenhäuser ...?

B01: Ja, also ich glaube, dass einmal eine Grund... also eine grundsätzliche Aufklärung aller Spitäler, aller Stationen dieser Spitäler gehörte, wo man sich... wo man Dolmetscher findet, wie die Liste heißt, an die man das E-Mail schreiben soll, ja... Eine grundsätzliche Aufklärung für den Umgang mit Patienten...

I: Also in Form von Sensibilisierungsschulungen...?

B01: Blicks... Blickkontakt, Gegenlicht, äh... wiederholen, aufschreiben, Deutschkompetenz, und so weiter... Und ich erlebe ja immer wieder, da heißt es dann: „Na ich gebe Ihnen den Zettel mit dieser Beschreibung für die Operation mit.“ Na der Zettel, den versteht ein Hörender nicht! Geschweige denn ein Gehörloser mit durchschnittlicher, eher unterdurchschnittlicher Bildung! Ja... ähm... Das heißt, das muss man dann nachher unbedingt mit dem Gehörlosen als Dolmetscher, wenn man bei dem Termin dabei ist und der Zettel in meiner Gegenwart übergeben wird, dann kann ich ja sagen: „Na wir setzen uns jetzt da draußen hin und ich dolmetsche das herunter“ ... Damit sie dann überhaupt wissen, was sie da unterschreiben müssen! Weil nachhause mitnehmen hilft ja nicht, weil zuhause ist ja auch niemand, der ihn versteht.

I: Es muss ja eine sichere Kommunikationsform auch ohne Dolmetscher möglich sein, weil wie gesagt,...

B01: Ja ja!

I: Selbst wenn es mehr gäbe, ist auch da dann nicht gesagt, dass immer sofort jemand da sein kann, auch allein wegen der Wegzeit... Nehmen wir an, Niederösterreich, wo sehr viele verstreut leben...

B01: Ja, das auf jeden Fall!

I: Ähm... kann man zum Beispiel auf Infomaterial in einfacher Sprache zurückgreifen...

B01: Richtig! Also das wär jetzt mein Vorschlag, nicht... Diese ganzen Formulare, die da auszufüllen sind, diese Informationsblätter, die sie zuhauf verteilen, sind ja alle in einem Deutsch, dass einem ... ein durchschnittlich gebildeter Hörender schon nicht versteht, was da steht! Also bitte Leichter Lesen Texte... Weil, das ist für alle ein Vorteil, wir haben jede Menge Nicht-Deutsch-Muttersprache in Österreich, für die ist das genauso unverständlich... Und da kommen dann die Kinder mit, die türkischen Mittelschüler, die dann für die Mama, die gerade eine... weiß ich nicht was... Gebärmutterhalskrebsoperation hat, die Dolmetschung macht... Das ist genauso schräg!

I: Hast du das auch schon bei Gehörlosen erlebt, dass vor... bevorzugt die Kinder...?

B01: Ja, ich kenne einen Fall, die einen Notfall hatte... Sie hat sich zwar bei mir gemeldet, weil ich normal ihre Termine normalerweise dolmetsche, aber ich konnte nicht, ich habe einen Termin gehabt, den ich unmöglich verschieben konnte.... Sie ist ins Spital gegangen mit ihrem Sohn! Und der Sohn ist 12 Jahre alt! Und der hat zuschauen müssen wie die Mutter äh... schwer blutet aus der Vagina und der hat bei der Operation dabei sein müssen. Ich meine, das muss man sich vorstellen! Der hat einen Schock für sein Leben wahrscheinlich... Also die CODA-Kinder kommen immer noch dran in solchen Fällen... Ich habe sie bekniert und habe gesagt: „Mach das nie wieder, bitte!“ und sie sagt: „Na was soll ich machen, wenn ich niemanden finde?“ Und ich verstehe es... Aber der Bub... Ich habe danach mit ihm telefoniert und er hat gesagt: „Es war furchtbar!“ und wenn ein 12-Jähriger sagt „Es war furchtbar“, dann heißt das schon was. Normalerweise können sie das ja nicht einmal sagen. Aber es muss so schlimm gewesen sein, dass er gesagt hat: „Es war schrecklich“... Also, das sind die Probleme und, dass da auch das Personal nicht so weit ist und sagt: „Nein, der Bub geht hinaus, wir werden uns irgendwie verständigen“... Aber nicht das Kind dabei haben!

I: Da wäre eben eine Sensibilisierung dann dringend...

B01: ... eine Sensibilisierung dringend notwendig und da geht es nicht nur um den Umgang mit Gehörlosen, sondern auch solche Informationen wie „Die hörenden Kinder sind keine Dolmetscher“... die können traumatisiert werden von so etwas, ja... Außerdem ist das für ein Kind unmöglich, wenn es plötzlich der Herr der Lage ist und die Eltern sind die Kinder sozusagen... Da dreht sich da der Spieß um. Das geht überhaupt nicht.

I: Es gibt ja auch Situationen, wo bewusst kein Dolmetscher mitgenommen wird. Ähm... in Mainz gab es 2010 eine große Studie unter Gehörlosen, 800 Gehörlose sind befragt worden und nur 41% haben damals angegeben, dass sie Dolmetscher mitnehmen zum Arzt. Ein Grund dafür, ähm... der aus anderen Antworten und auch im Zusammenhang herausgefunden wurde, war, dass sie auch gar nicht wussten ... nein... dass sie nicht wussten, ähm... dass die Kosten übernommen werden... Das war ein Grund, ja...

B01: Ja, es ist sicher ein großes Problem, dass viele Gehörlose das noch nicht wissen... Also,...

I: Also auch in Österreich...

B01: ..., dass sie ein Budget beantragen können für solche Privattermine unter Anführungszeichen, ja... In den Spitälern wird es eigentlich von den Spitälern übernommen, zumindest in Wien zahlt es der KAV... Das heißt, äh... die sind sich ihrer Verantwortung sehr wohl bewusst. Wir haben gerade im Hanusch-Spital jetzt endlich durchgekämpft, dass die das auch zahlen, weil die haben sich geweigert. Die Wiener Gebietskrankenkasse hat gesagt: „Wir sind nicht zuständig, wir haben Sie nicht bestellt.“, aber ich habe gesagt: „Ja, aber der Gehörlose hat ein Recht auf eine freie Wahl des Arztes und wenn das Hanusch ein öffentliches Spital ist und er wird vom Arzt hierher geschickt, dann kommt er daher!“ Also ich habe eine Situation gehabt, wo ich eben mit einer Gehörlosen im Hanusch-Spital war und die Ordination... also diese Schwester da, na an der Aufnahme in der Ambulanz sagt wortwörtlich: „Ja, wieso kommen Sie denn hierher? Wir zahlen das nicht!“, sage ich: „Wieso zahlen Sie das nicht? Vom Gesetz her sind Sie seit 2006 verpflichtet, Ihre Dienstleistungen barrierefrei anzubieten und Gehörlose brauchen, um barrierefrei kommunizieren zu können, Dolmetscher!“... „Nein, wir zahlen das nicht!“... „Na andere Spitäler zahlen es auch!“... „Warum gehen Sie denn nicht in ein anderes Spital mit dem Gehörlosen?“ ... sage ich: „Der Gehörlose sucht sich das Spital bitte selber aus! Das ist nicht meine Entscheidung, wo er hingeht. Ich kann ja nicht sagen, „wir gehen dorthin, weil dort werde ich gezahlt!“ Und zweitens hat der Arzt sie daher gewiesen, also was ist das Problem?“ Die haben sich dann doch juristisch, nachdem mehrere Dolmetscher dort das Problem hatten, dass sie abgelehnt bekamen, haben... hat sich dann dieser verantwortliche Mensch für diese Abteilung dann darum gekümmert und hat gesagt, er wird sich juristisch beraten lassen, ist

drauf gekommen, dass es seit 2006 ein Behindertengleichstellungsgesetz gibt, das habe ich ihm geschickt, er hat das vom Juristen prüfen lassen und der Jurist hat gesagt: „Ja, das stimmt, die müssen zahlen.“ Aber eigentlich ist das ein Irrsinn, dass wir Dolmetscher darum kämpfen müssen, dass unsere Arbeit bezahlt wird!

I: Das heißt, es geht hier um Unwissenheit eigentlich von sowohl ärztlicher oder Spitalsseite in dem Fall als auch manchmal oder teilweise Gehörlose, die selber nicht wissen, was sie in Anspruch nehmen...

B01: Genau! Wobei man sagen muss, dass sich das jetzt zumindest in Wien ganz gut herumspricht, weil da ist ja eine Community und das... das geht ganz gut, aber es gibt sicher in Niederösterreich oder im Burgenland Gehörlose, die davon nichts wissen, dass sie ein Privatbudget haben und deshalb nehmen sie die Kinder mit! Oder sie gehen mit wem anderen zum Arzt...

I: Die Situation wie es bezahlt wird oder von wem es bezahlt wird oder wie viel Budget zur Verfügung steht, ist aber unterschiedlich von Bundesland zu Bundesland...?

B01: Ja, wobei es nicht dramatische Unterschiede sind... Es sind 100, 200 Euro Unterschied oder so... Es bewegt sich immer so zwischen 2.700 bis 2.900 irgend so etwas... Aber ich meine, 2.900 Euro, das ist ganz schnell verbraucht! Also ich hatte eine Kundin, die hat Anfang des Jahres einen Geburtsvorbereitungskurs gedolmetscht bekommen, weil sie eine Hausgeburt haben wollte. Das heißt, sie geht zum Geburtsvorbereitungskurs, da braucht sie zwei Dolmetscher. Das sind mehrere Abende mit je zwei Dolmetschern, dann hat sie die Hausgeburt, auch ein paar Stunden Dolmetschung, dann hat sie die Hebamme, die sie besuchen kommt und berät, auch wieder Dolmetschstunden... Na, im August, nach der Geburt und nach der Hebamme war die Geschichte verbraucht. Jetzt hat die Gehörlose selber aber ein Gesundheitsproblem gehabt, wollte ins... wollte zum Arzt gehen, sagt: „Mein Budget ist aus“... Die ist eh eine, die genau aufpasst und mitrechnet... Schreibt sie ein Mail an den Fonds Soziales Wien: „Ich habe die letzten Jahre mein Budget nie ausgeschöpft, dieses Jahr habe ich eben am Anfang des Jahres das Kind gehabt und Vorbereitungskurs und so weiter, das fällt jetzt alles in dieses Jahr, deshalb habe ich das Budget schon verbraucht. Kann ich ausnahmsweise eine Verlängerung haben?“ Nichts! Keine Chance! Auch, obwohl es viele Gehörlose gibt, die ihr Budget gar nicht ausnützen oder gar nicht einmal einen Antrag gestellt haben... Wobei man natürlich sagen kann, das ist kein Recht, das ist sozusagen eine Kann-Bestimmung... Trotzdem finde ich das unglaublich, dass man dann sagt: „Nein! Schau wo du deine Arzttermine... wo du das Geld für deine Arzttermine herbekommst.“

I: Vor allem gab es die IHS-Studie, ich glaube im Jahr 2010 oder 2013..., die auch ähm... gezeigt hat, dass wenn das Budget in angesprochen... ähm... wenn das Budget quasi ausgenutzt wird, dann immer zu voller Höhe fast. Also daran sieht man ja schon, dass es eigentlich... ja, dass der Bedarf da wäre...

B01: Naja, jetzt stelle man sich vor, eben selbige Gehörlose hat jetzt ein zweites Kind bekommen, hat zwei Kinder im Kindergarten, geht zu zwei Elternabenden im Kindergarten, geht selbst zum Arzt, hat selbst ein Gesundheitsproblem, braucht noch irgendetwas anderes und das Budget ist schon weg! Weil, was sind 2.700 Euro, ja? Wir... wir haben einen Stundensatz, der meiner Meinung nach zu gering ist für das, was wir leisten, aber trotzdem, wir bekommen 56 Euro pro Stunde, dann brauchen wir die Fahrzeit,... sind 23 Euro pro Stunde, dann die Mehrwertsteuer dazu... Das heißt ein Termin kostet, selbst wenn er ein kurzer ist, zumindest einmal 100 Euro... 120 Euro. Und wenn das dann ein bisschen länger ist und mehrere, dann ist man gleich weg! Das Geld ist weg! Ja, es ist... Elternsprechtage und selbst Arztbesuche, irgendwelche Amtswege, Gott soll abhüten, die will auch noch... weiß ich nicht... ein ORF-Antrag stellen auf Gebührenbefreiung oder sonst irgendetwas, muss zum Psychologen gehen, keine Ahnung... und schon ist es weg!

I: Also alle...

B01: Macht eine physische... macht eine physikalische Therapie über mehrere Sitzungen und schon ist es vorbei!

I: Das Budget betrifft wirklich alle privaten Angelegenheiten?

B01: Alles, was privat ist, was nicht arbeitsbezogen ist. Und da gibt's auch noch Beschränkungen, es gibt Veranstaltungen, die werden gar nicht gezahlt. Ich hatte ein Problem mit einer Gehörlosen, die hat ein Kind äh... mit einer speziellen Krankheit bekommen und hat, um da etwas zu tun, wollte sie eine Selbsthilfegruppe gründen. Und die Sitzungen zur Vorbereitung dieser Selbsthilfegruppe wurden nicht vom

Budget bezahlt. Weil, das steht nicht auf der taxativen Liste. Zum Beispiel Niederösterreich ist das... Das ist eindeutig ein Gesundheitsthema, es ist eindeutig ein Privatbudget-Fall, weil es nicht mit der Arbeit zu tun hat, aber es wurde abgelehnt, weil es steht nicht auf der Liste. Wenn es ein Begräbnis ist, kann sie es machen, wenn sie selber zur Beratung zu ihrer eigenen Selbsthilfegruppe kommt, bekommt sie es, aber wenn sie sie gründen will, bekommt sie es nicht.

I: Interessant...

B01: Das muss man...

I: Weil es nicht genauso drauf steht...

B01: Ja. Also es gibt sozusagen Listen... in Niederösterreich und Wien gibt es so Listen, wo genau steht, welche Fälle werden bezahlt... Große Einkäufe werden bezahlt, also wenn sich jemand ein Auto kaufen will, darf er die Dolmetschung absetzen, aber wenn er... äh... in ein Geschäft geht, weil er, weiß nicht was, sich Tapeten kaufen will, bekommt er keinen Dolmetscher. Weil das ist kein lebensnotwendiges Thema... Ob die Tapeten von den Wänden hängen oder nicht, ist egal. Handykauf ist wieder drin... technische Hilfsmittel! So, ja. Bankgeschäfte darf man auch mit Dolmetscher abwickeln, aber andere Geschäfte, nein... Gut, aber wir kommen vom Gesundheits-Thema ab...

I: Ja, ich wollte... äh... gerade zurückkommen auf das Thema... Das sind alles Gründe, warum keine Dolmetscher zur Verfügung stehen würden. Ja, also das ist einerseits der Budgetgrund, andererseits, weil es zu wenig auch gibt. Ähm... was ist jetzt mit Gehörlosen, die keine Dolmetscher mitnehmen? Wir haben eben... auch in Österreich... die Marien Apotheke hat eine Umfrage unter 100, mehr als 100 Gehörlosen gemacht, auch da ist heraus gekommen, dass mehr als 60% niemanden zum Arzt mitnehmen, keinen Dolmetscher, keine hörenden Kinder zum Übersetzen, sie gehen alleine... Sie möchten alleine gehen... Ähm und wie gesagt... Ist es denkbar, dass es auch, das hast du eben vorhin erwähnt, so wie in Deutschland, daran liegt, dass sie nicht wissen, dass sie einen Dolmetscher mitnehmen können, aber es gibt sicher auch andere Gründe, warum das...

B01: Also ich kann mir vorstellen, dass das eher daran liegt, dass einfach immer ein Misstrauen gegenüber Dolmetschern besteht. Dass das... die Schweigepflicht vielleicht in der Vergangenheit von der ersten Generation der sogenannten Dolmetscher nicht so ernst genommen wurde und die Gehörlosen, die da geantwortet haben, möglicherweise auch Senioren waren, die eben aus dieser Generation sind, die das erlebt haben...

I: Es waren vorwiegend Ältere, ja...

B01: Dass die sozusagen erlebt haben, dass diese, meiner Meinung nach, übergriffigen Dolmetscher, die damals keine Ausbildung hatten, auch nicht schweige... sich nicht schweigeverpflichtet gefühlt haben und ihre Geschichten halt herum erzählt haben... Und ich meine, ich möchte auch nicht, dass mein Nachbar weiß, welche Krankheiten ich habe und zu welchen Ärzten ich gehe und so weiter...

I: Klar!

B01: Und, dass da eben ein Misstrauen besteht, dass ja prinzipiell gegenüber Hörenden besteht aufgrund der ganzen Geschichte, verstehe ich! Und auch der eigenen Lebensgeschichte, nicht? Die entscheiden immer für mich... Vielleicht wurden sie auch von diesen damaligen Dolmetschern bevormundet, die haben ihnen gar nicht alles übersetzt, sondern nur das, was sie geglaubt haben, was richtig wäre oder ihnen schon die... die Meinung in den Mund gelegt, man weiß ja nicht, was da alles passiert ist. Dass sozusagen ein Dolmetscher schweigeverpflichtet ist, neutral sein muss, alles zu übersetzen hat, Kommunikation herstellen soll und keine sozialarbeiterische Funktion hat ... Das ist, glaube ich, gerade bei der älteren Gehörlosen-Generation nicht bewusst. Und, auch ein Grund kann natürlich sein, dass die ältere Generation an Gehörlosen sehr schriftkompetent ist! Die können mit dem Arzt sehr wohl kommunizieren in Schriftsprache!

I: Auch das ist in Deutschland heraus gekommen, dass ähm... jene, die keine Dolmetscherfahrung angegeben haben, auch gleichzeitig angegeben haben, dass sie Schrift- und auch Lautsprachkompetenz selbst als eher gut oder sehr gut sogar...

B01: Das ist auch mein Eindruck! Also wenn ich mir anschau, wie gebildet die alten Gehörlosen sind, wenn man beim WITAF ist... Über welche Themen sie etwas wissen, das ist... Ich meine, die ganzen Museumsführungen, wer geht dort hin? Die ganzen Gehörlosen, die mindestens 60 Jahre alt sind! Die Jungen interessiert das nicht! Die haben auch keinen Zugang dazu... Und das ist halt, glaube ich, das Problem, das wir überhaupt haben. Im Gesundheitsbereich auch! Dass sozusagen die Jungen äh... so wenig Allgemeinwissen haben aufgrund des Schulsystems. Das ist auch ein Problem, das ich als Dolmetscher feststelle, wenn ich mit den Jungen zum Arzt gehe... Dass ich halt eine große Herausforderung habe mit dem Herunterbrechen des Inhalts! Von dem Niveau, auf dem der Arzt spricht, zu einem Niveau, das der Gehörlose gut verstehen kann! Also ich sehe das auch als ein großes Problem an, dass besonders die Jungen zum Teil im Allgemeinwissen sehr schwach sind und, dass viele Dinge, die der Arzt anspricht und von denen er ausgeht, dass der Gehör... dass der Patient das eh weiß, überhaupt nicht wissen. Deshalb gehe ich manchmal beim Dolmetschen im medizinischen Bereich auf konsektiv, weil ich sage: „Moment, ich muss das jetzt umformulieren, erklären... Haben Sie eine Grafik? Ich brauche Bilder dazu, damit ich das erklären kann!“

I: Also du greifst schon erklärend auch ein, um diesen Niveauunterschied anzupassen sozusagen...

B01: Muss ich! Das kommt drauf an, mit wem ich beim Arzt bin! Aber das... ich sehe das als meine Aufgabe als Dolmetscher. Es geht ja darum, dass der Gehörlose verstehen soll, was da passiert. Und wenn er nicht versteht, worum es da geht bei seinem eigenen Körper, na dann haben wir ein Problem.

I: Es ist ja auch eigentlich der Arzt verantwortlich dafür, dass die Information nicht nur gehört oder in dem Fall gesehen, sondern auch verstanden wird. Also nicht nur überbracht wird, sondern auch...

B01: Ja... Ja, natürlich, im Idealfall, aber, ich meine, wie viele Vortragende hast du schon selbst erlebt, die überhaupt am Zielpublikum vorbei vortragen?

I: Natürlich, ja...

B01: Und das ist ja bei Ärzten nicht anders. Die sind natürlich auch betriebsblind, haben ständig nur mit Ärzten zu tun, reden... sind sich ja dessen gar nicht bewusst, dass sie auf einem Niveau sind, wo der da gar nichts mitbekommen kann. Das ist ja... Hörenden geht es ja nicht anders, die verstehen ja den Arzt oft auch nicht. Und schon gar ausländische Menschen, die hier in Österreich zwar halbwegs Deutsch können, aber Umgangssprache, aber wenn der ihnen irgendwelche medizinischen Fachtermini an den Kopf wirft, dann stehen sie auch im Wald, nicht?

