

## Editorial

### Fremdsprachige Patienten

Dr. Barbara Degn,  
Präsidentin der WIGAM



© fotodienst.at/Richard Stern

In Wien hat jeder dritte Bewohner einen Migrationshintergrund. Das heißt natürlich auch, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten in den Arztpraxen unserer Stadt eine andere Muttersprache als Deutsch hat. Eine Vielzahl der Menschen aus dieser Bevölkerungsgruppe hat die Sprache gut gelernt und kann sich entsprechend ausdrücken. Aber gerade in der unterprivilegierten Gruppe derer, die entweder wenig Schulbildung erhalten haben oder gerade erst als (traumatisierte) Flüchtlinge ins Land gekommen sind, gibt es viele Migrantinnen und Migranten, die beim Arzt auf einen Dolmetsch angewiesen sind. In manchen Ordinationen in Wohngebieten mit hohem Migrantenanteil haben die Ärzte reagiert und Ordinationshelferinnen mit z.B. türkischer oder serbischer Muttersprache angestellt.

Weil es für die Patienten einfach ist, werden aber oft Familienangehörige als Übersetzer herangezogen. Häufig sind das die eigenen Kinder, die durch den Besuch der Schule rasch die deutsche Sprache erlernt haben. Es bleibt meist im Verborgenen, ob diese Kinder auch tatsächlich das übersetzt haben, was der Arzt meinte. Zudem werden in solchen Situationen auch immer wie-

der Gesundheitsprobleme angesprochen, die die Kinder mit ihrer kindlichen Auffassungsgabe überfordern.

Von psychosozialen Problemen zu sprechen ist in dieser Konstellation fast unmöglich. Eine Arzt-Patienten-Beziehung, von einem Familienangehörigen sprachlich vermittelt, ist mühsam. Die Ärzte sind nicht ausgebildet und geübt, in dieser Situation adäquat zu agieren. Allgemeinmediziner sehen ebendiese Arzt-Patienten-Beziehung als einen unverzichtbaren Bestandteil ihrer alltäglichen Arbeit – und der geht so viel zu oft verloren!

So werden Patientinnen und Patienten unter diesen Bedingungen zu viel untersucht und bekommen mehr Medikamente verschrieben als andere. Der Arzt ist ja eines seiner tollsten Werkzeuge, nämlich der Herstellung einer tragfähigen Beziehung zum Patienten, beraubt.

Es ist sehr erfreulich, dass sich der Übersetzer- und Dolmetscherverband dieser Problematik angenommen hat und initiativ geworden ist. Dennoch sollte auch die Ärzteschaft durch Weiterbildungsveranstaltungen auf diese Veränderung in der Bevölkerung reagieren.

# Probleme im medizinischen Alltag im Un Kommunaldolmetschen – ein Lösungsansatz

## Stumme Medizin in den Arztpraxen

„Wegen absoluter Sprachbarriere kann ich leider keine genauere Anamnese erfragen.“ So oder ähnlich lauten zahlreiche Berichte aus Österreichs Arztpraxen. Eine in dieser Form „stumme“ Medizin führt zwangsläufig zu Fehlhandlungen wie etwa jener im LKH Graz, wo aufgrund einer Verwechslung bei einer schwangeren Türkin viel zu früh die Wehen eingeleitet wurden.<sup>1</sup> Der Mangel an Kommunikation ist nicht nur frustrierend, sondern es werden dadurch auch zeitliche und personelle Ressourcen sinnlos vergeudet, ganz abgesehen von der Frage, inwiefern der Arzt hier überhaupt seiner gesetzlichen Aufklärungspflicht nachkommen kann.

