

## Einleitung

Gesundheitliche Chancengleichheit ist eine bedeutende Herausforderung für das Gesundheitswesen. Aufgrund von besonderen materiellen und psychosozialen Belastungen, von speziellen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und durch die spezifische Ausgestaltung des Gesundheitswesens haben viele nicht deutschsprachige MigrantInnen nicht die gleichen Gesundheitschancen.<sup>1</sup> Beim Zugang zum Gesundheitswesen spielt die sprachliche Verständigung eine herausragende Rolle. Mangelnde Deutschkenntnisse erschweren die Orientierung im Zugang zum österreichischen Gesundheitswesen und stellen eine bedeutende Hürde für das Arzt-Patienten-Verhältnis dar.

Die vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der Plattform Patientensicherheit im November 2011 veranstaltete Tagung mit dem Titel „Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit“ widmete sich der Frage nach der Gesundheitssituation und -versorgung von nicht deutschsprachigen PatientInnen aus interdisziplinärer Perspektive. Der erste Teil der Tagung diente dazu, eine Grundlegung vorzunehmen: Aus sprachwissenschaftlicher Perspektive wurden die konkreten Kommunikationsbedingungen in der Arzt-Patienten-Beziehung und die systemimmanente Benachteiligung gewisser Personengruppen herausgearbeitet. Aus ethischer Perspektive wurde diese Thematik unter dem Stichwort einer auf unterschiedlichen Ebenen stattfindenden Marginalisierung aufgenommen und weitergeführt. Philosophisch wurden die Grundlagen der Verständigung in einem interkulturellen medizinischen Kontext erörtert. Schließlich wurden aus rechtlicher Sicht einerseits die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und andererseits ein Ausblick auf die rechtlichen Fragen für Videodolmetschen gegeben.

Einen Schwerpunkt der Tagung bildete die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen ohne offiziellen Aufenthaltstitel. Hier wurde erstens ein Einblick in die Praxis der medizinischen Betreuung von nicht dokumentierten MigrantInnen in Wien gegeben, zweitens die europäische Landschaft mit ihren unterschiedlichen Regelungen und Paradoxien dargelegt, drittens ein Blick in die Schweiz zum Umgang mit MigrantInnen ohne Aufenthaltstitel gewagt und viertens die medizinische Versorgung im Polizeigewahrsam dargelegt.

---

<sup>1</sup> Siehe *Bundesamt für Gesundheit (BAG), Strategie Migration und Gesundheit (2007)* 3.

Der Hauptteil der Tagung widmete sich dann dem Dolmetschen im Gesundheitswesen. Hierfür wurden aus translationswissenschaftlicher Sicht die Rahmenbedingungen abgesteckt; ein Bericht aus der Schweiz zum Einsatz von Dolmetschern im niedergelassenen Bereich und einer aus Wien mit der Anstellung von fremdsprachigen Ordinationshilfen veranschaulichte den Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen in der Praxis. Die abschließenden Beiträge galten einerseits dem Umgang mit dem fremdsprachigen schwerkranken Kind und den dabei notwendigen mannigfaltigen Übersetzungsprozessen und andererseits der Herausforderung angesichts schwieriger Verständigungssituationen mittels Triage-System zu einer richtigen Abschätzung der Notfalldringlichkeit zu gelangen.

Der vorliegende Sammelband, der die Beiträge der Tagung präsentiert, gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil leistet eine sprachwissenschaftliche, ethische und rechtliche Grundlegung und dient damit einer Einführung ins Thema. Aus sprachwissenschaftlicher Perspektive widmet sich *Florian Menz* in seinem Beitrag „Wie viel Kommunikation braucht die Medizin?“ der Bedeutung der Kommunikation für den Umgang mit PatientInnen. Jedoch sei eine misslingende Kommunikation eher der Regel- denn der Normalfall. Aufgrund unterschiedlicher Kommunikationsweisen und Kommunikationskompetenzen ist die Benachteiligung von bestimmten Gruppen wie Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund systemimmanent. In Bezug auf Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen weist *Menz* auf die Aufgabe des/der Arztes/Ärztin hin, die Organisation der exponentiell komplexeren Kommunikation zu übernehmen und das Gespräch entsprechend zu strukturieren.