I: Wenn jetzt eben diese Gehörlosen ohne Dolmetscher zum Arzt gehen oder zum Arzt gehen müssen, weil kein Dolmetscher verfügbar war oder, weil ihr Budget schon ausgeschöpft ist, dann ist es ja eigentlich vorprogrammiert, dass es zu Missverständnissen kommt...

B01: Natürlich! Da kommt es zu Dosierungsmissverständnissen, wann soll ich das einnehmen... „Aso, na ich habe das jetzt jeden Tag genommen, aso, ich soll das nur einmal in der...?“ Ich habe solche Sachen gedolmetscht! Ich gehe mit einem Gehörlosen zum Arzt, der war schon mehrmals dort allein und äh... am Ende des Termins sagt der Arzt: „Na jetzt habe ich endlich das Gefühl, dass der Gehörlose verstanden hat.“ und der sagt: „Aso, ich soll das nur einmal in der Woche? Oh Gott, ich habe das einmal... jeden Tag genommen!“ Solche Sachen!

I: Ja, Wahnsinn... Also in der Mainzer Gehörlosenstudie ist auch heraus gekommen, dass 40%, mehr als 47% sogar, angegeben haben, dass sie schon einmal... mindestens einmal das Gefühl hatten, aufgrund der Kommunikationsprobleme beim Arzt eine falsche Diagnose erhalten zu haben.

B01: Genau! Der kann seine Symptome nicht richtig beschreiben in Lautsprache und macht das irgendwie, der Arzt erstellt aufgrund dieser nebulösen Symptome eine Diagnose, gibt ihm irgendein Medikament, das völlig daneben liegt! Also auch das habe ich schon erlebt, dass passiert ist... Und, dass dann der Arzt dann gesagt hat: „Um Gottes willen, was ist denn da passiert? Was haben Sie denn da genommen?“

I: Ja, Wahnsinn. Das kann ja auch äußerst gefährlich sein...

B01: Ja, das kann äußerst gefährlich sein. Also, eine Geschichte habe ich erzählt bekommen vor Kurzem... Eine Gehörlose hat... genau, das hat mir eine Kollegin aus einem anderen Land erzählt... Eine Gehörlose hat... äh... hat äh... Glutenunverträglichkeit gehabt, wie heißt das?

I: Äh... ich weiß nicht...

B01: Wir wissen es nicht...

I: Aber ich weiß, was du meinst....

B01: Ja, und sie unterhält sich mit meiner Kollegin, die auch das hat! Und sie sagt: „Na das Schrecklichste an dem ist die Blutungen...“, die Kollegin sagt: „Welche Blutungen?“ Stellt sich heraus, dass die seit Jahren Blutungen hat, das dem Arzt auch gesagt hat, der hat es offensichtlich nicht verstanden... Und die sind dann... Die Kollegin hat dann gesagt: „Du gehst sofort zum Arzt, Blutungen jeden Tag... bist du wahnsinnig, da ist was los!“ und sind sie drauf gekommen, dass sie Krebs hat... und das schon Jahre offensichtlich... der war schon so groß, das war ein Darmkrebs, das war schon so groß, sie konnten nicht mehr operieren. Also da passieren ganz schlimme Dinge!

I: Es ist eigentlich unglaublich...

B01: Ja, und da wollen sie dann Videodolmetschen einsetzen! Da wird mir schlecht...

I: Wie könnte man dem sonst begegnen? Es gibt vier Gehörlosenambulanzen in ganz Österreich... Aber natürlich ähm... ist das auch jetzt nicht die Idealsituation, wenn man am Land wohnt oder weiter draußen wohnt...

B01: Naja... Naja auch die Gehörlosenambulanzen an sich sind nicht die beste Lösung. Es gibt Gehörlose, die sagen: „Ich will dort nicht hingehen, weil im... im Warteraum sitzen die anderen Gehörlosen, die sehen dann, dass ich zum Arzt gehe! Und dann fragen sie womöglich, was ich habe und so und ich will ihnen das gar nicht erzählen!“ Das heißt, das ist auch noch diese „Kleine Welt“-Geschichte ist noch ein Thema... Das heißt, viele wollen lieber zu einem hörenden Arzt gehen und möglicherweise sich mit Papier und Bleistift schwierig komm... verständigen, damit sie sicher sind, dass nicht die ganze Community weiß, dass die beim Arzt waren! Weil, wenn die Frau X mich gesehen hat, dann erzählt sie das der Frau Y und dann erfährt es die Frau Z! Und dann komme ich in den Klub und alle fragen mich: „Was hast denn?“

I: Interessant, ja...

B01: Ja, das heißt, die Gehörlosen selber fürchten sich vor der Community in den Ambulanzen.

I: Ja... Und da man eigentlich dann so viele dort trifft...

B01: Ja, das heißt, da kennt ja jeder jeden und die Community ist ja nicht so groß, also speziell in Österreich. Also, das ist zwar eine gute Lösung an sich, aber im spezi... gibt auch Spezial... oder einige Fälle oder einige Aspekte, die da auch unangenehm sind daran...

I: Und jetzt äh... praktische Ärzte, also im niedergelassenen Bereich... Kennst du welche, die ÖGS-kompetent sind...?

B01: Nein...

I: Da gibt es gar keinen, keinen einzigen?

B01: Nein, nein.... Was ich allerdings sehe ist, dass immer mehr Hörende Gebärdensprachkurse besuchen und sagen, sie wollen das in ihrem beruflichen Setting verwenden und da sind zum Teil auch Krankenschwestern dabei. Also ich habe das Gefühl, dass sozusagen das niedere... medizinische niedere unter Führungszeichen... medizinische Personal sehr wohl da sich verbessert... Aber natürlich langsam...

I: Ja...

B01: Ich finde halt, eigentlich sollte es im AKH oder in den großen Spitälern Dolmetscher geben, die Standby stehen...

I: Also die fix angestellt sind vielleicht auch dort...

B01: Ja, aber ich würde dort nicht arbeiten wollen! Weil einer meiner Gründe, warum ich Dolmetscher bin, ist die Vielfalt meiner Arbeit. Wenn ich dann jeden Tag nur im AKH sitze, werde ich wahnsinnig!

I: Das werden wahrscheinlich mehrere so sehen...

B01: Genau, also die Frage ist, kann man das überhaupt schaffen, dass man Dolmetscher findet... Wir haben es schon auf der Uni nicht kaum geschafft, Dolmetscher anzustellen beim GESTU-Projekt, ja... Obwohl das ja sehr vielfältig ist, gerade das... Und man eh da viel unterwegs ist und jeden Tag ein anderes Thema. Aber trotzdem, auch das hätte ich nicht gewollt, nur auf der Uni arbeiten. Das heißt, das ist nicht so einfach, weil der Dolmetscher zum Teil oder viele Dolmetscher diesen Beruf auch gewählt haben wegen dieser breiten Bandbreite... große Bandbreite. Und die ... die geht natürlich dann verloren, wenn ich nur mehr im AKH arbeite.

I: Das heißt, die Lösung muss in Wahrheit irgendwo in der Mitte liegen... Also es kann jetzt...

B01: Genau! Also ich fände einen Standby-Dienst optimal. Man hat eine 24-Stunden Verfügbarkeit von zwei Dolmetschern, zum Beispiel, oder drei... Und die können von der Polizei gerufen werden, von den Spitälern gerufen werden,... von wem auch immer... Immigrationsamt... keine Ahnung. Wichtig wäre auch, dass man die tauben Dolmetscher mit da einbezieht. Gerade im Gesundheitsbereich, wenn man mit Gehörlosen zu tun hat, deren Bildungsniveau gering ist, ist es wichtig, dass es wirklich gut verständliche Gebärdensprache ist und das ist halt eher durch einen gehörlosen Dolmetscher gewährleistet als durch einen hörenden.

I: Zum Verständnis: Wie kann man sich die Arbeit von tauben Dolmetschern vorstellen?

B01: Na, taube Dolmetscher haben mehrere Einsatzgebiete, natürlich internationale Konferenzen, wo sie auch zum Beispiel aus dem Englischen gedolmetscht bekommen von ihrem heimischen Dolmetscher in die nationale Gebärdensprache und sie von dieser nationalen Gebärdensprache in International Sign dolmetschen. Das ist ein Einsatzgebiet. Das zweite und das, was ich für wichtig halte, ist dieses Herunterbrechen und wirklich gut gebärdensprachliche Darstellen von komplizierten Texten, zum Beispiel im Gesundheitsbereich wichtig, bei Behörden wichtig, äh... bei Gericht wichtig...

I: Das heißt, in dem Fall dolmetschen sie von der Schriftsprache...

B01: Nein, sie würden von ... von der Dolmetschung der hörenden Kollegin arbeiten.

I: Also das heißt, da arbeiten dann in dem Fall immer zwei Dolmetscher.

B01: Zwei Dolmetscher... Das heißt, ich dolmetsche das, was ich höre, was der Arzt sagt und der gehörlose Dolmetscher bricht das auf ein möglichst bildhaftes Gebärdensprach... Gebärdensprache herunter, sodass der auch einfach gebildete Gehörlose das verstehen kann, wirklich gut verstehen kann. Es gilt natürlich besonders für Immigranten, gibt ja auch Migranten, die gehörlos sind... Für die ist das ganz wichtig. Also ich habe in Traiskirchen mehrmals gedolmetscht mit einem tauben Gehörlosen... da ging es jetzt nicht um Medizinisches, aber hätte der jetzt ein medizinisches Problem, wäre das genauso notwendig.

I: Ja... Gehörlose Migranten sind ja zweifach eigentlich dann benachteiligt, muss man sagen,... was oder vor allem was den Zugang zum Gesundheitssystem betrifft. Es gibt oder es gab in Salzburg ein interessantes Projekt, das hat SALUS geheißen... Da wurden... ähm... speziell eben.... Das wurde gegründet, um Migranten einen einfacheren Zugang zum Gesundheitssystem zu gewähren, um ähm... da einfach einen niederschwelligeren Zugang zu schaffen. Und es wurden ähm... Migranten in speziellen Lehrgängen ausgebildet, um ihre Landsleute sozusagen...

B01: Peer... ja...

I: ... dann zu lotsen, ja... Gesundheitslotse hat sich das genannt, das war dann die Ausbildung. Ähm... und die waren Ansprechpartner, die haben Informationen verständlich aufbereitet: Wie, wo find ich wann, was? An wen kann ich mich wie, wann wenden... Haben teilweise auch... sind in die Institutionen mitgegangen... Ich denke, das wäre eventuell auch für Gehörlose möglich.

B01: Ja, natürlich! Also das halte ich auch für vernünftig... Da hat es ja schon einmal eine Studie gegeben, ein EU-Projekt, da ging es um gehörlose Frauen und ihre Erfahrungen. Da ging es allerdings mehr um Gewalt, aber da gibt es auch eine Gewaltpräventionsbroschüre vom WITAF, glaube ich...

I: Ja, ... *Schrei gegen Gewalt...*

B01: Genau... Und es wäre, finde ich, für einige Bereiche auch gut, man würde solche visuell gestalteten, weil das ist mit Comic ein bisschen gemacht und das ist visuell sehr zugänglich, Informationen aufbereitet für Gehörlose. Ich habe selber an einem Projekt mitgearbeitet, wo es um Suchtprävention für Gehörlose ging und da haben wir eine Broschüre gemacht und auch Videos dazu, Gebärdensprachaufklärung über die diversen Suchtmittel... und das ist... da gibt es eine Homepage, die ist online. So etwas sind gute Wege, wie man Gehörlose erreichen kann, auch die... natürlich die Gesundheitsvideos der Marien Apotheke sind sehr gute Beispiele dafür... die werden auch vielfach benützt, soweit ich weiß, sind die Zugriffszahlen ganz gut. Aber das Problem ist natürlich immer noch, dass die... viele Gehörlose gar keinen Zugang zu diesen Medien haben, also Internet. Man muss beim persönlichen Kontakt bleiben, Vorträge in den Gehörlosenverbänden sind sicher wichtige Elemente und so Broschüren zu gestalten, die visuell gut aufbereitet sind in einfacher Sprache, dass man Informationen, die im Gesundheitsbereich wichtig sind, so vorbereiten... aufbereiten kann.

I: Das heißt, aber, generell, Bildkommunikation in Kombination mit einfacher Sprache wäre ein gutes Mittel gerade in so Situationen, wo Dolmetscher jetzt nicht dabei sein können, ja... Ein Notfall passiert, oder...

B01: Genau! Es wäre halt super, wenn... wenn diese Ärzte, die... ich meine, es gibt ja tausende Grafiken von diesen Organen und was weiß ich... Wenn... Ein guter Arzt, der was weiß ich... ich war unlängst bei einem Kardiologen, der hat dort ein Modell von einem Herz, wo man aufmachen kann und hinein schauen kann... Vorhofflimmern erklären oder was weiß ich... die Kammern oder weiß der Kuckuck, ja... Wenn man halt solche... Dass... dass alle Ärzte sich dessen bewusst sind, dass sie so etwas einsetzen, wenn sie etwas erklären! Und Material, schriftliches Material vorbereiten für verschiedene Operationen wäre natürlich optimal! Dass man denen nicht nur diesen Wahnsinns-Text da in die Hand drückt und „Füllen Sie das aus und unterschreiben Sie das!“, sondern, dass man ihnen halt dazu gibt ein Blatt, wo das möglichst bildhaft mit einfachen Worten erklärt ist.

I: Ja... Wäre auf jeden Fall eine gute Option. So, ich schaue jetzt kurz auf meinen Schummelzettel, damit ich nichts vergesse... Eines ist noch ganz wichtig für mich, nämlich wir haben jetzt die Gehörlosenambulanzen angesprochen und auch ganz kurz die Marien Apotheke, ähm... kennst du generell noch andere barrierefreie Angebote für Gehörlose im Gesundheitsbereich jetzt in Österreich? Das kann aus unterschiedlichen Bereichen sein...

B01: Nein... Was ich schon immer wieder erlebe ist, dass es Ärzte gibt, die damit sehr locker umgehen. Vor allem die Ordinationshilfen sind sehr gut... Ich war jetzt unlängst bei einem Zahnarzt, der hat einige gehörlose Kunden und die bringen dann wieder neue gehörlose Kunden und die scheinen ganz gut damit umgehen zu können, auch ohne Dolmetscher. Der Arzt hat dann zwar gesagt, es ist schon nett, wenn ein Dolmetscher dabei ist, ja... Und das hat geholfen oder so, aber die Ordinationshilfe sagt: „Na, wir kommen schon zurecht“. Und ich habe das Eindruck... durchaus den Eindruck, dass sie sehr nett und liebevoll und zuvorkommend mit den Gehörlosen umgehen. Also ich denke, dass es da schon auch eine Einstellungsänderung mit der Zeit gegeben hat bei einzelnen Ärzten, aber es ist natürlich wahrscheinlich die Einstellung des Arztes, die dann die Ordinationshilfen beeinflusst... wir wissen, der Fisch stinkt vom Kopf. Wenn der Arzt damit rüde umgeht, werden die... werden die Ordinationshilfen wahrscheinlich nicht so... sich nicht so sehr bemühen, sagen wir einmal so... Außer sie sind sehr Helfersyndrom-behaftet und wollen die armen Gehörlosen schützen vor dem Chef. Aber... ja...

I: Der Arzt ist in Wien?

B01: Der Arzt ist zum Beispiel in Wien, ja.

I: Und heißt wie?

B01: Der heißt... Kauer...

I: Ich frage auch, weil es ein möglicher, weiterer Interviewpartner wäre... Es war ja einfach auch wichtig, zu erfahren...

B01: Ähm.... Ja... Nein, XXX. Ich muss nachschauen.

I: Können wir nachher auch machen...

B01: Mauritsch, glaube ich... Das ist ein... Also das ist ein Zahnarzt. Der ist mir aufgefallen...

I: Ok. Es wär halt wichtig, wenn vor allem auch praktische Ärzte halt gäbe...

B01: Ja, wobei ich sagen muss, dass ich den Eindruck habe, dass es viele Ärzte gibt... Ich habe einmal einen Arzt... einen Frauenarzt erlebt, der ist mit seiner gehörlosen Kundin, die er seit... die hat er selber aus dem Bauch der Mutter geholt und die ist immer bei ihm gewesen. Der ist jetzt leider in Pension gegangen, aber der ist mit ihr super umgegangen. Also es gibt Naturtalente... Ein guter Arzt, glaube ich, kann damit umgehen und der sieht seine Patienten nicht als die armen *Hascherln*, die er halt da jetzt irgendwie abfertigt, sondern... Das ist so...

I: Das heißt, er achtet in der Kommunikation auf das Mundbild, er wiederholt, er schreibt auf...

B01: Ja, er schaut sie an, er schreibt auf, und und und... Also der hat zwar dann auch gesagt, es ist nett, wenn ich dabei bin und war auch immer sehr freundlich und nett zu mir, aber ich hatte durchaus den Eindruck, dass im Notfall, wenn ich nicht mitgehen kann, geht es auch. Aber die Gehörlosen fühlen sich natürlich wohler, wenn sie sicher sind, dass sie alles verstanden haben.

I: Klar, ja.... Also in Mainz, in dieser Studie, ist überraschenderweise auch heraus gekommen, wenn es um die Kommunikation beim Arzt, wenn kein Dolmetscher dabei sein kann, ging, wurde als erste, liebste Kommunikationsform natürlich trotzdem Gebärden... Gebärden, also der Arzt soll ÖGS-kompetent sein, was zweifelslos die Idealsituation wäre, aber schwierig umzusetzen... Und an zweiter Stelle kam schon das Aufschreiben. Obwohl sehr viele angaben, dass sie keine oder sehr geringe Schriftsprachkompetenz eigentlich haben... Schriftkompetenz.

B01: Ja und die Frage ist halt, oft einmal, was schreibt denn der Arzt da überhaupt auf? Irgendein Fachterminus, super... was ist denn das? Gut, Leute, die sich selbst die Informationen verschaffen können und im Internet halt googlen, auch das habe ich erlebt... Dass Gehörlose also zum Arzt kommen und sagen: „Im Internet habe ich gelesen, dass... Ist das richtig oder was meinen Sie dazu?“ Das ist toll, weil das tun... das findet man ja auch bei Hörenden nicht oft. Aber das ist eher die Minderheit. Und ich habe wirklich erlebt, dass Gehörlose erzählt haben, sie waren jahrelang beim Arzt wegen immer des gleichen Problems und der hat ihnen immer irgendein Medikament aufgeschrieben und dann sind sie endlich einmal zu einem anderen Arzt gegangen und der hat gesagt... der hat sich auf den Kopf gegriffen und hat gesagt: „Um Gottes Willen, was ist denn das gewesen?“ Und... „Das Medikament ist ja völlig daneben.“ Ja, also, ich glaube, dass das vielen Gehörlosen auch nicht wirklich bewusst ist, was das für eine Gefahr ist, wenn sie nicht verstehen oder nur halb verstehen oder glauben zu verstehen. Auch die Frage: „Haben Sie das eh verstanden?“ ist ja völlig blöd, weil der Gehörlose glaubt ja vielleicht, dass er es verstanden hat, aber das heißt ja noch nicht, dass er es verstanden hat. Also eigentlich müsste man ihn ja wiederholen lassen, was er verstanden hat, aber so viel Kommunikationskompetenz haben viele Ärzte auch nicht...

I: Es liegt einerseits daran - und das ist definitiv ein Punkt - andererseits aber auch, dass sie dann oft sagen: „Ich weiß es...“

B01: Sozial erwünscht antworten, „Ich habe es eh verstanden“, weil es ihnen peinlich ist zu sagen: „Ich habe es nicht verstanden“.

I: Genau, ja... Weil sie merken auch, die Zeit ist knapp und...

B01: „Der Arzt ist eh im Stress und der wird dann zornig, wenn ich noch einmal frage.“ Das haben sie ja oft genug in der Schule erlebt und das ist ja auch eine Autorität, der Arzt, nicht? Das geht ja Hörenden auch so. Ich habe einmal meine Mutter gefragt und die war sicher keine durchschnittlich... unterdurchschnittlich gebildete Frau: „Na, und was hat der Arzt gesagt?“ „Na, der Arzt hat das und das gesagt.“ „Na und was heißt das?“ „Na, das habe ich nicht gefragt.“ ... Ja... (Unterbrechung durch Kellner, 24s)

I: Ich komm eigentlich eh damit zur letzten... Nämlich die letzte Frage ist, ähm... ob du aus anderen Ländern oder anderen Bereichen barrierefreie, gute Best Practice... Vorzeige-Beispiele kennst, jetzt was besonders die Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen betrifft?