## Die Mär vom „natürlichen Dolmetscher“

Um Abhilfe zu schaffen, werden von Ärzten wie Patienten Angehörige bzw. in Spitälern häufig auch Reinigungskräfte zum „Dolmetschen“ herangezogen. Oder der Patient drückt der Primärärztin sein Mobiltelefon in die Hand, damit am anderen Ende der Leitung ein Verwandter für beide dolmetscht. In all diesen Fällen sind den Beteiligten die oft kritischen Folgen nicht bewusst: Simple Anamnesefragen werden falsch wiedergegeben, Inhalte verzerrt oder selektiv übersetzt und wichtige Ratschläge ausgelassen. Angehörige sind durch ihr Naheverhältnis zum Patienten, ihre emotionale Involvierung, die in manchen Kulturkreisen geforderte Ehrerbietung sowie ihre fehlende Dolmetschausbildung meist als Sprachmittler schlecht geeignet, Kinder sind ein heikler Sonderfall. Sie fühlen sich der ihnen zugeschriebenen Dolmetschrolle zwar verpflichtet, aber gleichzeitig unwohl, überfordert und psychisch belastet, denn ein Arzt-Patienten-Gespräch liegt meist außerhalb ihres eigenen Erfahrungs- und Ausdruckshorizonts. Dolmetschen ist kein „Kinderspiel“, sondern erfordert, abgesehen von der Sprachbeherrschung, eine Reihe zusätzlicher fachlicher Kompetenzen, die nur

im Rahmen einer entsprechenden Ausbildung erworben werden können.

## Fehlende oder inadäquate Dolmetschung und ihre Folgen

Die Liste der Folgen mangelnder Überwindung von Sprach- und Kulturbarrieren in den Arztpraxen ist lang:

- erschwerte Anamnese
- ineffiziente, die Nerven aller Beteiligten strapazierende Gespräche „mit Händen und Füßen“
- Missverständnisse auf beiden Seiten
- längere Wartezeiten für die übrigen Patienten
- fehlender Vertrauens- und Beziehungsaufbau zum Arzt
- somit mangelnde Compliance, Widerstand gegen Therapie und Behandlungskonzept
- Chronifizierung und teure Langzeittherapien
- unnötig wiederholte apparatemedizinische Untersuchungen
- kostenintensive Nachbehandlungen,
- Endlosdiagnostik
- verspätet einsetzende Therapien
- Drehtüreffekte und Doktorshopping
- Polypragmasie sowie
- bei stationärer Aufnahme verlängerte Liegezeiten

Trotz der schwerwiegenden und kostspieligen Konsequenzen ist das Bewusstsein für die Problematik sowohl bei den meisten Ärzten als auch den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen (Krankenanstalten, Kassen) noch relativ gering. Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung tun not. Erschwerend für ein Verständnis der Situation ist der weit verbreitete Fehlglaube, dass jeder Laie, ja bereits jedes Kind, welches zwei Sprachen „beherrscht“, Dolmetschkompetenz besäße.

## Die Ursachen der Problematik

Die Ursachen sind vielfältig und rühren auch an generelle Fragen der Migration und Integration sowie der Lebens-, Gesundheits-, Arbeits- und Bildungssituation

der Betroffenen. Faktum ist, dass rund 10% der in Österreich lebenden Personen fremdkultureller Herkunft sind<sup>2</sup> und teilweise mangelhaft oder gar nicht Deutsch sprechen (Stichwort Parallelgesellschaften). Welche Gründe hierfür ausschlaggebend sind und was Migrantinnen bzw. Migranten oder die Aufnahmegesellschaft zur Änderung der Situation beitragen können, kann hier nicht erschöpfend diskutiert werden. Dass wir jedoch alle gefordert sind, uns mit diesen Kernfragen der Integration auseinanderzusetzen, steht wohl außer Zweifel.

Ein Ansatz, auch für Allgemeinmediziner (Grundversorger), ist die Notwendigkeit, zwischen verschiedenen Ausländergruppen zu unterscheiden. Schlüsselarbeitskräfte, Gastarbeiter, Flüchtlinge bzw. Asylwerber bringen jeweils andere Lebensgeschichten und Migrationsmotive mit. So etwa macht es einen Unterschied, ob eine Person freiwillig und vorbereitet (eventuell auch durch Spracherwerb) oder durch erzwungene Flucht in ein anderes Land kommt. Leider werden diese Umstände (Migrationsbeweggründe, derzeitige Wohn-, Lebens- und Arbeitssituation, unsicherer Aufenthaltsstatus von Asylwerbern etc.) in der Praxis zu wenig mitgedacht, obwohl sie nachweislich einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben.