*Ulrich H. J. Körtner* widmet sich in seiner ethischen Grundlegung der Stellung des Patienten im medizinischen System, welche anhand von drei Dimensionen der Marginalisierung dargestellt wird. Erstens stehe der Mensch keineswegs so eindeutig im Zentrum, wie dies offiziell glauben gemacht wird, sondern er wird nach den Erkenntnissen der Systemtheorie in das System „Medizin“ eingeschlossen und so marginalisiert. Zweitens werden bestimmte Patientengruppen marginalisiert, Menschen mit niedrigem Einkommen oder mit Migrationshintergrund, in bestimmtem Sinne auch Frauen und Kinder. Die dritte Dimension der Marginalisierung schließlich ist sozialer Natur und besteht im Ausschluss und der Stigmatisierung von kranken Menschen. Die ethische Aufgabe besteht nun nicht nur darin, den marginalisierten Gruppen Gehör zu schenken, sondern auch auf der strukturellen Ebene die Ein- und Ausschlusskriterien im Gesundheitswesen und die Gesellschaft infrage zu stellen und somit die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit neu aufzuwerfen.

*Lukas Kaelin* fragt in seinem philosophischen Beitrag nach den Bedingungen gelingender Kommunikation. Unter Rückgriff auf Wittgen-

steins Begriffe von Lebenswelt und Sprachspiel wird auf den Voraussetzungsreichtum gelingender Kommunikation verwiesen, welche die Verständigung auch innerhalb derselben Sprache und Kultur zu einer diffizilen Angelegenheit macht. Verständigung setzt nicht nur eine gemeinsame Sprache, sondern auch soziale Kenntnisse voraus; in Bezug auf die Medizin müssen Kenntnisse der Gesundheit („Health Literacy“) um jene des Gesundheitssystems („Medical System Literacy“) ergänzt werden. Die Verständigung gestaltet sich über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg nochmals schwieriger, wobei einem essentialistischen Kulturverständnis entgegenzutreten ist und die Notwendigkeit eines vielfachen Übersetzungsprozesses auch innerhalb eines einzigen Sprach- und Kulturraumes hervorgestrichen wird.

Der Frage nach der Verantwortung für die gelingende Kommunikation geht der rechtliche Beitrag von *Maria Kletečka-Pulker* nach. Die den Beitrag leitende Frage ist dabei, ob das Recht auf Aufklärung ein Recht auf *muttersprachliche* Aufklärung beinhaltet. Die Verständigungsproblematik bringt nicht nur gesundheitliche, sondern auch rechtliche Risiken mit sich. Angesichts der Schwierigkeit, Dolmetscher bedarfsgerecht zur Verfügung zu haben, und im Lichte der Problematik von nicht professionellen Dolmetschern schlägt *Kletečka-Pulker* Videodolmetschen als eine neue Kommunikationsmöglichkeit für PatientInnen mit unzureichenden Deutschkenntnissen vor.

In seiner rechtlichen Grundlegung veranschaulicht *Gerhard Muzak* die Relevanz des Gesundheitszustandes im Fremdenrecht. So können Visaanträge aufgrund schwerwiegender Erkrankungen abgewiesen werden und der Nachweis eines Krankenversicherungsschutzes ist Voraussetzung für die Erteilung eines Visums. Jedoch gibt es auch Konstellationen, in welche ein schlechter Gesundheitszustand mit Vorteilen für den Fremden verbunden ist: Im Asylverfahren wird beim Vorliegen einer schweren Krankheit der Antrag nicht zurückgewiesen. Außerdem kann bei notwendiger medizinischer Behandlung ein Visum auch ausnahmsweise in Österreich erteilt werden. Schließlich spielt die Medizin im Asylverfahren eine bedeutende Rolle – vor allem in der ethisch brisanten Diskussion um die Altersfeststellung von minderjährigen AsylbewerberInnen. Der Komplex von Fremden- und Medizinrecht stellt sich daher außerordentlich vielschichtig dar, ein schlechter Gesundheitszustand kann danach je nach Umständen einen positiven oder negativen Effekt auf den Fremden ausüben.

Ein besonderer Problembereich im Feld Migration und Gesundheit ist die Versorgung von Menschen ohne offiziellen Aufenthaltstitel. Ihm ist der zweite Teil des Bandes gewidmet. *Carina Spak* berichtete aus der Praxis der medizinischen Versorgung von Sans Papiers in Wien durch die vor allem durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen betriebene allgemeinärztliche Ordination AmberMed, welches sich an Menschen ohne Krankenversicherung richtet. Die medizinische Betreuung von Sans