B01: Nein, das muss ich dich enttäuschen, ich weiß eigentlich nicht viel... Ich weiß, dass es... Das kann ich dir schicken! Es gibt sehr lustige YouTube-Videos über Dolmetscher und eines dieser Videos behandelt einen Dolmetscher im Gesundheitsbereich... Das mag dir vielleicht Spaß bereiten oder das kannst du irgendwie verwenden. Ähm, aber es geht immer um dasselbe: Wen schaut der Arzt an, und so weiter... also diese Geschichten einfach. Und... ich habe nicht den Ein... also ich denke mir, dass es in den USA wahrscheinlich besser ist, aber das ist reine Hypothese aufgrund dessen, was ich weiß... also über das Land und die Einstellung und diesen Anti-Diskriminierung... also diesen Bürgerrechtsbewegung, die das durchgesetzt hat. Ich denke, dass sie dort bewusster sind und, dass dort Dolmetscher wahrscheinlich auch in den Spitälern arbeiten. Also ich weiß zum Beispiel von einer Dolmetscherin, die bei Gericht angestellt ist, also werden sie wahrscheinlich in den Spitälern auch Dolmetscher angestellt haben, aber da kann ich dir nichts Definitives sagen... Ähm... Wie ist denn das? Hast du kein Interesse, bei der EFSLI-Konferenz dabei zu sein heuer? Health Care Interpreting ist heuer...

I: Wirklich?

B01: Ja.

I: Ich glaube, XXX hat mir schon davon erzählt... Ich glaube, das war zu einer Zeit...

B01: Toulouse!

I: Wo? In Paris?

B01: Toulouse.

I: Ah, in Toulouse. Und wann?

B01: Ähm... 8. bis 11. September.

I: Ah... 8. bis 11. September...

B01: Ich mache da einen Workshop und stelle meine Studie vor, also unsere Studie vor...

I: So wie die in Linz dann?

B01: Mhm... Aber der Workshop ist anders! Der in Linz ist darauf abgezielt, dass man ein bisschen sammelt, wie schaut es aus, hat sich irgendetwas geändert oder haben sie andere Informationen... Das möchte ich in den Workshop in Toulouse einbringen, wenn ich da noch etwas Aktuelleres habe.

I: Also, wenn ich darf, sehr gerne...

B01: Na darf, du musst dich anmelden und wirst sehen!

I: Gern! Ja, kann ja sein, dass der nur Dolmetscher vorbehalten ist...

B01: Na, du musst dich einfach anmelden! Das ist sicher interessant. Dort kannst du solche Fragen nämlich stellen, da kannst du die Dolmetscher fragen in den Pausen, ob sie so etwas kennen. Also du könntest dir dort das Wissen von Dolmetschern holen aus ganz Europa!

I: Ja, das wäre auch so interessant... Super! Wenn du jetzt noch irgendetwas hast, was dir einfällt, was noch wichtig wäre...?

B01: Also für mich ist, denke ich, dass es wichtig... auch wichtig wäre, dass man Sanitätspersonal des Roten Kreuzes oder so in basalen Sensibilisierungsschulungen auf den Umgang mit Gehörlosen trainiert... Dass sie sie anschauen müssen... Wenn das so etwas... ich meine, das war zwar ein Polizeivorfall, aber es gibt eine Geschichte von einem Gehörlosen, der in einem totalen emotionalen Stress war wegen einer

gerade erlebten Situation... ein Verbrechen... und der kommt völlig aufgeregt zur Polizei, versucht denen das irgendwie zu verdeutschen und die haben ihm sofort Handschellen angelegt. Das ist sowie aus...

I: Ja...

B01: Und der war natürlich in einem wahnsinnigen Stress und konnte nicht einmal sich äußern, ja!

I: Ja, unglaublich...

B01: Und die haben ihn dann... die haben ihn dann in eine psychiatrische Anstalt gesteckt. Und bis die dann einen Dolmetscher gefunden haben, um herauszufinden, worum es da wirklich geht, das hat gedauert... Und stell dir vor, das Trauma, das der da erlebt! Der geht zur Polizei, weil er Hilfe braucht und die verhaften ihn und stecken ihn dann nach Steinhof...

I: Als wäre er derjenige, der etwas verbrochen hat... Ja, das ist... Es sind... Da gibt es in Deutschland ähm... Es gibt eine eigene Publikation vom Springer Verlag wie... „Gehörlose in der Notfallmedizin“ heißt die, ähm wo... die toll aufbereitet, wo Basisgebärden... deutsche, natürlich, Deutsche Gebärdensprache abgebildet ist... wo, ähm... wo auch ähm... drin steht Infos, Hintergrundinfos zur Gehörlosengemeinschaft, also das in Österreich...

B01: Genau so etwas!

I: Genau! Auf die Beine zu stellen... Und auch wie fragt man ganz einfach, also, wenn jemand schon die Gebärde für „gehörlos“ kennt und das abfragen kann... das ist eine einzige Gebärde... wäre schon viel geholfen wahrscheinlich...

B01: Ja, weil... „Der antwortet nicht, ich rede mit dem und der antwortet nicht. Ist der dumm, versteht der mich nicht?“ So! Hm?

I: Genau!

B01: Also solche Dinge... Ich denke, Sanitäter sollten so eine Grundschulung in Basisgebärden, die sie im medizinischen Bereich brauchen, haben. Es gibt ja dieses medizinische Handbuch des ÖGLB mit den Basisgebärden, die zum Teil nicht ganz richtig sind, aber sie sind auf jeden Fall verständlich und das wäre schon einmal sehr hilfreich, wenn das in jedem Rettungsfahrzeug aufliegen würde... Sodass der im Notfall einfach blättert, schaut und ihm das zeigt: „Das!“ Wenn er es schon nicht selber machen kann, aber dann kann er ihm das Bild zeigen! Würde schon helfen...

I: Weißt du von einer App, die der ÖGLB da scheinbar mitentwickelt hat? ISignlt?

B01: Na, Signlt, die hat... das hat nicht der ÖGLB entwickelt, sondern das ist ein internationales Projekt, was... wo Gebärdensprachen...

I: Wo...

B01: Genau, wo Gebärdensprachen Europas mehr oder weniger vollständig, eher weniger... drinnen sind.

I: Das ist wie ein Wörterbuch...

B01: Das ist wie ein Wörterbuch. Und es gibt von equalizent eine Gebärdensammlung zu medizinischen Gebärden, die sich zum Teil nicht decken... ob die allerdings online verfügbar sind, das weiß ich nicht! Aber...

I: Ja, sind sie! Unter vol.equalizent...

B01: Das ist eine VOL, ja... Ein Vorbereitungslehrgang.

I: Ja...

B01: Ja!

I: Vielen vielen Dank, kann ich nur sagen, das waren sehr viele... sehr viele vollgeschriebene Seiten mit wichtigen Infos... Du kannst mir natürlich jederzeit, wenn dir etwas einfällt noch oder, wenn du mir noch was mitteilen willst...

B01: Naja, ich bin mir nicht... ich weiß nicht, ob mir noch etwas einfällt...

I: Du kannst es mir ja gern im Nachhinein auch noch sagen... Aber das war schon sehr...

B01: Was noch... Also ein Problem fällt mir noch ein, was wir gar nicht angesprochen haben, das sind diese Untersuchungen!

I: Untersuchungen beim praktischen Arzt, oder...?

B01: Beim Arzt oder beim Facharzt oder was weiß ich... CT oder keine Ahnung, was... Oft auch beim Zahnarzt ist echt schwierig, dass ich in einer Position stehen kann, dass der Gehörlose mich gut sieht. Beim Frauenarzt ist es besonders unangenehm, weil man da natürlich genau dort steht, wo eigentlich der Arzt hineinschaut, nämlich am Stuhl schaut man dann der Gehörlosen in die Vagina, das mag die nicht so toll finden! Also ich habe mich da immer bemüht, um eine Position zu bekommen, wo sie mich gerade noch sehen kann, aber wo ich da nicht so intim... ja...

I: Ja...

B01: Also da muss... und oft ist auch ein Platzproblem, ja... Ich habe eine Situation erlebt, wo ein Gehörloser in einer... am Bauch liegen musste und dann der Kopf über dem Dings... und ich bin da dann darunter gehockt und habe so gebärdet!

I: Unter der Liege!

B01: Ja, sozusagen, fast... Weil kein anderer Platz war. Und da kamen Fragen „Tut das weh? Ja, nein?“, da... dann muss der antworten.

I: Jaja... Na das sind Situationen, an die denkt man nicht gleich.

B01: Ja und auch beim Augenarzt, zum Beispiel, gibt es immer Situationen, wo... da wird jetzt abgedunkelt, damit der diese Buchstaben da lesen kann ... Aber in dem Moment, wo der abdunkelt, und dann fragt: „Ist dieses Ohr...äh Auge besser oder dieses oder soll ich dieses Glas oder dieses Glas...?“ und die sieht mich nicht! Versteht nichts!

I: Ja...

B01: Also das sind auch Probleme, die beim Dolmetschen auftreten in so einer Situation, also Untersuchungs... äh... Untersuchungen sind manchmal schwierig... vom... vom räumlichen... Situation.

I: Das müsste dann wahrscheinlich auch, soweit es möglich ist, das ist wahrscheinlich nicht immer der Fall, die Aufklärung komplett schon vorher erfolgen... Das ist sonst ja normal, dass der Arzt da währenddessen noch was sagt...

B01: Ja das so etwas sowieso, das muss er nachher sagen, aber es gibt Sachen, die für die Untersuchung wichtig sind! Der will... der muss jetzt eine Reaktion bekommen vom Gehörlosen, das ist besser oder das ist schlechter, rechts oder links ist gut oder was auch immer... Und der sieht mich aber nicht... der ist nämlich... hat Usher und hat so einen kleinen Gesichtskanal... ich stehe da im Dunkeln, das hat keine Chance, mich zu sehen. Solche Sachen! Das ist echt schwierig und den Ärzten nicht klar. Oder Gegenlicht-Situationen, ja... Ich kann nur dort stehen, wo hinter mir die Lampe ist.

I: Das heißt, du nimmst oft die Rolle ein, dass du auch die Ärzte in dieser Situation sensibilisieren musst?

B01: Ja, natürlich! Da musst du ihm sagen: „So geht es nicht! Der hat Usher.“... und viele Ärzte haben von Usher noch keine Ahnung. Es gibt...

I: Usher-Syndrom, wo das Blickfeld...

B01: Usher-Syndrom mit den Einschränkungen des Gesichtsfeldes. Das ja vornehmlich bei Gehörlosen und Schwerhörigen auftritt. Das ist... das hängt genetisch zusammen mit der Schwerhörigkeit.

I: Ja...

B01: Ja! So, jetzt fällt mir nichts mehr ein...

I: Danke auf jeden Fall!

Interview B04, 9.6.2017

I: Man hört uns jetzt eh schon ganz gut. ... Ich glaub, das passt schon. Gut liebe XXX, also danke nochmal, dass wir uns heute treffen können.

B04: Sehr gern.

I: ... und du mit mir das Interview machst. Ich hoffe es ist in Ordnung, dass ich es aufnehme...

B04: Sowieso.

I: Es ist nur zu Dokumentationszwecken und dass ich es dann transkribieren kann. Ähm, zu Beginn bitte einfach mal erzählen, du arbeitest als angestellte Dolmetscherin in der Gehörlosenambulanz XXX.

B04: Genau.

I: Ähm erzähl' mir einfach mal, wie bist du dazu gekommen, was ist deine Ausbildung, was ist deine Tätigkeit dort, welche Erfahrung hast du dort schon alle gemacht?

B04: Ok, ähm das ist eh schon relativ viel. Ähm ich bin auch ganz durch Zufall so wie du, äh also... zur Gebärdensprache gekommen. Es war, ich hab keine verwandten Gehörlosen, ähm... ich bin relativ talentiert in Sprachen, habe schon einige berufliche Stationen hinter mir und war immer eher unglücklich und ähm... ich bin damals sozusagen in den ersten Lehrgang von GESDO reingerutscht, also ich hab den ersten Durchlauf, ich war beim ersten Durchlauf dabei von 2003 bis 2006, 2006 jetzt abgeschlossen und 2007 praktisch die ÖGSDV, die Verbandsprüfung und ähm... die Situation war damals so, wir haben natürlich äh... als Praktikanten in der Ausbildung haben wir... haben wir auch die Gehörlosenambulanz kennengelernt. Und in der Gehörlosenambulanz war die Situation damals noch so, wir... es war eine Dolmetscherin angestellt, die Frau XXX, die war aber eher im Sozialbereich tätig. Also die hat die sozialarbeiterischen Tätigkeiten durchgeführt und ähm... es gibt ja auch einen medizinischen Bereich und dazu ist zu sagen, dass in der Gehörlosenambulanz ähm... die Mitarbeiter grundsätzlich alle gebärdensprachkompetent sind und im Medizinbereich, der hat aus zwei Mediziner bestanden und die Krankenschwester, die hat zusätzlich eben auch diese Dolmetscherin im Krankenhaus gemacht und bei den Ärzten und die waren immer relativ schnell verschlissen, die Krankenschwestern, also Burn-Out oder entsprechend. Und jetzt war der... der... zur damaligen Zeit war der Allgemeinmediziner, der Oberarzt XXX und sein Kollege, der Oberarzt XXX, haben das Medizinische abgedeckt. Und der der Oberarzt XXX war sehr erpicht, dass jetzt eine Dolmetscherin angestellt wird. Weil er eben mitbekommen hat, dass der Lehrgang, äh... dass ein paar Dolmetscherinnen rauskommen und äh... es waren sehr viele, die da wenig Interesse gehabt haben, also erstens wussten sie ja: „Uh, Gehörlosenambulanz, eher ältere Gehörlose, Medizin,...“ Also das Setting liegt auch nicht jedem, also nicht jeder kann ein Blut sehen. Ich habe eine Kollegin gehabt, die wäre sehr in der Favoritenrolle gewesen vom Oberarzt XXX, weil die ist eine HNO-Schwester, ganz eine gute und liebe Freundin von mir in XXX, das ist ungefähr eine Stunde Fahrtzeit von da weg und äh... die war aber auch immer noch geringfügig angestellt während der... während der Ausbildung und wollte dann auch wieder zurückgehen, also Teilzeit halt als Schwester arbeiten und Teilzeit als Dolmetscherin und eh es wäre ihr einfach zu wenig gezahlt worden, auch die Fahrkosten und letztendlich ist das nicht zustande gekommen. Ja und ich war irgendwie Zufall, weil ja mich hat es schon interessiert, und äh... ich bin eher Sicherheitstyp, also ich wollte schon eine Anstellung haben, weil ich nicht gewusst habe, wie ich das mit der Freiberuflichkeit so hinbekomme, wie ich meinen Lebensunterhalt äh... finanziere und letztendlich bin ich übrig geblieben und bin jetzt seit zehn Jahren dort inzwischen Teilzeit tätig, also mit einer Karenzzeit dazwischen. Vor der Karenz waren es 20 Stunden, äh... sie haben mich dann... es ist dann noch

eine Kollegin dazugekommen, die meine Karenzvertretung übernommen hat, die hat dann noch 5 Stunden dazubekommen, das stört mich nicht, weil es sind so viele Überstunden und aus dieser Tätigkeit heraus ergeben sich so viele Termine, die ich freiberuflich verrechnen kann, als es gibt genug Arbeit sagen wir so, genau und ähm ja äh ich habe zwischenzeitlich immer wieder überlegt: „Machst du noch etwas anderes?“, weil natürlich äh... es wird Routine, obwohl natürlich medizinisches Setting ist nie Routine... ähm und... und... und es hat immer wieder Phasen gegeben, da war die Luft draußen, weil das Setting ja sehr viel an Wartezeiten, also man sitzt sehr viel ab und ich habe immer ein bisschen auch die Sorge gehabt, ich werde betriebsblind, also ich war immer froh, wenn ich in der Freiberuflichkeit ah... andere Settings auch abdecken kann dolmetschmäßig, aber sonst so, seit ein zwei Jahren ist mir sehr sehr bewusst, dass... oder habe ich das Gefühl, dass im Krankenhaus, wir bedienen ja das angeschlossene Krankenhaus XXX beziehungsweise wir gehören ja zu den XXX, ähm... dass ich da als fixer Bestandteil auch wahrgenommen werde. Also vorher war das nie so äh... „Ja, da ist eine Dolmetscherin, wer ist das...“ und so, aber jetzt... ich habe das Gefühl, also die die Ärzte, auch das medizinische Personal, die nehmen mich wahr, und äh... das hat sehr viele Vorteile, da also da habe ich... Vertrauen hat sich da aufgebaut äh... das sehr viel, ein Ort von Kollegialität, das sehr viele Vorteile bringt. Das heißt, ich habe ja nicht nur Termine... im Vergleich zu den Freiberuflern die da fixe Termine im Kalender stehen haben, die habe ich schon auch ähm... aber... aber wir müssen auch immer flexibler agieren. Also in Akutfällen, das ist eben diese Vor- oder Nachteil einer Anstellung... äh... werden wir angerufen, äh... „Ja, da ist ein Gehörloser oder wir brauchen jemanden für die Visite.“, oder... Also das ist immer und... und da schau ich halt schnell, dass ich schnell darauf reagiere. Ich besorge Ersatz, wenn ich selbst gerade am Arbeiten bin und ja... und insgesamt diese Atmosphäre da, die wirkt sich positiv aus, also auch auf das Setting. Die Ärzte sind froh, wenn wer kommt, äh... der Gehörlose ist froh, wenn ein Dolmetscher da ist, also insgesamt sehe ich das als sehr positiv und ähm... bin auch sehr gern in dem Bereich, also ich brauche schon natürlich auch diesen Ausgleich anderer Settings, aber... Genau und ähm... zu meinem Bereich gehört also auch ähm... also ich habe einen Arbeitskollegen, einen hörenden Pfleger, der in der Gehörlosenambulanz die pflegerischen Tätigkeiten macht und wir haben eine gehörlose Ordinationsassistentin, die übernehmen so die Therapien und grundsätzlich läuft es so ab, äh der Oberarzt XXX, das ist der Allgemeinmediziner, mein Kollege und direkter Vorgesetzter, von dem bekommen wir die äh... von dem bekomme ich die Überweisungsscheine wohin er die gehörlosen Patienten zuweist. Ich vereinbare irgendwann die Termine in den Facharzt also in den Fachar... äh in den Fachambulanzen, aber in den niedergelassenen Fachärzten, so dass ich äh... die oder die anderen zwei Kolleginnen, die noch angestellt sind in der Ambulanz... darauf komme ich gleich zu sprechen... dass wir das... dass wir die Termine im Krankenhaus abdecken können, also das ist auch so die Auflage, wir dürfen keine externen Dolmetscher äh... bestellen für Termine im Krankenhaus. Ja, also das ist so schon die Vorgabe. Ausnahme sind natürlich äh... Urlaub oder Krankheit oder Akutsituationen und so weiter und sofort. Ja, also ich vereinbare die Termine, äh... mache mir dann äh mit dem Gehörlosen einen Treffpunkt aus, meist ist es der Eingang äh bei XXX oder XXX, XXX und XXX haben eine Spitalspartnerschaft, das heißt wir sind auch dazu äh an... äh angeleitet, die Termine äh... bei XXX über unsere Angestelltenstunden abzudecken und so läuft das im Grunde. Also und... und wir decken alles ab, diese stationären Aufnahmen inklusive Visite, wir sind dann auf Abruf bereit und äh... natürlich auch die Termine bei den niedergelassenen, wobei man eben sagen muss, unsere Stundenkapazität ist sehr beschränkt, wir haben in der Woche, also für jeden Tag fünf Stunden, ich decke ab Dienstag, Mittwoch, Donnerstag 15 Stunden, äh... die Kollegin die XXX macht Montag 5 Stunden, die ist den Rest der Woche auch noch sozialarbeiterisch tätig, die hat Pädagogik studiert und die... ja, ältesteingesessene Dolmetscherin in der Gehörlosenambulanz, das ist die XXX, die ist auch im Sozialbereich hauptsächlich tätig, die übernimmt dann noch am Freitag fünf Stunden äh Medizin, genau.

I: Und wie kann man sich das vorstellen, habt ihr dort alle ein Büro, seid ihr auch daheim auf Abruf oder nur innerhalb der Zeitspanne von Hausnummer 9 bis oder...?