Es bedarf daher einer differenzierten Auseinandersetzung mit dieser vielschichtigen Problematik und eines gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeiteten Maßnahmenbündels. Dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für fremdsprachige Patienten teilweise erschwert ist, dass es sowohl intra- als auch extramural an qualifizierten Dolmetschern sowie fremdsprachigem Informationsmaterial mangelt<sup>3</sup>, dass fremdsprachige Patienten zu oft die Ambulanzen der Krankenhäuser anstelle der Praxen der medizinischen Grundversorgung frequentieren<sup>4</sup> und welche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation beitragen könnten, wurde bereits in einigen Studien erhoben. Woran es in Österreich bislang mangelt, ist

# Umgang mit Migrantinnen und Migranten

die Umsetzung konkreter Maßnahmen. Ein Blick über den Tellerrand zeigt, dass andere (EU-)Länder schon wesentlich bewusster mit der Situation umgehen. Man denke nur an die Dolmetschpools für den medizinischen Versorgungsbereich in Frankreich, Schweden, Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden oder entsprechende Ausbildungslehrgänge für Kommundolmetschen.

## Dolmetschpools – ein Lösungsansatz

Nachdem die Ursachen für die Problematik vielfältig sind, können auch nur ebenso vielfältige Maßnahmen eine Gesamtverbesserung der Situation bringen. Was die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis angeht, so bietet sich die Einrichtung von zentralen Dolmetschpools an, von welchen Community Interpreters (Kommundolmetscher) für die einzelnen Sprachen angefordert werden können.

## Community Interpreting – was ist das?

Community Interpreters ermöglichen Menschen, deren Muttersprache nicht die des Gastlandes ist, den Zugang zu dessen öffentlichen Einrichtungen. Sie übersetzen und dolmetschen im Dienst der Gemeinschaft für Einzelpersonen oder Kleingruppen (Familien), meist Einwanderer oder Flüchtlinge, bei Gesprächen mit Behörden und Sozialämtern, in Schulen oder Institutionen des Gesundheitswesens.<sup>5</sup>

Die Verfügbarkeit von Community Interpreters allein ist jedoch wenig zielführend, wenn nicht parallel dazu weitere Maßnahmen gesetzt werden. So müssen z.B. beide Seiten (Arzt und Patient) gewillt sein, miteinander in Beziehung zu treten, damit dolmetschvermittelte Kom-

munikation überhaupt stattfinden kann. Neben den soziokulturellen und sprachlichen Barrieren ist es nämlich sehr oft mangelhaftes In-Beziehung-Treten seitens des Arztes<sup>6</sup> oder des Patienten, welches die adäquate Versorgung der Patienten behindert, was durch die bloße Einrichtung eines Dolmetschpools nicht gelöst werden kann.

Es müssen also alle Beteiligten ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten:

- Die fremdsprachigen Patienten durch ihre Bereitschaft, die deutsche Sprache zu erlernen bzw. sich auf die Kultur des Aufnahmelandes Österreich einzulassen, was u.a. auch bedeutet, sich über dessen Gesundheitssystem entsprechend zu informieren und es auch rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Damit nicht der Ehemann seine Frau erst dann zum Arzt bringt, wenn sie schon schwer krank ist, und dies mit der Forderung „Frau kaputt, du reparieren!“ begleitet.
- Eine solche Bereitschaft ist durch entsprechende (muttersprachliche) Beratungseinrichtungen zu unterstützen, wo Aufklärung über Vorsorgeuntersuchungen, gesunden Lebensstil und das österreichische Gesundheitssystem geleistet wird und betont wird, dass dieses für Männer UND Frauen da ist.
- Andererseits ist es auch notwendig, dass interkulturelle Kompetenz sowie kultur- und migrationspezifische Inhalte als integrale Bestandteile mehr Eingang in die Regelcurricula und Fortbildungsprogramme von Ärzten und Pflegepersonen finden, damit auf Basis des erworbenen Wissens den Patienten mit Migrationshintergrund ein entsprechendes Beziehungsangebot gemacht werden kann.