B04: Grundsätzlich, ähm die... die Kolleginnen, die haben ihr eigenes Büro, weil sie sowieso im Sozialbereich tätig sind, die haben einen eigenen, richtigen Raum mit Schreibtisch. Ich bin... ich bin also, wir sind alle im gleich Stockwerk, Gehörlosenambulanz erster Stock. Das ist wirklich so, die Gehörlosenambulanz oberen Stockwerk, es gibt die Autisten-Ambulanz und so weiter und so fort und ich im medizinischen Stützpunkt, das heißt, es ist ein Anmeldepult, da sitzt der Pfleger XXX, also mein Kollege, gebärdensprachkompetenter Kollege und die äh die XXX, die gehörlose Ordinationsassistentin und ich habe im hinteren Bereich einen Schreibtisch, also da ist schon auch immer ein Kommen und Gehen, äh und... und hinter mir sind dann diese äh... Therapiekabinen oder genau.. und ich habe halt dann meine Pin... oder meine Pinnwand, wo ich halt dann meine Termine oder meine Mappe mit den äh... Überweisungsscheinen oder die ganze Terminorganisation passiert. Ich habe mich immer geweigert, ähm... ein Diensthandy zu haben, also mir ist lieber ein Handy. Und ja, mit der... mit der Arbeitszeit ist das bei mir relativ flexibel, ich

muss dazu sagen, ich halte es flexibel, grundsätzlich wäre es von 8 bis 13 Uhr, ähm... ich habe das Glück, also ich habe jetzt eine fünfjährige Tochter, also ich habe das Glück, die ist im Kindergarten, also die Oma hin und wieder die Kleine abholen kann vom Kindergarten, also ich arbeite so meistens bis 15 Uhr, grundsätzlich, komme halt dafür einmal später ähm... und versuche halt das immer wieder durch Zeitausgleich zu regulieren, bin aber noch sehr frei, habe wirklich keine Vorgaben vom XXX ähm... und und ich schaue, dass ich so ökonomisch wie möglich arbeite, also ich schaue schon, welche Termine sind wichtig zum Vereinbaren oder was muss ich schnell abgeben, das ist halt auch der Vorteil der Erfahrung, also ich bin relativ frei in meinem Tun und die Kolleginnen genauso.

I: Das heißt, ein gehörloser Patient kommt in die Gehörlosenambulanz, kommt zum Doktor XXX, kommt dann wieder raus, und ähm... hat eine Überweisung bekommen und dann kommst quasi du ins Spiel (B04: Genau). Du vereinbarst dann den Termin und begleitest den Gehörlosen auch zu dem Termin, der entweder im Spital ist, wenn es möglich ist, aber auch außerhalb sein kann.

B04: Genau. Es ist halt oft so, eben diese, dass wir keine... wenig Kapazitäten haben für die Stunden außerhalb, äh... die vergeben wir auch, äh... ich weiß zum Beispiel ungefähr, wenn es jetzt recht dringliche Termine sind und welche Dolmetscherinnen kann ich wählen, die schnell Kapazitäten haben. Genau, wenn es sich um Routinekontrollen handelt, dann gibt es eine Dolmetschvermittlungszentrale, genau so funktioniert es, also es kann auch sein, dass der Doktor XXX direkt dann zu mir kommt, und sagt „Du hast jetzt Kapazitäten, da habe ich was Dringendes“, oder aber auch dass ähm... mein Büro ist sozusagen offen, das neben den Therapiekabinen ist, dass... äh... dass mich schnell eine Gehörlose zu sich ruft und sagt „Ich habe da und dort einen Termin, sie hat einen Befund heim geschickt bekommen und da steht ein Kontrolltermin, kannst du bitte oder hast du jetzt Zeit oder schnell...“ und ähm... ja da fühl ich mich genauso ähm... verpflichtet, das zu organisieren und so so funktioniert das, genau.

I: Ok, also das Thema der Arbeit ist jetzt grundsätzlich die Kommunikation beziehungsweise die Kommunikationsbarrieren auch ja, die Gehörlose im Gesundheitsbereich in ganz Österreich äh... antreffen oder auch nicht. Es, ich möchte sowohl den Status quo nachzeichnen mehr oder weniger, ähm... ??? derzeit welche barrierefreien Angebote gibt es und wo gibt es noch Stolpersteine und Verbesserungsbedarf. Also jetzt ganz allgemein gesprochen, wie barrierefrei zugänglich oder gut zugänglich würdest du das österreichische Gesundheitssystem für Gehörlose sehen?

B04: Also ich würde sagen, in Oberösterreich sind wir sehr sehr gut aufgestellt. Ich kann jetzt nicht für Gesamtösterreich sprechen. Ähm... Oberösterreich ist sehr gut aufgestellt, zum einen ist ähm... haben wir jetzt den vierten, fünften, sechsten Durchlauf von GESDO, also wir haben ähm... sehr sehr viele... viele Dolmetscher, die auch ad hoc Zeit haben für Termine.

I: Ähm, nur zur Klärung, GESDO ist Ausbildung von... also die Dolmetscherausbildung und die bleiben aber dann in Oberösterreich, die kommen ja aus allen Bundesländern her...

B04: Das stimmt, äh... es gibt schon eine Drop-Out-Quote oder wenn ??? sagen, „Ok, dass passt doch nicht für mich“ oder sehr viele eben noch Teilzeit arbeiten, aber im Vergleich zu anderen Bundesländern, ich glaube, haben wir den größten Dolmetschanteil ähm...und eben auch, also das traue ich mich jetzt auch objektiv, ich bin zwar angestellt in der Gehörlosenambulanz, aber das Service ist schon sehr, sehr gut, also ähm... Gehörloser kommt in die Gehörlosenambulanz und wird eigentlich sofort allgemeinmedizinisch betreut, also immer irrsinnig mit Wartezeiten verbunden oft, weil zurzeit haben wir leider nur einen Allgemeinmediziner, es wird... es wird gerade ein zweiter gesucht. Aber das funktioniert auch gut, also wir haben einen Vorteil, diese Vernetzung mit dem Sozialbereich, mit der Arbeitsassistent, dass da relativ...äh... das... das Team ist also sehr multidisziplinär, äh dass die Wege sehr kurz sind, wenn jetzt... ah... was weiß ich, ein medizinischer Patient ah irgendwelche sozialarbeiterischen Fragen hat, auf die Schnelle kann ich kurz durchrufen, „Hast du Zeit? Er braucht noch was“, die Kollegin im Sozialbereich... Also ich, aus dieser Sicht würde ich sagen, äh... ist das Angebot sehr sehr breit und gut auch.

I: Also gerade die Gehörlosenambulanzen werden auch international immer wieder als Best-Practice-Beispiel sozusagen hervorgehoben. Ähm in der Schweiz zum Beispiel wird das als Vorbild quasi genommen, um selbst zu versuchen, Gehörlosenambulanzen zu begründen auch. Ähm und es ist toll, dass es immerhin vier in ganz Österreich gibt. Ähm, aber der ländliche Bereich, wahrscheinlich nicht in Oberösterreich, wenn es so viele Dolmetscher gibt, aber in Niederösterreich, zum Beispiel, ist der ländliche Bereich ähm... sehr unterversorgt. Es gibt keine Gehörlosenambulanz in Niederösterreich, die nächste ist also in Wien, oder Linz

ähm... und Dolmetscher gibt es auch nicht sehr viele beziehungsweise sind auch die Wege sehr weit. Ähm... jetzt muss es aber auch dafür mehr oder weniger Lösungsansätze geben und es sind schon in vorangegangenen Interviews ähm... Lösungsmöglichkeiten wie zum Beispiel ein Dolmetschbereitschaftsdienst für Notfälle erwähnt worden, was meinst du dazu?

B04: Ja, gute Sache natürlich. Also wir haben ähm... eine Dolmetschvermittlungszentrale in Oberösterreich, die äh... die wird von einer ähm... Kollegin, von der Frau XXX geführt, die auch ursprünglich die Ausbildung begonnen hat und dann aber abgebrochen. Und äh.. also ich bekomme immer wieder mit, ich nehme wenig Termine von ihr, da ich eh selbst eingedeckt bin, aber dass da auch am Wochenende Anfragen kommen. Auch im Akutfall oder Polizei, Unfall, äh.... aber grundsätzlich natürlich... äh... unbedingt. Also...

I: Woran scheitert es, dass es bisher noch nicht umgesetzt ist?

B04: Mhm, an der Finanzierung, also Finanzierung ist sicher eine ganz eine große Sache, ja... Also da jemanden implementieren, der äh... der die Koordination übernimmt, und ich weiß, dass die die XXX von der Dolmetschvermittlungszentrale weit über ihre Stunden arbeitet. Also das ist, glaube ich, fast schon Ehrenamt was die Frau leistet. Und ähm... und dass es da schon oft, also ich glaube, die... die Dolmetschvermittlungszentrale ist an den Landesverband auch angegliedert und und da gibt es einfach nicht mehr Mittel für die Finanzierung. Also, ich glaube, es ist einfach so, wie in allen Bereichen, also sogar wir im Krankenhaus haben... ich und meine Kolleginnen, wir haben Statistiken gemacht, dass wir mehr Angestellten-Dolmetschstunden bräuchten, um alles adäquat abdecken zu können, aber die ganzen Statistiken helfen uns nicht, im Gegenteil, das wird, das ist eh überall gleich, es wird ständig reduziert, genau. Ich würde glauben, ad hoc, es ist die Finanzierung und ja, ich meine sicher, ganz ehrlich äh..., wenn man pragmatisch denkt, auch die Bequemlichkeit der Dolmetscher sozusagen, ich will am Wochenende meine Ruhe haben, da nehme ich mich ganz ehrlich nicht aus, weil... weil es ist trotzdem ein anspruchsvoller Bereich... ähm und da ist es ja... da ist es sicher gut, dass es viele Junge gibt, die noch sehr ambitioniert sind, aber, ich glaube, es wäre möglich mit einer entsprechenden Finanzierung.

I: Also wenn auch die Entlohnung dementsprechend wäre, dass man Bereitschaftsdienst hinzuzieht...

B04: Ja, ja, also ich glaube, dass die Dolmetscher zum gängigen Dolmetschertarif durchaus bereit wären, nicht alle vielleicht, ähm... ich finde jetzt unsere Entlohnung nicht so schlecht, aber ich glaube es geht einfach auch darum, ähm... eine Stelle zu implementieren, die das Ganze äh...

I: koordiniert...

B04: Koordiniert, genau.

I: Eine weitere Idealsituation, oder die Idealsituation wäre natürlich, wenn es mehr Ärzte gäbe, die die Gebärdensprache beherrschen. Also in Deutschland wurde 2010 eine große Gehörlosenstudie durchgeführt, die Mainzer Gehörlosenstudie von Johannes Höcker. Er hat ähm... über 800 Gehörlose befragt, jetzt muss ich ganz kurz meinen Schummelzettel konsultieren ... Ähm... und ja auch da ist eben heraus gekommen, dass natürlich ja an erster Stelle, wenn kein Dolmetscher verfügbar ist und auch dort ist natürlich der Dolmetschermangel ein Thema, ähm... wünschen sich die Gehörlosen am meisten, dass der Arzt selbst ÖGS-kompetent ist oder zumindest Basisgebärden kann. Kennst du irgendwelche anderen Ärzte, abgesehen von der Gehörlosenambulanz, die gebärdensprachkompetent sind?

B04: Nein, nein leider. Also, ich glaube, ich habe schon einmal von einer Fachärztin gehört, die auch gebärdensprachkompetent ist, und meistens geht es aber nicht über zwei, drei Module hinaus. Also ich kann mir dann auch nicht vorstellen, dass das auf dem Niveau kommuniziert werden kann, das es braucht, damit eben der gehörlose Patient wirklich gut versorgt ist. Also leider, ja.

I: An zweiter Stelle in Deutschland ist damals gekommen, dass sie sich ähm... das aufschreiben, also dass das Aufschreiben auch sehr hoch platziert war, überraschenderweise, weil gleichzeitig sehr viele angegeben haben, dass ihre Schriftkompetenz ganz und gar nicht gut ist. Ja und dass es, obwohl es eine Selbsteinschätzung war, die ja immer bisschen höher ist, was das angeht. Also auch da muss vielleicht auch... ist es denkbar, dass da auch eine Sensibilisierung der Gehörlosen erfolgen muss?

B04: Äh, Sensibilisierung in die Richtung, dass die schriftliche Verständigung nicht reicht, oder...?

I: Zum Beispiel. Also, dass vielleicht... dass es ihnen vielleicht selbst nicht bewusst ist, ähm... dass ähm... viel an Inhalt verloren geht oder, dass nicht alles verstanden wird, wenn kein Dolmetscher da ist?

B04: Da würde ich eher umgekehrt sagen, Sensibilisierung an die Ärzte, wenn... wenn da... wenn der Gehörlose das Gefühl hat, er kennt sich aus oder er ... ich weiß, also ich würde da die Verantwortung beim Gehörlosen lassen, also wenn er der Meinung ist, es reicht schriftlich... Ich kenne... ich kenne sehr viele also ähm... autarke Patienten sozusagen... ähm... die... die eben auch im ländlichen Bereich wohnen, aber immer wieder die Gehörlosenambulanz aufsuchen, die sagen, „Für mich, wenn es Routinekontrollen sind, reicht es, da habe ich lieber kürzeren Weg und und kommuniziere schriftlich mit dem Arzt und habe die Info, die ich brauche, statt diesen... diese lange Fahrtzeit und für kompliziertere Termine, da nehme ich mir einen Dolmetscher“. Also, ich glaube ... ja ich... ich würde die Verantwortung eher beim Gehörlosen lassen.

I: Es ist nämlich auch ein Ergebnis gewesen, ein ganz signifikantes sogar, also sowohl in Deutschland im Rahmen der Mainzer-Gehörlosenstudie ist herausgekommen, dass nur 41 Prozent einen Dolmetscher überhaupt mitnehmen zum Arzt. (B04: Sehr spannend) Nicht sehr viel eigentlich und auch in Österreich, die Marien Apotheke in Wien hat eine Befragung von 100 Gehörlosen durchgeführt, ähm... und auch da ist heraus gekommen, dass über 65 Prozent der Befragten alleine zum Arzt gehen. Also ungefähr dasselbe Ergebnis eigentlich, mehr als 60 Prozent (B04: Spannend) nehmen keinen Dolmetscher mit. In Deutschland ähm... hat man aufgrund der Kombination mit anderen Ergebnissen einen Schluss gezogen, dass es teilweise daran liegt, dass sie über die Kostenerstattung nicht informiert waren, (B04: Mhm, gut ok.) ähm... und ja, dass sie eben auch keine Dolmetschererfahrung hatten, also, dass quasi die Hemmschwelle, einen Dolmetscher mitzunehmen eventuell hoch war. Ähm... in Österreich wurden... wurde nach den Gründen nicht gefragt, aber was könnten da noch weitere Gründe sein?

B04: Also, ich glaube, in Österreich, oder eben ich kann wieder sehr für Oberösterreich sprechen, ist es schon sehr bekannt, also die Finanzierung an die Gehörlosen, ähm... was ich eher vermute ist, dass... äh... man ist einfach trotzdem, man kann sich als Dolmetscher nicht in Luft auflösen, das ist schon eine äh... sehr intime Geschichte. Der Dolmetscher bekommt das mit, auch wenn er Schweigepflicht hat, so oder so, ... Also, ich glaube, dass viele das einfach nicht wollen, weil ihnen das zu privat ist und sie sagen dann doch „Nein, da gehe ich lieber alleine“. Und eben, wie schon gesagt, äh... bei sehr vielen... viele nehmen vielleicht die Eltern noch mit oder kennen den Hausarzt schon aus der Kindheit und äh... der passt sich dann auch an, soweit möglich, oder sind eh zufrieden mit der Kommunikation, mit der kommunikativen Situation ähm... beim Termin. Also, dass es... dass sie wenig Erfahrung haben oder, dass Hemmschwelle hinsichtlich der Beauftragung eines Dolmetschers, ja wenn man natürlich den Dolmetscher nicht kennt, natürlich, also das und... und... und äh... ihn dann auch vertraut zu machen mit eigenen Diagnosen oder ja, also ich würde diese... diese Faktoren sehen.

I: Dass mit dem Dolmetscher kennen, ist auch ähm... eine ganz wichtige Erkenntnis eigentlich aus der Studie, die auch die XXX mitgeleitet hat, die ich eben erst gelesen habe, wo Dolmetschsettings in Österreich und Deutschland quasi von den Dolmetschern selbst bewertet wurden hinsichtlich mehrerer Faktoren und ähm... dass sich Dolmetscher und gehörloser Patient kennen, war einfach ganz essentiell auch für die Vertrauenssituation oder dass sie überhaupt angefordert werden. Also dass...

B04: Das ist ganz, ganz wesentlich, äh... das erlebe sogar ich und da eben auch sehr positiv, wenn ich jetzt zurückblicke... ähm... zum Zeitpunkt der Anfänge von meiner Dolmetschung, äh... es war schon immer ein Abtasten, ja... Wie wird das sein und nach zwei Jahren war ich sozusagen ein wenig schon etabliert als die Dolmetscherin... äh... im Gesundheitsbereich und... und ich kann mich noch gut erinnern, so nach zwei Jahren habe ich einmal also reflektiert und habe mir gedacht „Wow, da ist jetzt, ah... da ist jetzt wirklich etwas passiert also da ist eine Beziehung entstanden“. Dolmetscher – gehörloser Klient, nicht unbedingt freundschaftlich, aber das Vertrauen war da. Das ist ganz, ganz wesentlich und das erlebe ich nach wie vor als sehr förderlich für die Situation beim Arzt in den Ambulanzen und dieses Vertrauen, dieses gegenseitige ah... ah ja... ist... ist sehr, sehr viel wert. Ähm ja ... Also es ist... es ist ja auch so, dass im Gegensatz zu den Freiberuflern, in der freiberuflichen Situation kann sich der Dolmetscher, kann sich der Gehörlose selbst die Dolmetscher aussuchen, das können sie ja in der Gehörlosenambulanz nicht. Also sie sind sozusagen auf mich angewiesen und eben das oder auch die Kolleginnen und äh... ich habe das ganz, ganz selten erlebt, dass da wirklich wer gesagt hat „Nein, ich mag nicht mit der XXX, ich möchte einen anderen Dolmetscher“. Oder mit der Kollegin...Man muss halt auch dazusagen, die Patienten, die in die Gehörlosenambulanz kommen, die wissen das. Ja, also die anderen, äh... suchen sich dann eh ihren eigenen Dolmetscher.

I: Also es ist eigentlich dann ganz essentiell, dass sich der Gehörlose den Dolmetscher selbst aussuchen kann, für die Vertrauensbasis, wenn es jetzt für einen Arzttermin im niedergelassenen Bereich zum Beispiel ist...

B04: Mhm, also wenn ich jetzt zum Beispiel, also ich erlebe es als sehr positiv in der... in der Gehörlosenambulanz, im Rahmen meiner Anstellung, ah... man kennt die Klienten, die Klienten kennen mich, aber zum Beispiel, es ist ja auch so, jetzt ist wieder ein Schwung junger Dolmetscher hat die Ausbildung absolviert und ähm... die haben schnell einmal Zeit eben, wenn akute Termine übernommen werden müssen und da waren die... die Patienten sehr wohl sehr positiv eingestellt. Also es gibt sehr, sehr viele, die sagen, wenn ich sage „Hast du einen Wunschkolmetscher, soll ich den oder den anrufen?“ „Ah ganz egal, probieren wir einmal wen neuen!“, also das erlebe ich genauso, also...

I: Hat sich das über die Jahre verändert oder ist das vielleicht auch abhängig von der Generation und vom Alter der gehörlosen Patienten?

B04: Schwierig, würde ich nicht sagen. Ich glaube, es ist sehr individuell, also es ist wirklich eine individuelle Sache, das ist natürlich abhängig von der Art des Termins, ist es Routine, ist es eher etwas Gynäkologisches, Urologisches, etwas Heikles, oder Augen, so Basisbegutachtungen, ähm... aber ich erlebe da Gehörlose durchaus als sehr offen und es entwickeln sich dann schon wieder natürlich Vorlieben, also, was weiß ich, ein Gehörloser hat jetzt fünf Termine gehabt mit fünf verschiedenen Dolmetschern, und dann sagt er schon „Na, für den nächsten Termin will ich die oder den oder die“ und... und sie behalten sich diesen Dolmetscher auch...

I: ...für die weiteren Termine... Ich frage auch deswegen so genau nach, weil es ja in den letzten Jahren immer wieder Versuche für eine Videodolmetschung gab. (B04: Uh, ja) Videodolmetschen im... vor allem im Krankenhaus oder im ärztlichen Bereich, auch die PVA hat das ausprobiert. Es ist damals im Bereich des Gebärdensprachdolmetschens mehr oder weniger gescheitert, weil es nicht oft in Anspruch genommen worden ist, weil es auch ein Zerwürfnis mit den Dolmetschern selbst gab, soweit ich weiß (B04: Hm, genau) Jetzt wird es gerade neu gestartet oder neu versucht und unter Einbezug auch des Oberösterreichischen Landesverbands, ähm... was sind da die größten, also warum ist das gescheitert, warum, wäre das nicht eigentlich eine gute Lösung für den Dolmetschermangel? Zum Beispiel eben im ländlichen Niederösterreich, oder?

B04: Ja, also ich denke, das... das muss gut abgewogen werden. Sicher, sicher, also für... für Notlösungen sicher, Akutsituationen wie auch immer. Wir haben damals ähm... ich hole schnell aus und und berichte über meine Erfahrung. Es war damals so, dass ähm..., dass die XXX das von heute... dieses Service von heute auf morgen implementieren wollten, weil äh... sie gesagt haben, die Dolmetschkosten explodieren also bei ihnen und wir waren von heute auf morgen damit äh... konfrontiert, dass es geheißen hat, äh... wir, wir bezahlen keine äh... Menschen (*I: Präsenzdolmetscher*)... Ja, danke, also Präsenzdolmetscher genau, danke, Präsenzdolmetscher mehr, weil wir haben jetzt Videos. Äh, das war sehr unglücklich, weil es gab keine Vorlaufzeit, äh und es war wirklich, wirklich schwierig, vor allem wenn wir jetzt an die Patienten in der Gehörlosenambulanz denken, war das Konzept nicht gut durchdacht, also wir haben viele ältere Patienten, gebrechliche, kognitiv schwache Patienten, ah, da ist das fast ein Ding der Unmöglichkeit, also auch gerade bei stationären Aufnahmen, da brauchen... kennen die Wege nicht, brauchen Begleitung, ah und der Zeitfaktor spielt eine Rolle, dann sind... haben wir viele angstbesetzte Patienten, äh... die kennen mich schon oder die Kollegen, also ich, ohne, dass ich mich jetzt in den Vordergrund drängen will, aber ich spreche jetzt allgemein, das war momentan wirklich, wirklich schwierig, weil ich habe gesagt, „Puh, einfach von heute auf morgen“, wir mussten... wir angestellte Dolmetscherinnen äh... alle Termine äh bei XXX auch abdecken, also, weil wir halt angestellt sind, für externe, da äh... wir konnten keine äh... Dolmetscher mehr, keine externen mehr bestellen, weil externe müsste das Krankenhaus selbst bezahlen und da haben sie gesagt „Die bezahlen wir nicht mehr, wir machen das über Video“ und das war ein Wahnsinn, weil ich muss da halt den Dolmetschern, also viel bereits vereinbarte Termine ähm... musste ich den Dolmetschern absagen. Die meisten äh... Gehörlosen haben sich gesperrt, die haben gesagt „Ich will nicht, kein Video“ wir haben gesagt „Probiert es, probiert es“ äh... also wir haben... wir waren die letzten, die gesagt haben,... weil wir wollten auch wissen, wie... wie die Erfahrungen sind. Bei einem Großteil der Patienten war es einfach ein Ding der Unmöglichkeit, eben von der Praktikabilität her und es war dann so, dass es wirklich, es waren zum Teil dringende Termine zum Beispiel Krebspatienten, Bestrahlungen, Behandlungen, keine Ahnung, Nachkontrollen, und die Termine mussten dann äh... weil... weil unser Kalender äh... schon so voll war, nach hinten verschoben werden, und das war schon ziemliche, ein bisschen eine mittlere Katastrophe,

sodass wir mit unsere fünfundzwanzig Stunden pro Woche, das einfach nicht bewältigen konnten. Und äh... ja und eben schon auch im Setting selbst, also beim Termin selbst, es gibt Untersuchungen also es wird so oft der Platz gewechselt, also diese Rahmenbedingungen, dass das sehr, sehr schwer machen äh..., dass da per Video gedolmetscht wird, wir hätten es... wir hätten einige Termine ausgemacht für Gehörlose, da haben wir im Vorfeld die Ambulanz informiert, der Gehörlose stellt das Equipment bereit, schaut, dass... dass da ein Dolmetscher einge... also zugeschaltet ist und hat nicht funktioniert! Auch das Personal war total überfordert, es war viel zu kurzfristig alles eingesetzt und letztendlich hat dann die Firma irgendwie äh... eine Ver... eine Verlautbarung äh... äh herausgegeben, dass die Dolmetscher nicht kooperativ wären oder gewesen wären, ich kann mich nicht mehr genau erinnern, aber ich bin ein sehr friedliebender Mensch, aber da habe dann ich äh... ja, da bin ich dann auch laut geworden, weil ich gesagt habe, dass... es ist letztendlich auch gescheitert.

I: Ja, also es ist auch was, was ich gehört habe, sozusagen, ich war beim Expertentreffen dabei eingeladen, sozusagen, wo das wieder neu gestartet werden sollte. Der Geschäftsführer wurde eliminiert (B04: Genau, genau) mehr oder weniger, es ist jetzt ein neuer da, ähm... sie wollen sehr viel mehr auf die Gehörlosenvereine eingehen und sie starten jetzt quasi, aber eben nicht im medizinischen Bereich, sondern versuchen es mal in anderen Bereichen zu testen, um quasi diese... diese heikle Situation mal außen vor zu lassen. Aber, wie gesagt, also du hast die Punkte schon angesprochen, auch in vorigen Interviews ist quasi das Argument gekommen, dass eben die Gebärdensprache eine dreidimensionale Sprache ist, dass es schwierig ist... Die Umgebung spielt eine große Rolle, die (B04: Die Vorkenntnisse) Kontakt, die Vorkenntnisse und eben, dass man den Dolmetscher kennt...

B04: Genau, das ist ganz wesentlich, also dieses Vertrauen, äh, dass der Dolmetscher kennt den... äh... kennt die kommunikativen Bedürfnisse kennt... äh... unter Umständen das kognitive Niveau äh... vom Patienten, das... das sind so so viele Faktoren, die unterschätzt werden, damit wirklich, ahm, der Termin halt positiv ja oder zum positiven Ende führt, ja oder positive Ergebnisse bringt, ja...Weil letztendlich geht es immer... ist das Ziel immer die Gesundheit oder die Erhaltung der Gesundheit oder wie auch immer ja.

I: Es gibt ja auch gewöhnliche... sage ich jetzt einmal, RelayServices, vom Österreichischen Gehörlosenbund etwa, also die wären für medizinische Settings dann auch eher ungeeignet oder?

B04: ... Dass das sozusagen... ähm... ich weiß nicht, kannst du das kurz mir erläutern, ich habe da wenig zu tun gehabt damit...

I: Also ich habe es auch nur von anderen erläutert bekommen, man ruft ähm... eh auch über Videoanruf an und dann fungiert der Dolmetscher quasi bei einem Anruf als Drittperson (B04: Aso) also ähnlich wie das Videodolmetschen, ja...

B04: Ok, ja, ja es ist im Grunde das Gleiche. (I: Ja) Mhm...

I: Ok, ähm, jetzt ist natürlich immer noch ähm... es ist immer noch so, es gibt einen Dolmetschermangel, es kommen zwar laufend welche nach, aber es sind einfach Bereiche, die dennoch unterversorgt sind, auch wenn es die Gehörlosenambulanzen gibt, die schon im Städtischen oder (B04: Ja) auch in der Umgebung sehr viel leisten natürlich, ähm, aber es muss über kurz oder lang einfach eine Möglichkeit geben, dass da eine sichere Kommunikation, vor allem im Notfall zum Beispiel stattfinden kann. (B04: Ja) Ähm, jetzt gibt es ja auch ähm... die Verwendung, oder immer das immer beliebtere Konzept der einfachen Sprache, also (B04: Ah ok, ja) in ganz einfachen deutschen Sätzen oder mit unterstützter Bildkommunikation Dinge zu erklären, beispielsweise eben Notfallsituationen, vor Operationen oder sonstigen... Wäre das auch eine Möglichkeit?

B04: Bedingt, also ich denke mir immer, man soll sicher ja alle Möglichkeiten ausschöpfen, ich bin... ich... ich sehe es halt immer aus der praktischen Seite, also ich,... ich sehe, ich arbeite schon so lange ah... als Dolmetscher und auch im Krankenhaus und oft ist und auch im einschlägigen, bei XXX und XXX, es gibt immer noch Ärzte, die nicht wissen, dass wir Dolmetscher haben im Haus, also es ist wirklich oft, es ist dann wie... wie verbreitet man ah... solche Medien oder Mittel, Möglichkeiten. Ich bezweifle, dass dann... dass der Arzt oder Polizist im Akutfall ah... die Idee hat, ah... da gibt es ah... einen einfachen Text oder oder auch vielleicht scheitert es am Spezifikum der der Situation (I: Also, dass es daran sein könnte, ok) Also das... das ist jetzt meine spontane Idee dazu, also ja.

I: In Deutschland gab es vom Springer-Verlag ein eigenes Manual sozusagen, also ein... eine Publikation mehr oder weniger, ähm... Gehörlose in der Notfallmedizin, ähm... in München herausgegeben, soweit ich weiß, und von einem Münchner Arzt konzipiert, wo quasi ähm... auch angeregt wird, dass zumindest ähm... Rettungspersonal also Rotes Kreuz, ähm... alle, die irgendwie zu Notfällen gerufen werden, Basisgebärden können, auch wenn es nur ist, dass ich abchecken kann: „Ist der gehörlos oder nicht?“, also die Gebärde für „gehörlos“... ähm und ganz einfache, zwei, drei Gebärden... ähm... damit in einer Situation zumindest festgestellt werden kann, ist derjenige gehörlos oder nicht, was für weitere Schritte, als eine Art Sensibilisierung quasi...

B04: Ja, ja, ... sicher, sicher gut, also wie es ist wieder, wie wie... weit wird das beworben und ich sehe es dann halt wieder aus der praktischen Sicht, wenn jetzt äh, es ist oft so... äh Arzt oder ein Hörender gebärdet, macht zwei, drei Gebärden und der Gehörlose glaubt „Ja, super, der ist gebärdensprachkompetent, mit dem kann ich mich jetzt toll unterhalten“ und dann scheitert es aber, also dann... ah... dann bricht die Kommunikation abrupt ab und im Grunde ist der Situation nicht viel geholfen, aber möglicherweise, also ah... wie gesagt...

I: Also beim Arzt wäre es eigentlich sogar kontraproduktiv, meinst du, wenn er jetzt nur zwei drei Gebärden kann und...

B04: Ich... ich ich erlebe es oft so, eben, der Gehörlose freut sich dann „Ja, super, der kann toll gebärden, brauche ich eh keinen Dolmetscher“ oder und... und... äh... erklärt oder in Gebärde und... und... und der Arzt ist dann total überfordert letztendlich, also genau und das ist dann halt frustrierend für... für alle Seiten, also ich ich weiß jetzt nicht, in einer Notfallsituation oder Akutsituation, es ist eher so, diese... diese Basisgebärden, die man sich halt aneignet, dass die sich positiv auswirken im Sinne von Höflichkeit, Respekt, Wertschätzung, aber darüber hinaus würde ich sagen, ist es wenig effektiv, aber warum nicht, also ich ich... habe das jetzt nicht durchüberlegt ...

I: Ja, nein, nein, also da geht es wirklich nur darum, dass überhaupt mal festgestellt werden kann, ähm... ist der gehörlos (B04: Sicher), was kann passieren, also eine Art Sensibilisierung quasi...

B04: Ist nie schlecht, Sensibilisierung ist nie schlecht...

I: Und auch in Wien gibt es angeblich Sensibilisierungsschulungen (B04: Ok) in Spitälern, ähm... im Umgang mit gehörlosen Patienten, auch die Marien Apotheke in Wien (B04: Super) hat das angeregt, dass die Ärzte im Grätzl sensibilisiert werden auf gehörlose Patienten, um auch Gehörlosen zu ermöglichen ähm... die ärztliche Wahlfreiheit wahrzunehmen (B04: Ja), also das ist natürlich ein Thema, also es ist hervorragend, dass es Gehörlosenambulanzen gibt, ähm... Wenn jetzt aber jemand sagt, genau mit diesem einen Arzt (B04: Genau) oder mit dieser einen Ärztin oder ich möchte lieber einen männlichen einen weiblichen, was auch immer, komme ich nicht zurecht, muss es da auch noch die Möglichkeit geben, woanders hinzugehen...

B04: Ganz, also das ist super, ja, also das... Genauso mit Dolmetschern, also dass der Gehörlose das Recht hat, ah... sich seine Dolmetscher selber auszuwählen. Also ich sage zum Beispiel auch XXX sind ein sehr, sehr beliebtes Entbindungsspital und ah... natürlich sollen gehörlose Mütter das Recht haben, ihren Wunschkolmetscher da mitzunehmen, ah also ich bin die Letzte, die sich da aufdrängt, aber es ist immer wieder ein Kampf mit der Finanzierung, aber ich sage „Bitte, es ist so etwas Wichtiges oder so ein einschneidendes Erlebnis, da ist es ganz wichtig, dass der Wunschkolmetscher mitkommt.“. Aber das ist immer auch... auch bei uns, also viele glauben, sie sind auf mich angewiesen oder so und wir forcieren das schon, wenn einer sagt „Ich will“... auch der von uns überwiesen „Ich will, ich hätte gern den Dolmetscher oder halt einen männlichen Dolmetscher“ ganz klar, dann ah dann sind XXX auch dazu angehalten, den zu finanzieren, also wir bemühen uns darum, es ist nicht immer leicht, aber ja...

I: Also das zumindest wahrzunehmen, ja...

B04: Genau, genau!

I: Ja, also gerade eben diese Situationen, heikle Situationen beim Arzt sind ja in der Dolmetschsituation recht schwierig und was auch in vorangegangenen Interviews angesprochen worden ist,... die Fachkompetenz! Dass ein Dolmetscher ja eigentlich auch eine gewisse Fachkompetenz im medizinischen

Bereich oder eine Erfahrung mitbringen muss, um dort überhaupt adäquat dolmetschen zu können (B04: Stimmt) Siehst du das auch so?

B04: Sehe ich auch so, das habe ich eigentlich erst jetzt mit der Erfahrung ähm ... ja durch durch die vielen Jahre, die ich halt inzwischen in der Ambulanz tätig bin, ist mir das erst bewusst geworden, wie... und eigentlich auch der Wunsch in mir entstanden, mich da auch weiterzubilden, einfach zum Beispiel Anatomiekenntnisse, ganz banale Dinge ja, also ich bin eigentlich äh... ich habe... bin ohne Vorkenntnisse da hineingerutscht und irgendwann weiß man schon Bescheid, also die Routinegeschichten kann man schnell mal dolmetschen, aber ich ich habe jetzt geplant, also ich plane ah... ah... ein Fernstudium zu Prävention und Gesundheit, nicht mit dem Ziel einen eigenen Beruf wieder ah... zu ergreifen, den praktischen Beruf habe ich schon, aber einfach, um mir diese... um diese Kenntnisse zu vertiefen, ja ah... besser zu verstehen, die Abläufe und es hilft ungemein, also auch bei Aufklärungen ah... wo sind die Organe, um was geht es äh... und so weiter und so fort. Aber die Erkenntnisse sind in mir erst sehr spät gereift und eigentlich durch... durch das Tun ja, mhm, also das... das kann ich nur... ja bestärken.

I: Heißt das, dass sich auch Gehörlose die Dolmetscher nach dieser Fachkompetenz aussuchen? Wie kann man das überhaupt feststellen?

B04: Nein, ich glaube so reflektiert äh... ich würde jetzt unterstellen, dass sie nicht so reflektiert sind, weil so weit sind wir in Österreich noch nicht und es ist wirklich so, dass sie froh sind, wenn überhaupt ein Dolmetscher Zeit hat und im besten Fall auch der Wunschkolmetscher oder die Wunschkolmetscherin.

I: Mhm... So, ok, ich schaue jetzt noch einmal kurz nach ... Jetzt noch einmal zurück auf die Kommunikationsbarrieren, kurz, ähm, ich habe mir nämlich auch notiert, dass in der Mainzer-Gehörlosenstudie mehr als 43 Prozent der Gehörlosen angegeben haben, dass sie schon einmal das Gefühl hatten, aufgrund einer Kommunikationsbarriere eine falsche Diagnose bekommen zu haben...

B04: Puh...

I: Kennst du solche Situationen aus Österreich ebenso, kommen Gehörlose zu euch, um sich noch einmal etwas erklären zu lassen, was sie bei einem anderen Arzt vielleicht (Tonfehler) oder sind da solche Situationen schon einmal untergekommen?

B04: Eher, eher selten, also wir haben mit sehr viele Patienten, nicht nur, also wir haben sehr, sehr viele mündige Patienten, aber ich bin jetzt sehr, ich erlebe einen Patientenkreis, die eher wenig, also ah durch... eher schwach sind und eher ältere Generation, die sind froh, wenn überhaupt jemand mit ist, die haben kein... überhaupt keinen Bezug zu ihrer Gesundheit, zu ihrem Körper, es gibt wirklich also erschreckend... erschreckend viele, die ihre Diagnosen nicht kennen äh... die auch keine Lehren ah... ziehen aus irgendwelchen Therapien oder, die das umsetzen dann zuhause, das erschreckt mich immer wieder, also für die sind Tabletten gelb, grün oder blau oder bestenfalls für den Blutdruck, aber alles was dann schon spezifischer wird „Weiß ich nicht“ ah und so weiter und so fort, also...

I: Gut, dass du das ansprichst, das ist nämlich auch ein ganz ein essentielles Thema bei mir, nämlich die Gesundheitskompetenz, unter der man das ja dann eigentlich zusammenfassen kann, also das Wissen über die eigene Gesundheit, wie erhalte ich diese, was sind Krankheitssymptome, welche gibt es, wie nehme ich was oder wie... wie nehme ich meine Rechte im Gesundheitssystem wahr sozusagen, ja, die gehört also eindeutig gestärkt...

B04: Ja, unbedingt, unbedingt, genau

I: Das ist natürlich... wahrscheinlich können wir jetzt mal die Lehre daraus ziehen, von dem was wir bisher wissen, auch der teilweise sehr schlechten Ausbildungsmöglichkeit für Gehörlose geschuldet (B04: Ganz sicher, mhm) und ähm, dass es eben keine oder kaum Informationen in Gebärdensprache zu diesem Thema gibt...

B04: Sicher oder zu wenig...

I: Ja, kennst du Angebote in Gebärdensprache zu Gesundheitsthemen?

B04: Leider, nein

I: Also, wie gesagt, ich kenne die von der Marien Apotheke, wo eben Informationsvideos zu Gesundheitsthemen in Gebärdensprache aufbereitet werden, gedreht werden...

B04: Ich kenne nur allgemein die äh... Gebärdensprache, also äh... die wirst du auch kennen, ja also es ist ein Nachrichtenportal, ah ... es gibt... es gibt, war das nicht eh auch vom ÖGLB, vom Österreichischen Gehörlosenbund ah... so ja so Lexika, so kleine Büchlein ja, aber das sind Basics ja „ich krank“ ah... das und das und das... also es ist... wir sind da wirklich noch sehr an der Basis, würde ich sagen.

I: Also das wäre auf jeden Fall auch ein wichtiges Ziel (B04: Sicher), weil äh... und das bringt mich da eigentlich eh auch schon wieder zum nächsten Punkt, ich habe ein ganz interessantes Projekt gefunden aus Salzburg, das nennt sich SALUS, ähm... da wurden also... es ist es hat nichts mit Gehörlosigkeit oder mit Gehörlosen zu tun, sondern ähm... es wurden Migranten quasi also die Gruppen der Migranten, wo die Gesundheitskompetenz oft auch eher gering ist, wo das Wissen um das Gesundheitssystem in Österreich gar nicht da ist, logischerweise auch, weil sie einfach woanders herkommen, gerade erst, auch bei welchen die schon jahrelang da sind, fehlt das oft... Es wurden also Interessierte aus diesem Bereich, die selbst eben einen Migrationshintergrund haben, ahm... in eigenen Lehrgängen ausgebildet zu sogenannten Gesundheitslotsen, sie wurden ausgebildet, ähm... es wurde Wissen über Gesundheitsvorsorge vermittelt, Wissen über das Gesundheitssystem, welche Rechte hat man als Patient, wo kann man sich in welchem Fall wann wohin wenden, was wird ersetzt von den Kosten her, Versicherungssystem, diese Basics (B04: Super), um das Gesundheitssystem, um einfach auch diese Gesundheitskompetenz zu stärken und diese Lotsen, fertig ausgebildeten Lotsen sollten dann eben ihre eigenen Landsleute mehr oder weniger da (B04: coachen) als als Mentor ja oder als Begleiter fungieren, ja und sie eben an dieses Gesundheitssystem heranführen.

B04: Ja, das ist eine ganz tolle Geschichte, also...

I: Ja, wäre das eben für Gehörlose auch eben denkbar?

B04: Unbedingt, ja, also das... das wäre auch praktikabel, gerade wir erleben eben auch... in den letzten Jahren haben wir einen massiven Zugang an Migranten, an gehörlosen Migranten und Migrantinnen (I: Das noch dazu, ok) Genau, ja... müssen schauen, ahm... wir haben auch so... das ist auch an die... an unser Institut angeschlossen, die die Jobcom, das ist so ein ah... Projekt für ah... gehörlose Migranten und Migrantinnen, die praktisch ah... ja mit den österreichischen Gepflogenheiten ah... betraut werden, also es ist... ah... sie werden, sie bekommen Deutschunterricht, wie sind die Gepflogenheiten in der österreichischen Gesellschaft, wie schreibt man Bewerbung, also das ist so... auch so quasi Starthilfe und mit denen sind wir natürlich auch gut vernetzt, also die sind im direkten Nachbarhaus der Gehörlosenambulanz und... und die kennen unseren Medizinbereich, also das funktioniert dann auch schon ganz gut also das halte ich für eine sehr tolle Lösung dieses mit den Gesundheitslotsen...