- Neben institutionalisierten Qualifizierungsmaßnahmen für Community Interpreters in Form von Universitätslehrgängen (und keinesfalls in Form von Schnellsiederkursen) wären parallel dazu auch Schulungen von Ärzten für den Umgang mit dolmetschvermittelten Gesprächen (vom Dialog zum Triolog) sinnvoll.
- Sehr nutzbringend wäre auch eine Steigerung der Anzahl von zweisprachigen Ärzten und Pflegepersonen mit Migrationshintergrund, was eine direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient ermöglichen würde.
- Besonders wichtig ist der Appell an Ärzte und Eltern, keine Kinder als „Dolmetscher“ heranzuziehen. Neben der angesprochenen Überforderung der Kinder stellt sich hier auch die Frage der Haftung und der Aufklärungspflicht des Arztes im Falle einer Fehlentscheidung aufgrund mangelnder Sprachmittlung durch eine eindeutig dafür unqualifizierte Person, nämlich ein Kind.

Eine solche ganzheitliche Herangehensweise wäre mehr als nur ein erster Schritt zur Verbesserung des medizinischen Alltags im Umgang mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten.

Mag.a Inge Pinzker,  
Akad. geprüfte Fachfrau für Dolmetschen  
im sozialen, kommunalen und medizinischen Bereich, Vorstandsmitglied des  
Österreichischen Übersetzer- und  
Dolmetscherverbandes Universitas

<sup>1</sup> „Falsche Schwangere entbunden“, Der Standard, 10/11.7.2004  
<sup>2</sup> „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“, 2005, Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen  
<sup>3</sup> siehe Fußnote 2 sowie die EU-Studie „Sprach- und Kulturmittlung bzw. Kommundolmetschen im Gesundheitsbereich“, 2006, Christiane Stofner  
<sup>4</sup> „Zu wenig Dolmetscher in den Spitälern“, Presse, 1.8.2006, S. 4  
<sup>5</sup> AMS-Broschüre „Jobchancen – Studium, Sprachen“  
<sup>6</sup> Kronsteiner R. (2003, 1. Aufl.), Kultur und Migration in der Psychotherapie, Brandes & Apsel, Frankfurt a.M., (S. 54)



**Das Redaktionsteam:** Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabaday, Dr. Wolfgang Zillig

**ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!**  
 Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Für Gesundheitsbewusste: [www.mein-arzt.org](http://www.mein-arzt.org)

**Korrespondenzadresse:**  
 ÖGAM-Sekretariat  
 c/o Wiener Medizinische Akademie  
 Herr Christian Linzbauer  
 Alser Straße 4, 1090 Wien  
 Tel. 01/405 13 83-17  
 Fax 01/405 13 83-23  
 office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

# Diagnostik der Streptokokkenangina in der Allgemeinpraxis

Projektarbeit für das klinisch-praktische Jahr 2007/2008 in AM-Lehrpraxen der Medizinischen Universität Innsbruck. Zwischenbericht: P. Kufner, C. Fischer

## Problemstellung

Atemwegsinfekte sind eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Allgemeinpraxis. Wegen schwieriger Unterscheidbarkeit viral oder bakteriell findet in der täglichen Praxis zwangsläufig eine Überbehandlung mit Antibiotika statt. In US-amerikanischen Untersuchungen erhalten 73% aller Erwachsenen, die wegen Halsschmerzen zum Arzt gehen, ein Antibiotikum. Die Inzidenz von Streptokokken der Gruppe A wird bei Erwachsenen aber nur mit 5–15% beziffert.<sup>1</sup>

## Ziel

Evaluierung klinischer Beurteilungskriterien zur Unterscheidung der Streptokokkenangina von viralen Atemwegsinfekten (akute Bronchitis).

Überprüfung der Genauigkeit des modifizierten Centor-Scores an einer großen Probandenzahl unter standardisierten Bedingungen.

Prüfung, ob zusätzliche Parameter zu einer Verbesserung der Resultate geeignet sind.

Erhebung, ob sich eine Einsparung an Antibiotika und Behandlungskosten durch diese Kriterien realisieren lässt.