I: Ja, mhm... also nicht nur für gehörlose Migranten, sondern auch generell, weil da eben auch für Gehörlose, Oberösterreicher... Österreicher generell

B04: Sicher ja, du meinst jetzt mit mit Gebärdensprachdolmetscherin und dem Lotsen praktisch in Kombination...

I: Generell genau, einfach dass Gehörlose selbst als solche Lotsen ausgebildet werden...

B04: Unbedingt, ja

I: Also ich, ich aus meiner Erfahrung kann sagen, dass ähm... in der Marien Apotheke eben gerade der Umstand, dass unser Apotheker selbst gehörlos ist, ja ahm... das macht das Angebot zu etwas ganz anderem (B04: Auf alle Fälle) noch einmal, also er wird sehr oft konsultiert auch in medizinischen Fragen, die er dann natürlich nicht beantworten darf und kann, aber...

B04: Also dieser Peerfaktor ist ein ganz ein besonderer (I: Genau, ja), weil das stimmt, ja also das erlebe ich auch... dann auf einer Ebene zu identifizieren mit dem, der mir was beibringt, das ist ganz etwas anderes, als eine Autorität, die mir irgendwie fremd ist oder die ja... wo ich... wo die Hemmschwelle viel größer ist nachzufragen und so weiter. Also das ist sicher eine ganz ganz tolle Geschichte.

I: Und hinzu kommt eben die Muttersprache sozusagen, also und es ist ja auch ein kultureller Hintergrund, der dann ähnlich oder gleich ist, Hörende und Gehörlose haben ja auch eben nicht unbedingt die gleiche Kultur, den gleichen kulturellen Hintergrund (B04: Stimmt) also das können wir eigentlich auch (B04: Unbedingt, ja) beobachten. ... Gut, ähm, ich glaube wir haben so gut wie alles ... abgedeckt, für mich wäre einfach noch eine ganz wichtige Frage, äh... kennst du barrierefreie oder Best-Practice-Beispiele, tolle Beispiele aus anderen Ländern in der Gesundheitsversorgung Gehörloser ... (B04: Nein) oder aus anderen Bereichen vielleicht, die man da anwenden könnte ...

B04: Leider, ich bin so mit der Basisarbeit immer beschäftigt, deshalb finde ich das auch so toll heute, dass wir dieses Workshop haben, weil man ist einfach so immer an der Basis und trotzdem Einzelkämpfer und konfrontiert mit Stundenknappheit, dass man so selten dazukommt über den Tellerrand hinauszuschauen... Ja, aber da kann ich dir leider...

I: Na es ist es ist natürlich meine Abschlussfrage (B04: Ja, ja na klar) im Sinne von „Gibt es Anregungen aus (B04: Sicher, sicher) anderen Ländern oder Dinge, nach denen man strebt, weil man es irgendwo anders her kennt?“, skandinavische Länder sind ja angeblich sehr (B04: Sowieso) fortgeschritten im Bereich der Gehörlosen...

B04: Ja, genau die sind sehr sehr fortgeschritten, aber wie... wie das dann konkret aussieht dort, ah... ich weiß zum Beispiel, doch in Holland gibt es ah... eine spezielle, das ist ah... gibt es spezielle Altersheime für Gehörlose, ich glaube ich (I: Wurde auch schon erwähnt), weiß nicht, ob du die schon kennst, ja genau, also das ist eine ganz tolle Sache, das ist auch bei uns die Überlegung, also wir haben, der XXX ist da irrsinnig engagiert immer, ah... wir haben ein Seniorentherapiezentrum gegründet, das leitet auch die XXX, also eine von diesen zwei anderen Dolmetschkolleginnen, ähm wirklich, wo Gehörlose Pen... äh Senioren, die sonst wirklich vereinsamen würden ah... bei uns eine Tagesstruktur bekommen, also da wir haben gebärdensprachkompetente Psychologen, die mit ihnen ein Training, kognitives Training machen oder einfach Feste werden organisiert, man ist zusammen und so weiter und sofort...

I: Aber sie wohnen nicht dort...

B04: Sie wohnen nicht dort, nein genau...

I: Sondern es ist quasi nur Tageszentrum...

B04: Genau und es ist direkt bei uns in der in der Gehörlosenambulanz im... ja implementiert genau...

I: Also auch aus Wien hört man immer wieder, dass gerade für ältere Gehörlose, es gibt zwar reichlich Pensionistenklubs, aber eben das Angebot in Pflegeheimen oder Seniorenheimen, eben, dass sie wieder zusammen sind, damit das nicht so ein Rausreißen aus der bestehenden Community ist äh... wird ganz stark nachgefragt und es gibt eben bei uns, also wir haben dann jetzt eine Kooperation mit dem Seniorenheim im 6. Bezirk in Wien angeregt, der Leiter ist neu und ganz begeistert von (B04: Super) der Idee und möchte eben für Gehörlose eigens Betten zur Verfügung stellen, er hat als Start quasi schon mal einen Pensionistenklub bei sich im Heim gegründet (B04: Super) und einen Gehörlosen angestellt (B04: Ja, also das ist ja ganz toll, ganz eine tolle Idee) sehr hat auch ein wirklich die Initiative ergriffen und wir unterstützen uns da natürlich gegenseitig, denn wir sind quasi Nachbarn...

B04: Also da kann ich mir wirklich vorstellen, dass dies explodiert, also da ist der Bedarf sehr sehr groß und ich weiß auch von zwei Gehörlosen, die äh... in, ich weiß nicht, in einer betreubaren Wohnsituation, also im im gleichen Gebäude leben und... oder es gibt auch ein Heim, ich weiß jetzt leider nicht, ich habe das jetzt noch nicht so hinterfragt, ah... die da ??? sensibilisiert sind, wo die Mitarbeiter auch zum Teil gebärdensprachkompetent sind, ich muss mich da genau erkundigen Cornelia, ich weiß das jetzt leider nicht genau, aber ähm... ich glaube, dass da der XXX eben irgendwie dran ist, oder eben, weil wir so viel Patienten haben (I: Mit dem habe ich eh auch noch ein Interview) die ja genau ah wo wir überlegen, „Ja, was tun wir mit dem“ ja also da ja genau...

I: Ja, also es ist interessant, dass man auch eigentlich dann noch einmal spezieller sagen kann, besonders ältere Gehörlose brauchen dann noch mal (B04: Genau), ich habe in anderen Interviews auch vernommen, dass ähm... immer wieder mal gesagt wurde, dass auch Kinderärzte oder generell die Betreuer von gehörlosen Kindern oder gehörlose Eltern mit hörenden Kindern ähm... dass da auch eine große Lücke gibt, zumindest in Wien wurde das da...

B04: Wir haben jetzt einen Kinderarzt angestellt bei uns, der ist aber nicht nur ähm... für die Gehörlosenambulanz angestellt, sondern auch für die neurolinguistische Ambulanz äh... der der XXX übersteht sozusagen, da geht es mehr um allgemeine Kommunikationsschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen und der versorgt äh... der äh... Kinderarzt versorgt auch die Gehörlosen zum Teil und auch eben ah die Kinder, also der hat ah... der war halt so auf Zack auch, der hat innerhalb kürzester Zeit äh... die Gebärdensprache gelernt, (I: Super, toll, ja) und ah... übernimmt auch die allgemeinmedizinische Vertretung vom Oberarzt XXX, wenn der eben auf Urlaub ist und das funktioniert auch sehr gut, also und der übernimmt glaube ich auch die Mutterkindpassuntersuchungen, ich weiß jetzt nicht konkret, wie es aussieht, aber ich weiß nur, dass er sehr gut arbeitet und auch sehr gut... also das Angebot sehr gut angenommen wird. Nur ist die Kapazität halt wieder sehr, sehr, sehr beschränkt, weil er eben für andere Bereiche sehr eingespannt ist und genau...

I: Interessant, ja aber gut zu wissen, dass es so etwas überhaupt gibt. Also das ist eh quasi, wir haben jetzt sehr viele Angebote abgedeckt, es gibt Gehörlosenambulanzen (B04: Genau), es gibt in Wien die Apotheke mit dem gehörlosen Apotheker ähm... gibt es noch irgendwelche äh... also jetzt das Seniorentherapiezentrum haben wir auch noch erwähnt, noch irgendwelche anderen barrierefreien barrierefreien Angebote, die jetzt...

B04: Ja ja, ja ja auf alle Fälle, die ah... das gehört eben auch zu den Barmherzigen Brüdern, das ist eben auch ein Werk vom Primar Fellinger muss man sagen, diese Lebenswelten, ich weiß nicht ob du von denen schon gehört hast, (I: in) ah... erste war Lebenswelt Schenkenfelden und die also, da ist der Bedarf irrsinnig... Nein, Schenkenfelden, ahm... Wallsee und Pinsdorf, ich glaube jetzt drei, nagel mich nicht fest, also die... da werden eben ah... Gehörlose ähm... mehrfach Beeinträchtigte versorgt, also sowohl, der Überbegriff ist Lebenswelt und die ahm... zwei Unter ah –kategorien sind Arbeits- und Wohnwelt, das heißt ähm, das hab ich na auch noch vergessen, die Barmherzigen Brüder haben ein zweites Projekt, nicht nur die Jobcom sondern auch noch die VIScom, in der VIScom ah... werden Gehörlose ausgebildet zu ähm... wie nennt man das ... Kommunikationsassistenten für visuelle Kommunikation, Assistenten für visuelle Kommunikation, also ah... ja eine Art Behindertenpädagogen kann man sagen und die werden in diesen Einrichtungen auch implementiert, da geht es eben auch um diese Peerbeziehung, also ah... die ah... betreuen die Gehörlosen äh... mehrfach Beeinträchtigten in der... sowohl in der Tagesstruktur als auch in der Wohnwelt, aber immer äh... aber das Ziel ist natürlich gemischt, hörend und gehörlos und... und das erlebt einen wahnsinnigen Boom, also da sind auch, also wir haben Warteplätze, ich würde da empfehlen dem Primar Fellinger näher zu befragen, aber da ist der Bedarf unheimlich und ah... ich glaube das letzte, die letzte Lebenswelt war Pinsdorf, die eröffnet worden sind und da haben sie zwei Jahre vorher schon... also war die Anmeldeliste voll, also...

I: Es gibt scheinbar auch sehr viele Gehörlose, die mehrfach beeinträchtigt sind, ja...

B04: Ja, Taubblinde, wie auch immer...

I: Und Usher-Syndrom, ja...

B04: Usher-Syndrom ja... ah Spastiker, zusätzliche kognitive Beeinträchtigungen, ja, genau...

I: Ok, und ahm in Bad Ischl gibt es ein Kurzentrum (B04: Ah ja), das sich spezialisiert hat (B04: Ja, genau), oder?

B04: Ah, da ist halt, also unser Allgemeinmediziner, über unseren allgemeinen Mediziner werden zwei Turnusse im Jahr ah... angeboten für die Gehörlosen zum Beispiel Raucherentwöhnung oder Bewegungsapparat und ah... die das Personal dort ist auch gebärdensprachkompetent, tolle Geschichte und während des Turnus, also es ist immer eine bestimmte Zahl Gehörloser fährt dort hin und es ist dann schon... es wird ah schon auch mit zwei Dolmetschern abgedeckt ahm und der Oberarzt XXX fährt neben seiner Tätigkeit da in XXX ah am Nachmittag oder zu Mittag immer weg und hält dann dort Vorträge oder eben betreut zusätzlich ah die Patienten oder informiert die Ärztekollegen vor Ort über die Bedürfnisse der jeweiligen Patienten, also genau... das habe ich noch vergessen, also das ist auch...

I: Also auch eine starke Vernetzung...

B04: Ja ja genau, mhm...

I: Das heißt, es gehört auch zu den Barmherzigen Brüdern?

B04: Nein, das ist Rehamed Tisserand aber ich weiß nicht, wie... wie da die Partnerschaft oder die Kooperation entstanden ist, ich glaube einfach auch, die haben halt signalisiert „Super, das gefällt uns mit Gehörlosen“, viele... für viele ist das immer eher Ballast, andere sind dem positiv eingestellt. Ich glaube, das ist immer sehr individuell und so entstehen dann eben fruchtbare ah Beziehung oder auch nicht, genau...

I: Ja, interessant, also das ist quasi auch der Tenor oft ja, dass einzelne Initiativen oder das Interesse...

B04: Das ist mein, also das ist mein Eindruck ja... (I: Die Einstellung auch) Genau, würde ich schon sagen ja auf alle Fälle...

I: Ja.. Ich rede jetzt auch völlig subjektiv, aber auch in der Studie, die jetzt... die jetzt zu den Dolmetschersituationen durchgeführt wurde, ist herausgekommen, dass zum Beispiel bei den Ärzten, ganz stark die Einstellung der Ärzte ähm... beeinflusst, wie sie mit den Gehörlosen und den Dolmetschern umgehen, (B04: Ja) und ob sie dem aufgeschlossen und positiv gegenüberstehen oder interessiert...

B04: Ja, oder ob sie es als Ballast empfinden!

I: Oder eben ob sie es ablehnen und genau ja

B04: Genau, das stimmt auf alle Fälle, mhm

I: Ok ... ja wenn du noch irgendwas hast, das du mir mitteilen möchtest oder (B04: Ich würde es dir vielleicht per Mail noch) was dir selber noch einfallen, ja sehr gern, (B04: Ja, machen wir es so) ja, wenn du möchtest, schicke ich dir das fertige Transkript (B04: Unbedingt, wollte ich fragen, ja) zur Kontrolle

B04: Also nicht zur Kontrolle, aber weil es mich sehr interessiert, weil ich halt von dir jetzt einige Inputs bekomme, die mich selbst...

I: Nein, also die fertige Arbeit bekommst du natürlich (B04: Aso) wenn es dich interessiert, ja aber auch das Transkript von diesem Interview wenn du möchtest...

B04: Ja gern, aber nicht zur Kontrolle, aber war, hat mich sehr gefreut.

I: Ja, mich auch, (B04: war sehr anregend) also es ist jedes Interview wieder mit neuen Erkenntnissen und wirklich also, wie gesagt, es ist so offen gestaltet (B04: Mhm, war super), auch, dass ich immer wieder einfließen lassen kann, was in vorherangegangenen Interviews gesagt worden ist (B04: Ja klar), das ist einfach, es ist ja auch eine kleine Welt sage ich jetzt einfach mal (B04: Stimmt), ja...

B04: Und ja, ich finde es toll, weil es mich ein bisschen aus der Betriebsblindheit wieder herausbringt oder neue Anregungen, deshalb auch, danke von meiner Seite!

I: Also wie gesagt, vielen Dank von mir aus (B04: gerne).

Interview B07, 13.6.2017

I: Gut, liebe XXX, nochmal Dankeschön, dass du dir Zeit nimmst für dieses Interview. Ich freue mich, dass wir heute gemeinsam das Gespräch führen können. Wir haben ja schon im Vorhinein einige Dinge abgeklärt, ich hab dir erzählt, was mein Forschungsbereich ist und worum's ungefähr geht. Du hast mir auch schon einiges erzählt, nämlich über deine Tätigkeitsbereiche, aber ich bitte dich noch einmal, ausführlich zu erzählen. Was machst du denn alles, das sind ja vielfältige Aufgaben, die du wahrnimmst,... Ähm... besonders eben auch, welche Erfahrung hast du zum Thema Gehörlosigkeit im Gesundheitsbereich, im Gesundheitssystem oder den Zugang zum Gesundheitssystem und... ja, bitte erzähl einfach mal!

B07: Na sehr gerne, das ist eine lange Geschichte! Im Hauptberuf bin ich Mutter, ich hab zwei Kinder, ich lebe in Niederösterreich, bin verheiratet. Ich... mein Studium ist bald abgeschlossen, ich mache Komparatistik, Vergleichende Literaturwissenschaft, und bin bald fertig damit. Und ich arbeite auch als Lehrerin für Österreichische Gebärdensprache und zwar in XXX. Und ehrenamtlich arbeite ich beim Österreichischen Gehörlosenbund, bin im Vorstand Mitglied als Sekretärin und meine Tätigkeiten sind auch noch in der Plattform PLIG, da geht's mehr um den pädagogischen Bereich, um Erziehung, gehörlose

Personen zu unterstützen, dass sie zu Bildung kommen... Ja... und da gibt's noch andere Sachen... In meinem Ort XXX bin ich auch ein bisschen politisch aktiv XXX... es geht um Barrierefreiheit, für die wir uns einsetzen... Hab ich noch irgendwas vergessen? Und ich mache auch an der Fachgebärdenentwicklung bei GESTU mit, äh... Ich bin als Co-Leiterin dort beschäftigt, es geht darum Fachgebärden für den akademischen Bereich zu entwickeln, um die Gebärdensprache einfach anzupassen an dieses Niveau... Ja... XXX Und früher habe ich sehr viel auch als Diskriminierungsbeauftragte gearbeitet, habe Beispiele gesammelt für Diskriminierungen und da habe ich natürlich noch viele Kontakte mit Gehörlosen, die ich auch noch weiter unterstütze. Und mir geht es jetzt durch die Plattform PLIG auch darum, die gehörlosen Eltern zu unterstützen, die CODA-Kinder haben, wie sie die bestens fördern können... Und im Unterricht bei XXX komm ich drauf, dass wahnsinnig viele Defizite da sind und diese Gehörlosen da auch keine Gebärdensprachkompetenz haben oder gering, weil sie eben in hörenden Familien aufgewachsen sind. Also in hörenden Familien... und die bleiben, ... die behalten dann diese Kommunikationsbarriere ihr ganzes Leben lang und das ist ... ich sehe also sozusagen sehr viel, erfahre viel, weil Gehörlose mir viel erzählen und das versuche ich halt einzubringen in meine Arbeit.

I: Vielfältige Aufgaben, wie ich schon gesagt habe, also... Du hast ja die Kommunikationsbarrieren ja eigentlich selbst gerade angesprochen, die betreffen natürlich viele Bereiche, also zum Beispiel in der Bildung. Aber auch, und da ist es ganz besonders heikel, den Gesundheitsbereich... Du hast gesagt, du hast als Diskriminierungsbeauftragte gearbeitet... Gab es da auch Fälle... ähm... oder welche Fälle bezüglich Gesundheit hast du da irgendwie erlebt? Dass der Zugang zum Gesundheitssystem eingeschränkt möglich war, oder...?

B07: Ja, ich erzähle dir gern einige Beispiele... Ein ur... also ein Problem, das es früher gegeben hat, das jetzt aber kaum mehr auftritt, ist, dass die hörenden Eltern sich Sorgen gemacht haben, dass die gehörlosen Mädchen schwanger werden und deshalb haben sie heimlich Sterilisierungen ... Sterilisation durchführen lassen, wenn die irgendwie gerade im Spital waren und dann später haben sie sich gewundert, warum sie nicht schwanger werden können und haben dann erfahren, dass sie sterilisiert wurden damals mit 14, 15... „Ja da war irgendwas mit dem Darm, eine Operation, ich erinnere mich nicht...“, in Wahrheit war es aber eine Sterilisation! Also das ist eine riesige Diskriminierung, die da oft passiert ist, das heißt, die Hörenden haben dann sozusagen das Leben der gehörlosen Frauen definiert und bestimmt... Aber das ist in letzter Zeit nicht mehr vorgekommen... Nicht, dass ich davon erfahren habe. Und ein großes Thema ist natürlich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die Dolmetscher, wenn es die gibt, aber da gibt es dann wieder das Problem mit den Dolmetschkosten, wer bezahlt das? Und hat natürlich auch mit dem Bildungsstand der Gehörlosen zu tun, ob sie das wirklich verstehen können... die Gebärdensprachkompetenz hängt da auch daran, die Deutschkompetenz... ja... Medikamente, wenn sie da diese Beipacktexte lesen, verstehen sie nicht, wie sie... was da drinnen ist und wie sie es einnehmen sollen und so... Da hängen irrsinnig viele Dinge daran und die Basis ist trotzdem wieder die Bildung und das hat riesige Auswirkungen auf das ganze Leben. Und oft machen das dann Hörende, die das übernehmen, ja... Der Gehörlose weiß nicht... wird dann sozusagen unselbstständig aufgezogen und plötzlich muss er es dann selbst übernehmen und kann das überhaupt nicht und ist überfordert. Und die früher waren ja die Dolmetscher wie Sozialarbeiter, sie haben halt da ein bisschen unterstützt, aber auch gesteuert, das ist jetzt nicht mehr und jetzt müssen die Gehörlosen selbst das machen und sind natürlich total überfordert, vor allem die Älteren! Das heißt, es gibt doch immer wieder den Bedarf, dass Dolmetscher da mehr eingreifen. Es gibt da noch viele Sachen, ja... Zum Beispiel jetzt, die Dolmetschersituation, die wir hier haben, ich als Gehörlose schaue dich bewusst an, weil wir zwei sind die Gesprächspartner! Oft ist es so, dass der Gehörlose den Dolmetscher fixiert, ja, weil er ihn sehen muss, aber es ist ihm nicht bewusst, wie er mit dem Dolmetscher umgehen soll... Und er spricht sozusagen eigentlich mit dem Dolmetscher und nicht mit dem Arzt, ja... Wenn der Arzt mich etwas fragt, dann gebärdet mir das der Dolmetscher und dann antwortet der Gehörlose: „Aber du weißt doch, wir haben vorher geplaudert!“ Und wenn das natürlich gevoiced wird, denkt sich der Arzt, „Worum geht es da?“ Also sie können die Rollen nicht auseinander halten,... die Situation nicht adäquat... das Verhalten anpassen an die Situation... also das gibt... da gibt es wirklich große Probleme, weil sie einfach das Wissen für die Kommunikation und so nicht haben. Und man nimmt an, der Arzt weiß eh alles und akzeptiert alles... Kritische Überprüfung dessen, was der Arzt sagt oder verschreibt, passiert nicht! So ist es... Es ist einmal passiert, dass mein Vater ein Medikament bekommen hat, das hat er nachhause gebracht und mich gefragt, was das... da hab ich gesagt: „Was ist denn das?“, das war in der Gehörlosenambulanz... Und hat sich dann irgendwie nicht ausgekannt... und ich habe gesagt... Mein Vater ist gehörlos, muss ich dazu sagen, ich komme aus einer gehörlosen Familie und mein Vater hat sehr geringe Bildung, ja, er ist ein sehr einfacher Mann... Und ich hab das halt jetzt ausgepackt und hab das gelesen und mir fällt sofort auf, das darf er nicht nehmen, wenn er Herzprobleme hat und mein Vater hat Herzprobleme!

Er ist Diabetiker auch dazu, also beides sind Kontraindikationen gewesen und er hat das bekommen und ich habe dann gesagt: „Du gibst das jetzt sofort zurück!“ Ich war damals 14, 15! Bin mit meinem Vater wieder zurückgegangen und habe gesagt: „Mein Vater kann das nicht nehmen!“, dann sagt der darauf: „Na, da hab ich nicht nachgeschaut in der... in dem Beipacktext“... Es ist alles dokumentiert über seinen Gesundheitszustand, er geht immer hin und trotzdem ist das passiert! Ja, das heißt, der Gehörlose ist nicht in der Lage, oft das zu kontrollieren, was der Arzt da entschieden hat! Und das müsste man sozusagen... Als Hörender würde man das vielleicht tun und würde das dann nochmal mit dem Arzt besprechen, aber die Gehörlosen können das gar nicht. Die vertrauen den Hörenden blind, ja... Der Arzt weiß schon, was er tut... Die sind ja auch nur Menschen, die können auch Fehler machen und ich habe meine eigene Verantwortung, ja? Und ich muss natürlich auch die Information dem Arzt geben... Ich bin zuckerkrank, ich habe Herzprobleme, ja... Wenn er mehr Information hat, kann der Arzt besser entscheiden! Und die Gehörlosen denken sich, „Naja, das passt eh alles, ich weiß nicht...“ Also sozusagen, die fragen auch nicht nach! Und aus denen Information rauszuholen, ist schwierig, ja... Wenn er bessere Information hat, würde der Arzt natürlich auch besser entscheiden. Und die Kommunikation, das ist das Überthema, aber da geht es ja um viele Arten... ja... die Arzt-Patienten-Kommunikation, auch die Lesekompetenz, Kommunikation mit dem Text, auch zu wissen, was passt für mich, ja... Ich gehe zum Hautarzt, da kann ich natürlich nicht über Themen der Gynäkologie reden! Ja, also oft einmal wissen sie es nicht... Das ist ein Facharzt, der weiß dann alles! Aber das stimmt ja überhaupt nicht, der hat ja nur einen Spezialbereich! Ja... habe ich das... die Dolmetscherrolle hab ich schon erwähnt... ja... (Pause 7s)... Auch für die Zukunft wird es natürlich da mehr Bedarf für taube Dolmetscher geben. Es gibt so einfach oder sehr gering gebildete Gehörlose, deren Sprache noch sehr niedrig ist, mit denen... äh... da herauszufinden, was sie für Symptome, was sie für Probleme haben, da werden taube Dolmetscher immer mehr gebraucht werden, glaube ich. Und das ist aber auch ein Widerspruch zu diesem Videodolmetschen, das da die Spitäler jetzt einführen wollen... Die denken sich, „Na da stellen wir einen Bildschirm hin und die Sache ist erledigt! Und die Kosten sind geringer.“ Aber wir Gehörlose... für Gehörlose ist das hart! Das ist eine Hardcore-Situation... Hohe... Hoch gebildete Gehörlose können sehr ... können mit so einer Videokommunikation vielleicht umgehen, aber für einfache Gehörlose kann das überhaupt nicht sein, da brauchen wir Präsenzdolmetscher, da brauchen wir zusätzliche Übersetzung, da geht auch nicht einfach Eins-zu-Eins-Dolmetschen und aus, sondern da muss man wirklich auch erklären! Und dieses Videodolmetschen, da war die große Kritik, dass die Selbstbestimmung den Gehörlosen da entzogen wird... Da wird ihnen einfach ein Dolmetscher vorgesetzt und ähm... man war nicht bereit, einen Präsenzdolmetscher zu nehmen, man hat gesagt: „Na, da ist eh eine Dolmetscherin sozusagen am Video!“. Aber ich möchte mir das aussuchen können, mit wem ich zum Arzt gehe! Das ist meine freie Entscheidung und meiner Meinung nach auch mein Recht... mein Menschenrecht... Also, dass ich mir da aufdrängen lasse, mit wem und in welcher Form ich die Dolmetschung bekomme, das will ich nicht! Da gibt es noch so viele andere Themen... (Pause 13 s) Das Allgemeinwissen von Gehörlosen ist sehr gering oft. Einfache Sachen, die man eigentlich wissen sollte... Dass man zum Beispiel irgendein Medikament mit Milch nicht nehmen kann... Und da steht ja zum Beispiel... Die Apotheker melden das, man sollte die Milch nicht dazu oder danach essen... Oder zwei Stunden vorher oder nach der Milch kann man es essen... Der Gehörlose denkt sich: „Na, das muss ich eh nicht einhalten!“ Sie bekommen also die Erklärung nicht, die Logik fehlt ihnen da... Man soll irgendwelche Dinge nicht miteinander nehmen, da halten sie sich nicht dran, weil sie es nicht verstehen! Und dann Impfung... Impfung solltest du haben zu dem Thema... „Ja, das brauche ich doch nicht!“ „Wieso, wofür brauche ich denn das?“ Also viele Dinge nehmen sie gar nicht ernst... Und das hat natürlich mit dem niedrigen Bildungsstand zu tun und mit dem Problem, dass sie oft schon als Kinder ausgeschlossen waren in der hörenden Familie... „Du musst das ja nicht wissen, du musst die Tabletten nehmen.“ Aber es wird nicht erklärt, warum und welche das sind und es wird denen auch nicht erklärt, was sie für andere Regeln einhalten... Ja und so bekommen sie das halt von klein auf nur vorgesetzt, ohne zu wissen, worum es geht und das bleibt ihnen dann natürlich.

I: Du hast ganz, ganz viele wichtige Themen schon angesprochen, eigentlich... Ähm... Ich habe jetzt einfach nur mal stichwortartig notiert quasi, ähm... denn das entspricht eh auch meinem Interviewleitfaden, also das sind wirklich die Dinge, die eigentlich auch am Brennendsten sind ... und ähm... vor allem, wichtig ist mir... Du hast angesprochen die Kommunikationskompetenz einerseits und die Gesundheitskompetenz, also quasi das Wissen, das Allgemeinwissen, aber auch das Wissen über Gesundheit, ähm... welcher Facharzt ist wofür zuständig, wann ähm... wie verhalte ich mich quasi, um meine Gesundheit zu erhalten auch, ja... Dieses Allgemeinwissen, ähm... dass das relativ niedrig ist, was natürlich auf die Bildung zurückzuführen ist. Jetzt geht es natürlich darum und das ist auch in den österreichischen Gesundheitszielen... Es gibt 10 Gesundheitsziele und da ist auch festgelegt, ein ganz wichtiger Punkt ist die Gesundheitskompetenz der

Bevölkerung zu stärken, ja... Da geht es nicht um irgendwelche bestimmten Gruppen, sondern da geht es um die Allgemeinbevölkerung schon, ja... Aber hier ist es natürlich ganz besonders wichtig. Kennst du irgendwelche speziellen Maßnahmen, die da schon getroffen wurden, kennst du irgendwelche barrierefreien Angebote, die Informationen in Gebärdensprache zum Beispiel zur Verfügung stellen oder Beratungsangebote in dieser Hin... in dieser Richtung?

B07: Naja, die Gehörlosenambulanz wäre da natürlich zu nennen. Es gibt einige in Österreich,... Linz, Wien, ... Aber ich finde, es sollte in jedem Bundesland eine geben, das wäre wichtig! Und, dass nicht nur auch der Arzt, ein Arzt gibt... zum Beispiel im Warteraum sollte man Gebärdensprachvideos anzeigen, ja... zu verschiedenen aktuellen Themen aus dem Gesundheitsbereich... Jetzt war die Masernimpfung irgendwie ein Thema, ja... Dass man das... Das sollte man in Gebärdensprache in den Ordinationen zeigen, also in diesen Warteräumen von den Gehörlosenambulanzen. Es ist auch schwierig, die Leute zu erreichen... früher waren die Gehörlosen ja in den Gehörlosenschulen, aber jetzt sind die zum Teil integriert und es gibt keine Zentren mehr in dem Sinn. Man sollte halt versuchen, sie mit Information regelmäßig zu versorgen. Zum Beispiel im WITAF haben wir jetzt eben... Sreco Dolanc macht ja,... Mag. Sreco Dolanc macht ja da jetzt Vorträge immer wieder zu verschiedenen Gesundheitsthemen... In der Gebärdensache gibt es... in der Zeitung der Gehörlosen... des Österreichischen Gehörlosenverbandes, gibt es auch immer wieder Gebärden oder Themen Gesundheit... und vor Kurzem weiß ich... nein, ist schon ein bisschen länger her... Hab... Haben wir... war ein Projekt Suchtprävention, da hat die Dolmetscherin eh mitgearbeitet, da wurde Information der Stadt Wien war das... und da ging es um Information und Verbreitung... Das sollte man ja auch mehr aktuell halten und immer weiter verbreiten, das ist halt jetzt leider ein bisschen in Vergessenheit geraten. Und Barrierefreiheit ist jetzt immer wieder auch ah... mit Einblendungen, mit Gebärdensprachvideos gibt es das ab und zu, aber ich hab halt das Gefühl, es ist noch immer viel zu wenig. Bei mir in der Schule in XXX gibt es auch Unterricht in Ernährungswissenschaft und da lernen sie sehr viel dazu, aber die Allgemeinbevölkerung bekommt das natürlich nicht mit, ja... Also immer wieder solche Videos zu produzieren... und natürlich die Apotheke... Marien Apotheke hat diesen gehörlosen Apotheker, der ja auch immer wieder Videos macht und ich denke da wird schon die Frequenz recht hoch sein, dass viele Leute kommen, die viele Dinge nicht verstehen oder Probleme haben. Es gibt schon einige gute Angebote, aber.... Ja...

I: Und um noch einmal auf die Probleme sozusagen zurückzukommen, die Gehörlose allgemein im Gesundheitssystem ähm... haben können generell... Du hast einerseits angesprochen die Arzt-Patienten-Interaktion natürlich, wir sind auch kurz auf die Gehörlosenambulanz zu sprechen gekommen, wo das ja eigentlich ja barrierefrei... es ist ja ein barrierefreies Angebot, funktionieren sollte... Du hast ein Beispiel erwähnt, wo es trotzdem nicht geklappt hat... Natürlich gibt es auch da Gründe. Zum Beispiel, also... was bräuchte es zusätzlich zur Gehörlosenambulanz noch... Oder gibt es auch da Verbesserungsbedarf deiner Meinung nach? Denn die ist ja grundsätzlich... wird ja auch als internationales Best Practice Beispiel für andere Länder präsentiert und ist ja auch ein barrierefreies Beispiel...?

B07: Ich weiß... die Gehörlosenwelt ist ja ziemlich klein. Ich gehe nicht in die Gehörlosenambulanz. Ich kenne dann alle, die plaudern mit mir und ich möchte... verliere dann meine Anonymität. Aber viele... für viele Gehörlose passt das gut, es ist wichtig, dass die Kommunikation gut klappt. Aber es gibt auch... da gibt es eben gehörlose Pflegepersonen auch... Es ist immer dasselbe Problem: Wenn ein Hörender Gebärdensprache lernt und eine gute Kommunikation hat... Aber trotzdem ist die Gebärdensprache nicht so wie bei einem Muttersprachler oder der Gehörlose ist sich dessen nicht bewusst, dass er nicht alles wirklich verstanden hat, ja... dass nicht die gesamte Information durchkommt, ja... Vielleicht kann man in der Gehörlosenambulanz vielleicht einmal Workshops durchführen, welche Informationen braucht der Arzt wirklich, dass Kommunikationsstrategien verbessert werden. Aber ich denke, allgemein ist die Gehörlosenambulanz gut, ja... Und... Und die Frühförderung gibt es in Linz dabei, die CI- und Hörgeräteberatung. Also, ich denke, da gibt es schon einiges... Ah ein gebündeltes Angebot sozusagen... Aber, was passiert mit den anderen Leuten oder in den Mainstream-Praxen? Wie kann man alle Gehörlosen äh... informieren beziehungsweise... es fehlt noch sozusagen die Information in der Allgemeinbevölkerung über Gehörlosigkeit. Das heißt, wenn der dem Arzt sagt „Ich bin gehörlos“, dann müsste der eigentlich schon wissen, wie er damit umzugehen hat und das ist nicht der Fall. Zum Beispiel im Rad... Wenn die Rettung zum Beispiel kommt... Wenn ein Gehörloser zum Beispiel verletzt ist oder gar bewusstlos ist... Woher weiß man, dass der gehörlos ist oder wenn er gehörlos ist, der gestikuliert dann sozusagen... Und wie soll jetzt der Rettungssanitäter damit umgehen? Die Rettung... die müssen halt auch schnell arbeiten, die können jetzt nicht lange warten, die müssen jetzt auch ins richtige Spital die Leute bringen! Ein Gehörloser... damit das Spital sozusagen schon etwas vorbereiten kann, Dolmetscher heranziehen kann oder so... Das

funktioniert ja überhaupt nicht in Notfallsituationen. Im Spital, wenn einer zur Operation liegt und dann aufwacht im Aufwachraum und wenn der dann zum Beispiel das Personal wechselt, dann muss immer wieder dazu sagen: „Ich bin gehörlos“, „Ich bin gehörlos“, „Ich bin gehörlos“, das ist einfach schwierig und mühsam für den Gehörlosen, ja! Und in dieser medizinischen Umgebung ist sozusagen Lautsprache die einzige Form der Kommunikation... Die reden nicht... Und wenn der nicht reden kann: „Um Gottes Willen, was machen wir jetzt?“. Ja dann muss man halt aufschreiben, muss man halt gestikulieren, was immer! Und die sind dann völlig aus der Bahn, ja... Es gibt so ... vier mögliche Kommunikationskanäle und die Ärzte denken nur ans Sprechen und ans Hören sozusagen damit automatisch... und das ist schwierig! Ich bin anders gestrickt! Da sind sie immer völlig ratlos... Wir sind im Jahre 2017, eigentlich könnte sich das schon herumgesprochen haben, wie man mit Gehörlosen umgeht. Wo kann man gebündelte Angebote finden, dass man weiß, Gehörlose können dort hingehen, dort ist man ganz gut aufgehoben? Zum Beispiel... Äh... Wenn die bei den Barmherzigen Brüdern jemanden aufnehmen, der gehörlos ist, gibt es die Ambulanz, die sind aufgeklärt... Aber in anderen Spitälern, Mödliner Krankenhaus zum Beispiel, die haben überhaupt keine Ahnung, wie sie damit umgehen sollen... Ich sage dann oft „Ich bin gehörlos, bitte holen Sie mich ab, wenn ich an der Reihe bin, weil die Durchsage höre ich nicht.“ Das ist jetzt schon viel besser, früher bin ich stundenlang herumgesessen und dann haben die mich nicht gerufen! Und bestimmte Ärzte sind einfach stur... der HNO-Arzt zum Beispiel... typisch! Das ist ein spezielles Thema, die HNO-Ärzte... „Bitte holen Sie mich, ich bin gehörlos“, der wird gleich ganz nervös „Jajajajaja...“, was soll das? Du als Arzt für HNO müsstest doch wissen, dass es Gehörlose gibt? Und die reden dann so übertrieben mit mir, damit ich von den Lippen lesen kann... Mein Gott, die sollen das halt aufschreiben, verdammt noch einmal, da fehlt das Verständnis für den Patienten und der Respekt... Und ich hab ihm oft gesagt: „Mein Akt – kann man das vielleicht auf das Bett drauf schreiben, dass ich gehörlos bin oder im Akt groß vermerken, dann muss ich das nicht jedem erzählen!“ Bei einem... im Unfallkrankenhaus... in meiner Datei sollte man einfach... oder bei meinem Akt sollte man einfach schreiben: „Ich bin gehörlos“ und aus... Ich sehe, das funktioniert jetzt langsam an gewissen Stellen. Vor Kurzem war ich im Mödliner Landeskrankenhaus und habe bei der Anmeldung gesagt: „Ich bin gehörlos“, das haben sie inzwischen schon geschafft in den Akt zu schreiben.... Ich sitze und wie ich zum Arzt... Und ich warte und warte und warte und da gehen die Leute hinein... Und dann geht die Tür auf und dann sehe ich, dass einer mich ruft, ja... Stehe ich auf und gehe hin... Aber ich habe es... Habe mich sozusagen... Ich habe ihn gelobt, ja, habe gesagt: „Sie kommen mich holen, das finde ich super!“, da hat er geantwortet „Ja, das steht in Ihrem Akt und daher habe ich gedacht, ich muss Sie wohl suchen gehen.“ Aber ich habe das Gefühl, dass die Schwestern und die Krankenpfleger besser mit Menschen umgehen können. Die fragen dann, ob alles in Ordnung ist... Ja, da braucht man ja nicht viel Worte, nicht? Das ist irgendwie ein angenehmes Gefühl, wenn sie einen sozusagen als Mensch behandeln... Bei den Ärzten ist das ein bisschen anders! Oder der kommt einfach und stellt sich vor mich und redet los und reißt meinen Verband runter.... Sage ich: „Moment! Was möchten Sie überhaupt von mir? Worum geht es denn da?“... „Ja, ich muss das untersuchen die Wunde...“ Sage ich: „Ja, Moment! Ich bin gehörlos, können Sie bitte mit mir kommunizieren, worum geht es jetzt? Dann gebe ich Ihnen meinen Arm für den Verband.“ Na, der nimmt einfach meinen Arm und will den Verband entfernen... Also, so der Umgang einfach! Ich bin jetzt ein bisschen schief gelaufen... Maßnahmen war noch die Frage, oder?

I: Ich höre jetzt... Ich knüpfe jetzt da gleich einmal an, an die Geschichte, ich höre ja auch heraus, du bist alleine zum Arzt gegangen? Das haben auch schon groß angelegte Studien in Deutschland unter Gehörlosen ergeben, dass viele allein zum Arzt gehen... Und auch in Österreich, in Wien, durch eine Befragung der Marien Apotheke ist das heraus gekommen... Da gibt es natürlich auch verschiedene Gründe, warum jemand keinen Dolmetscher mitnehmen kann oder will... Vielleicht kannst du dazu noch etwas sagen? Oder auch zu deinen persönlichen Gründen zum Beispiel?

B07: Es gibt bestimmte Situationen, wo ich sehr wohl einen Dolmetscher mitnehme, wo es um wirklich heikle und kompliziertere Themen geht, aber ich muss natürlich Vertrauen zu dem Dolmetscher haben! Ich möchte... Ich bin eine bekannte Person und ich möchte nicht vor den Dolmetschern meine Geschichte auspacken... Manchmal habe ich das Gefühl, äh... das geht... das ist nicht gut für mich. Aber ich möchte auch eine direkte Kommunikation haben. Wenn ich sozusagen... Wenn es nicht, wenn es mit dem Ablesen nicht funktioniert, soll der Arzt das aufschreiben. Ich finde, das ist halt auch ein didaktischer Effekt, dass der Lehr... äh, dass der Arzt versteht und wie er damit umgehen soll. Wenn der Dolmetscher da ist, dann sieht der Arzt oft den Dolmetscher an und ich hab keine direkte Kommunikation, ich fühle mich wie ausgeschlossen! Und viele Hörende wissen noch nicht, wie sie mit der Dolmetschersituation umgehen müssen... Das muss sich noch verbessern, das verstehe ich... Und ich möchte Kommunikation... Ich bin lautsprachlich gut, kann gute Leistung bringen und... Für mich ist wichtig, dass ich halt dann im Notfall dann schriftlich kommuniziere und ich bin natürlich gut gebildet, ich bin hoch genug gebildet, dass ich mit so einer

Kommunikation per schriftlich dann auch in der Fachsprache kommunizieren kann. Also ich kann mir das aussuchen, will ich einen Dolmetscher, will ich schriftlich, will ich ablesen und so weiter. Aber viele Gehörlose haben diese Wahlsituation nicht, die haben nur einen Weg! Ich habe halt mehrere und ich wähle danach aus, wie's mir geht. Manchmal ist es so anstrengend die Dolmetscher zu organisieren, muss ich ehrlich sagen, mir ist das dann zu anstrengend! Ich bin dann faul, ich gehe dann lieber allein, da geht es schneller und ich bekomme meinen Arzttermin dann, wenn ich ihn will...