## Methode

Als Erstes wurde im Mai 2007 in einer Praxis die Beimpfung und Inkubation von CNA-Blutagarplatten erprobt. Alle Platten wurden in dieser Phase von einem mikrobiologischen Fachlabor kontrolliert. Die Resultate wurden mit der klinischen Diagnosestellung verglichen: Bei 28 Patienten mit Halsschmerzen wurde 23x die Diagnose Verdacht auf Angina gestellt. Kulturell waren 5 Abstriche positiv, diese wurden alle klinisch erkannt (Spezifität 25%, Sensitivität 100%)

Als Zweites wurde die klinische Diagnose mithilfe des modifizierten Centor-Scores gestellt:

## Modifizierter Centor Score

Alter 2–15	1 Punkt
Alter > 45	– 1 Punkt
> 38 °C	1 Punkt
nur anguläre Lymphknoten	1 Punkt
Tonsillitis mit Belägen	1 Punkt
kein Husten	1 Punkt

Score  
Streptokokken-A-Score (0–1: neg., 2–3: fraglich, 4–5 dringender Verdacht)<sup>5</sup>

Bei 50 Patienten mit Halsschmerzen stellten wir 4 Diagnosen Verdacht auf Angina, 9 Diagnosen Angina und 1 Diagnose Angina lacunaris. Kulturell fanden sich 9 positive Kulturen und keine falschnegative (Spezifität ca. 60%, Sensitivität 100%). In der dritten Phase wurden multizentrisch in 9 AM-Lehrpraxen durch Studenten im KPJ von allen Patienten mit Halsschmerzen Rachenabstriche genommen, damit CNA-Platten beimpft und ein Protokoll auf einer Onlinedatenbank erstellt. Der Centor-Score wurde um zusätzliche Fragen wie Kontakt mit Erkrankten, Dauer des Fiebers, Antibiotikaeinnahme in den letzten 3 Monaten und erhobene Befunde wie immunologischen Strep-A-Schnelltest, CRP, Leukozytenanzahl erweitert. Um die Zahl der asymptomatischen Streptokokkenträger zu ermitteln, wurden Patienten mit unfallchirurgischen Konsultationen als Kontrollgruppe einbezogen (Ausschlusskriterium Halsschmerzen).

## Zwischenresultate

In der Zeit von Mai bis Dezember 2007 wurden bisher 350 Rachenabstriche ausgewertet. Über den gesamten Zeitraum fanden sich 16 positive Abstriche bei den Probanden mit Halsschmerzen (5%), kein positiver Abstrich in der Kontrollgruppe. Am höchsten

war die Inzidenz in den Monaten Mai und Juni (15–20%), ab Mitte Oktober fand sich kein einziger positiver Abstrich mehr.

13 Erreger mit Hämolyse auf den CNA-Agarplatten wurden immunologisch der Lancefield-Gruppe A, also dem klassischen Erreger der Angina tonsillaris, zugeordnet.

In 2 Fällen fanden sich bei deutlichen klinischen Zeichen der Angina hämolyzierende Streptokokken der Gruppe C, in 1 Fall wurde ein Streptococcus equisimilis (Gruppe G) gefunden. Bei keinem Patienten der Kontrollgruppe fanden sich Hämolysen der Gruppen A, C und G.

Alle Streptokokken waren auf Penicillin empfindlich, in 1 Fall bestand Makrolidresistenz (ca. 7%), in 3 Fällen waren die Erreger auf Tetracycline resistent.

## Ziel

Die derzeit laufende Studie soll mindestens über 12 Monate weitergeführt werden, um signifikante Fallzahlen zu erreichen und die stark unterschiedliche jahreszeitliche Verteilung zu dokumentieren.

## Literatur:

<sup>1</sup> Linder, J.A. et al.: JAMA 2005 294: 2315-22

<sup>2</sup> Rimoin, A.W. et al.: Arch Dis Child 2005 Oct; 90 (10): 1066-70

<sup>3</sup> Wächtler, H.: Hausarzt 2004;Nr3: 46-49

<sup>4</sup> Ritzmann, P.:pharma-kritik 2001;23: 49-51

<sup>5</sup> www.degam.de/leitlinien/themen.html in Ausarbeitung Autor: Wächtler, H.



Links: Betahämolyse, rechts: vergrünende Streptokokken (physiologische Rachenflora)