I: Du hast da jetzt zwei Situationen angesprochen, nämlich... ähm... es gibt ja jetzt nicht nur von hörender Seite die Situation, dass es möglicherweise nur eine Wahl gibt, weil zum Beispiel ein Videodolmetschsystem da ist und das verwendet werden soll vom Arzt her oder weil kein Dolmetscher organisiert werden konnte und der Patient deshalb allein gehen muss, und so weiter und so fort. Du hast aber auch schon taube Dolmetscher angesprochen, denn gerade, wenn eben das Bildungsniveau nicht sehr hoch ist oder die Schriftsprachkompetenz schlecht ist, ähm... dass man da taube Dolmetscher braucht – und das ist auch schon aus vorherigen Interviews ersichtlich geworden – um quasi die Funktion zu übernehmen, mehr zu erklären, in Gebärdensprache Dinge noch anders darzustellen. Das würde aber bedeuten, es braucht zwei Dolmetscher beim Arzt... Oder wie kann man sich das dann vorstellen?

B07: Jaja, das wären zwei! Einer wird bezahlt und einer wird durch das SMS bezahlt... Also kostenmäßig ist das kein Problem! Das muss nicht doppelt bezahlt werden. Wenn ich einen tauben Dolmetscher beauftrage, dann sucht er sich einen hörenden Dolmetscher dazu und das SMS bezahlt für ihn den Dolmetscher, den er beruflich braucht... Und ich zahle den gehörlosen Dolmetscher über mein Budget. Das ist eine Möglichkeit...

I: Ich kann mir vorstellen, wenn es im Bereich generell der Gehörlosigkeit oder der Verwendung der Gebärdensprachdolmetscher schon nicht so viel Information seitens der Hörenden, manchmal auch der Gehörlosen vielleicht gibt, dass gerade das Thema noch mehr Aufklärungsbedarf hat... Aber du hältst es für eine gute Möglichkeit, um zum Beispiel das Bildungsniveau... das auszugleichen und Inhalte besser verständlich zu machen.

B07: Ja! Kurzfristig, ja. Wenn man schnell eine flüssige Kommunikation haben will, dass das gut funktioniert, dass das schnell erledigt ist... dafür würde ich das schon wollen. Aber langfristig müssen die Gehörlosen einfach mehr dazulernen, sie müssen sich mehr engagieren, ja... „Na die Hörenden machen das schon für mich!“, das geht nicht! „Egal, was ich da jetzt gestikuliere, der wird das schon in ein schönes Deutsch formulieren, der Dolmetscher...“ oder „Der Dolmetscher kennt mich schon und der wird die richtige Information schon weitergeben.“ Das heißt, die Gehörlosen müssen da mehr Verantwortung übernehmen, müssen das selber machen, was sie da kommunizieren wollen, tut mir leid... Oft sind die Gehörlosen auch wahnsinnig bequem. Das hat natürlich mit dem Bildungsniveau zu tun, ja, das habe ich schon gesagt, das muss ich zugeben, das ist ein großes Problem... Aber wenn sie über 18 sind, sollten sie selbstständig werden und da sollten sie sich selber um sich kümmern! Wenn sie schon Kinder haben, dann müssen sie wissen, was es dazu braucht, welche Informationen brauche ich, welche Impfungen müssen die Kinder bekommen. Es gibt schriftlich alle Informationen, die man braucht! „Ah... Ich weiß ja nichts“, sagen viele Gehörlose, „die Hörenden werden mir das schon erklären.“ Also mein Gefühl ist, da fehlt es auch an Aktion... also an Bereitschaft, sich zu engagieren. Und sie reden sich oft auf die Gehörlosigkeit aus, sie sagen „Die Gehörlosigkeit ist schuld“ und das, finde ich, ist nicht ok...

I: Also zusammenfassend kann man sagen, dass du quasi nicht nur für eine Sensibilisierung von Hörenden, sondern auch von Gehörlosen selbst bist... beziehungsweise auch eine Stärkung der Gesundheits- und Kommunikationskompetenz, um eben wieder zurück auf das Bildungsthema zu kommen. Also da... damit steht es und fällt es sozusagen.

B07: Ja, genau!

I: Ich schaue jetzt kurz mal auf meinen Schummelzettel, wir haben wirklich sehr viele Themen eigentlich schon dabei gehabt. Zum Schluss möchte ich eigentlich nur auf äh... Best Practice Beispiele eingehen... Also sozusagen, welche guten, tollen Beispiele aus anderen Bereichen oder anderen Ländern kennst du eventuell, die man anwenden könnte auch, die eine Vorbildwirkung haben... Also nicht nur wir im Ausland mit den Gehörlosenambulanzen, sondern was könnten wir von anderen lernen. Kennst du da Beispiele?

B07: Das ist eine gute Frage... (Pause 20s)... Momentan beim WFD-Kongress in Istanbul da gibt es ein Thema Gesundheit schon... Aber da ging es um „Gehörlos Plus“, das heißt Mehrfachbehinderte, die zusätzlich kognitiv beeinträchtigt sind oder lernbeeinträchtigt sind... Gehörlos... Person, die im Rollstuhl

sitzt... Das waren die Themen, da gibt es viel Bedarf noch. Aber Best Practice Beispiele habe ich gar nicht im Kopf... Also momentan ist dann glaube ich wenig... Wenn mir noch etwas einfällt, werde ich es dir sagen.

I: Stattdessen gebe ich dir ein kurzes Beispiel, das ich gefunden habe. Nicht zum Thema... also nicht aus dem Gehörlosenbereich, sondern da ging es um den besseren Zugang zum Gesundheitssystem für Migranten. Und zwar ist das ein Projekt aus Salzburg, das heißt SALUS und da wurden eben Migranten, Migrantinnen zu Gesundheitslotsen ausgebildet in einem eigenen Lehrgang. Also ihnen wurde quasi alles über das Gesundheitssystem in Österreich beigebracht, wann kann man sich wohin wann wenden, das System der Krankenkassen erklärt, also alles wirklich ganz genau... Und auch Allgemeinwissen zum Thema Vorsorge, Gesundheit, welche Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen bekommt man zum Beispiel in Österreich auch gratis angeboten, diese Dinge... um dann diese Personen einzusetzen als Gesundheitslotsen für ihre Landsleute sozusagen. Sie waren dann quasi die Führer im Dschungel des Gesundheitswesens und konnten immer als Peer-Personen auch ähm... hier zur Verfügung stehen und eben eine niederschwellige... einen niederschweligen Zugang ermöglichen. Ich habe das ganz interessant gefunden, dachte eigentlich, wäre das auch eine gute Idee, zu versuchen, das mit Gehörlosen auch einzusetzen.

B07: Ja, das kann ich mir vorstellen! Aber in Österreich sollte ja in der Schulbildung eigentlich schon Information darüber sein und das Problem ist, dass das halt nicht in Gebärdensprache angeboten wird, dadurch bekommen sie es nicht mit. Und da in der Situation brauchen sie es dann auch noch nicht, da haben sie das Gefühl, na, sie sind ja noch jung... Und ich denke, wenn das in der Schulbildung in Gebärdensprache angeboten wird, dann wäre das ein guter Weg, wie man das sozusagen in der Bevölkerung dann verankern könnte. Aber das Problem ist ja, dass Gehörlose immer noch einen reduzierten Lehrplan haben, weil „die verstehen ja nicht alles und da machen wir die schwierigen Themen nicht durch“... Das heißt, für mich ist das Gefühl, dass da viel Information fehlt. Und was mir jetzt noch einfällt... der Notruf! Ja... Im Gesundheitsbereich gibt es da schon eine Barriere und da gibt es dann noch andere Barrieren dahinter! Aber der Notruf... Ja, also man hat ja sozusagen die Pflicht, Hilfe zu leisten und ich kann aber dann als Gehörloser, wenn ich Hilfe leisten will oder jemandem sagen will: „Hol die Rettung!“, ich muss jemandem anderen sagen: „Hol die Rettung!“ Das heißt, ich bin dadurch auch nicht gleichberechtigt selbstständig! Ich kann nicht einmal helfen! Oder wenn ich Hilfe brauche, ja... Es kommt jetzt ein Projekt... Eine App soll es geben demnächst, die wird jetzt in der Testphase noch geprüft und die soll dann am Handy verfügbar sein, um eben einen Notruf absetzen zu können, direkt mit der Leitstelle zu kommunizieren... Jetzt ist die Situation, da gibt es ein SMS, das zu einem Fax wird, das irgendwo dann auf einem Fax herauskommt und liegen bleibt. Also wenn wir den Notruf als Gehörlose haben und dann kommt schon automatisch mit, dass äh...dass die Person gehörlos ist, aber ob die am anderen Ende der Leitstelle dann wissen, was sie damit tun? Dass ein Gehörloser ist? Dann sollten die sozusagen wissen, was sie tun sollen! Und auch die Sanitäter, die dann zu diesem Ort fahren, sollten schon im Kopf haben, was für ein Programm sie abspielen müssen, wenn sie mit Gehörlosen zu tun haben! Also ich möchte, dass das selbstverständlich ist... „Gehörlos? Aha, wir brauchen ein paar Gebärden!“ oder vielleicht Fingeralphabet, ja... Dass sozusagen alle Rettungsfahrer und Sanitäter ein bisschen kommunizieren können mit Gehörlosen! Ob sie ein Fingeralphabet können oder, dass sie einfach wissen, dass sie die Gehörlosen anschauen müssen und solche Dinge. Also einfach die Grundregeln der Kommunikation mit Gehörlosen.

I: Also es ist ja in dem jetzigen SMS-Notrufsystem, das du gerade angesprochen hast, so, dass keine Rückantwort kommt, stimmt das? Was auch ein Problem ist... Und was in der App, soweit ich weiß, gelöst werden soll?

B07: Jaja, die Leitstelle soll direkt kommunizieren können über die App, das heißt, die können dann auch rückfragen, wenn sie irgendetwas brauchen... Wo haben Sie Schmerzen oder was ist genau passiert... Oder brauchen Sie die Feuerwehr, oder... Das heißt, die Oberfläche soll mit Bildern auch gestaltet sein, dass man sozusagen dann auf das Feuer drauf drückt oder auf Rettung und dann wird das automatisch gleich zum richtigen Notruf weitergeleitet, zur richtigen Leitstelle... Das ist in der Entwicklung.

I: Also eine Notruf-App für Feuerwehr, Polizei und Rettung sozusagen...

B07: Dass äh... auch den ADAC und... also Auto-Notruf und ÖAMTC soll da hinein kommen... Obwohl die eine eigene App haben, aber, dass man das da sozusagen auch noch hinein gibt, dass es an einer Stelle zu finden ist alle Notrufe... Das wäre ein großer Schritt nach vorne.

I: Die App wird nur für Österreich entwickelt oder in Österreich entwickelt?

B07: Also die funktioniert eigentlich nur in Österreich, soweit ich weiß. Das ist ein kompliziertes Verfahren... Diese Firma, die das da entwickelt, die muss natürlich die ganzen Leitstellen einbinden in allen Bundesländern und muss sie dazu bringen, dass sie zusammenarbeiten und dann können sie das sozusagen einarbeiten... Das muss sozusagen manuell eingebunden werden, die Verbindungen. Aber ich denke ja, dass das schon ein guter Weg ist.

I: Und ist da ... ist da der Österreichische Gehörlosenbund beteiligt? Oder wer ... ?

B07: Ja, ja, ja, genau! Ich war da bei einem Vortrag, wir haben da auch ein bisschen begutachtet und Feedback gegeben. Und jetzt ist eine interne Festst... Phase, wo der Österreichische Gehörlosenbund auch mitarbeitet, wo wir halt ein bisschen herum probieren und da werden noch Verbesserungsvorschläge eingearbeitet. In ein, zwei Jahren soll es dann wirklich losgehen.

I: Wenn wir jetzt gerade beim Thema Österreichischer Gehörlosenbund sind, ähm... du warst ja eben dort Diskriminierungsbeauftragte und hast sozusagen Problemfälle zusammen gesammelt... Was passiert dann damit? Oder wie ist der weitere Ablauf zum Beispiel? Wie setzt sich der Gehörlosenbund da ein?

B07: Ja, ich muss jetzt nachdenken... 2019 bis 2009... in dieser Zeit hat es diese Diskriminierungsbeauftragte gegeben und danach ist es irgendwie leider versandet... Damals 2009...

I: Bis 2009 hat es das gegeben?

B07: Ja! Und damals haben wir drei Diskriminierungsberichte... ein Buch... zwei Bücher und das dritte... also alle drei haben wir auch den Parlamentsabgeordneten ausgeteilt, dass sie sozusagen nachschauen, welche Diskriminierungsfälle es in Österreich im Zusammenhang mit Gehörlosen wirklich gibt. Also damals ging es ja auch um die Anerkennung der Gebärdensprache, wir wollten da sozusagen noch Druck machen... Und die... Auch den Gehörlosen wollten wir das zeigen, um ihnen klar zu machen, dass sie wirklich eine Diskriminierung erleben! Viele Gehörlose waren sich dessen gar nicht bewusst, dass sie nicht die gleichen Rechte haben. Und es ging natürlich auch darum, den Hörenden das bewusst zu machen, deshalb haben wir Bücher gemacht. Und das dritte Diskriminierungsbuch, da habe ich daran mitgearbeitet, und da gab es dann auch eine DVD mit Rollenspielen, um solche Fälle auch wirklich in natura darzustellen, damit die Gehörlosen das bildlich erfassen können! Und einige... mit einigen Fällen hat es dann auch Schlichtungsverfahren gegeben aus diesen Berichten heraus, darum hat sich der XXX gekümmert, der hat die Leute dann auch im Schlichtungsverfahren begleitet. Damals war das Behindertengleichstellungsgesetz noch neu und das haben wir dann natürlich genutzt, diese Schlichtungsmöglichkeiten, um damit mehr Öffentlichkeit zu bekommen. Die haben dann halt diesen Schadenersatz bekommen, das war gut, aber naja, nicht wirklich befriedigend, aber immerhin... Und unser Ziel ist jetzt, wieder so Diskriminierungsfälle zu sammeln, das soll wieder ein... das Projekt soll wieder aufleben. Es gibt auch viele Dinge, die jetzt auch wieder passiert und deshalb wollen wir eben das wieder neu aufleben.

I: Wieso hat das 2009 geendet?

B07: Ja... da hat der Gehörlosenbund leider ein Gerichtsverfahren führen müssen gegen eine Person und das hat fünf Jahre gedauert und das hat unheimlich viel Energie gebunden. Wir haben es dann gewonnen, die Person wurde schuldig gesprochen und 2015... 16... Also 2016 ist es dann sozusagen wirklich beigelegt worden, jetzt haben wir wieder Normalbetrieb selber und deshalb wollen wir das jetzt auch wieder aufnehmen... Es war eine schwierige Zeit für den Gehörlosenbund!

I: Das heißt, jetzt werden solche Fälle wieder gesammelt und ein neuer Diskriminierungsbericht herausgegeben...

B07: Ja, wir werden das in Zukunft wieder machen, wir haben das im Vorstand schon besprochen, wir sehen, dass der Bedarf da ist... noch immer... und wir wollen wir das wieder aufnehmen.

I: Gut, Ich schaue jetzt noch einmal kurz nach, ob wir irgendetwas vergessen haben, aber... Wir haben viele, viele, viele Themen abgehandelt, viele Informationen... Danke dir wirklich, für den ganzen Input, den du mir gegeben hast...

B07: Ja, gern!

I: Aber, wir haben eigentlich alles... abgehandelt. Ich habe eh vorhin zusammengefasst... ähm... Ich kann es auch gern noch einmal sagen: Mein Fazit daraus ist auch eben Sensibilisierung von Hörenden, ärztlichem und medizinischem Gesundheitsfachpersonal generell wäre ein wichtiges Thema... Aber auch die Sensibilisierung von Gehörlosen, welche Angebote gibt es, wie gehe ich wann mit welchem Arzt um, also auch Stärkung der Gesundheitskompetenz, Stärkung der Kommunikationskompetenz, um da quasi eine ... Eine... Wie soll ich es am besten ausdrücken? Um die Position der Gehörlosen selbst auch zu stärken. (Pause 7s) Und das Thema Notruf, das ja auch ein wichtiges Thema ist...

B07: Ja, genau!

I: Wo, Gott sei Dank, jetzt eine App entwickelt wird, die das lösen soll, aber die, deiner Meinung nach, auch jetzt nur im Zusammenhang mit eben dieser notwendigen Sensibilisierung dann auch wirklich Sinn macht. Wenn quasi das Notrufpersonal, also die Notfallsanitäter zum Beispiel wirklich wissen, was dann weiter passieren soll. Es ist ja auch so, jetzt... das fällt mir jetzt gerade noch dazu ein, also in Österreich ist es so geregelt,...

B07: Ja, genau!

I: ... in einem Notfall kommt der Patient in das Spital mit dem nächsten freien Bett. Du hast gemeint, da muss einfach dann schon eine Kommunikation mit dem Spital schon sein und dann Vorbereitungen und die Info weitergegeben werden, dass eben ein gehörloser Patient kommt... Es wurde ja auch schon einmal überlegt, dass gehörlose Patienten eher zu den Barmherzigen Brüdern kommen sollen, das wäre aber wahrscheinlich nicht sinnvoll angesichts der Umsetzung, es kommt ja auch darauf an, wo der Unfall passiert...

B07: Ja, und... Das ist schon wieder... Da wissen sie alle... Aber das führt ja wieder dazu, dass die anderen nie lernen, wie sie damit umgehen sollen. In meiner... zum Beispiel meine Verwandten, die sollen mich ja auch besuchen können. Mein Mann kann zum Beispiel nicht Auto fahren, ja, wenn ich ganz weit irgendwo eingeliefert bin, dann kann er nicht kommen, nur, weil ich gehörlos bin, bekomme ich dann sozusagen diese Pflichtverordnung in das Spital? Und man muss... man dann halt in anderen Spitälern Papier organisieren, Dolmetscher rufen ja... Und wer halt in der Nähe ist und Zeit hat, sollte dann halt kommen! Also ich denke, das wäre möglich, wenn der Sanitäter diese Information schon ans Spital gibt...

I: Weil du sagst Papier organisieren... Also Schriftkommunikation ist jetzt nicht das Optimum, haben wir festgestellt, aber wäre jetzt in solchen Situationen, wo nicht kurzfristig ein Dolmetscher bestellt werden kann, auch eine Möglichkeit in einfacher Sprache oder mit unterstützter Bildkommunikation zum Beispiel...?

B07: Das hängt natürlich vom Gehörlosen ab! Also wenn jemand mir etwas aufzeichnet, dann gehe ich in die Luft, ja... Also das... ich hätte natürlich gerne Schriftsprachkompetenz... Aber es ist wichtig, dass der Gehörlose da auch die Verantwortung übernimmt... na Verantwortung übernimmt... Na, natürlich kann der sich nicht melden, wenn er bewusstlos ist, aber wenn er bei Bewusstsein ist, dann könnte er schon sagen, in welcher Form er kommunizieren will! Ja, er kann also nicht einfach warten, was einem... was ihm verordnet wird, ja... Sondern es geht darum, dass da eine gemeinsame Kommunikation, ein gemeinsames Ziel erreicht wird zwischen Arzt und Patient! Und da muss der Gehörlose sehr wohl auch etwas tun. Ich weiß am besten, was ich will und wenn ich das dann sage, dann kann sich der Arzt an mich anpassen. Darum geht es mir...

I: Vielen Dank, ich glaube, das ist das perfekte Schlusswort! Also ich freue mich, dass wir da so einen regen Austausch hatten, dass du mir so viele Informationen weitergeben konntest und viele neue Ansätze, Inputs... Und danke nochmal für deine Zeit! Wenn du möchtest, schicke ich dir das Transkript des Interviews, wenn du es nochmal kontrollieren willst, anschauen willst...

B07: Ja gern. Und die Abschlussarbeit will ich auch!

I: Ja, natürlich, das dauert aber noch ein bisschen... So, ich beende jetzt einmal die Aufnahme.