



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Videodolmetschen im Gesundheitswesen:  
ein Fallbeispiel aus dem *neunerhaus*“

verfasst von / submitted by

Martina Klammer, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien, 2022 / Vienna 2022

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

A 070 331 348

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

Masterstudium Translation  
Deutsch Italienisch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof.-Mag. Dr. Franz Pöchhacker



## Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer Franz Pöchlhacker bedanken. Ohne seine ausschlaggebende Motivation und tatkräftige Unterstützung hätte ich mich niemals bei der *International Conference on Communication in Healthcare* (ICCH) angemeldet, bei der ich meine Forschung 2020 vorstellen durfte. Dass ich zum Zeitpunkt der Einreichung ein sechs Wochen altes Neugeborenes zuhause hatte, war für ihn kein Grund, es nicht zu versuchen. Und weil meine Präsentation mit seiner Unterstützung zu einer der *top rated* Vorträge der gesamten Konferenz gewählt wurde, wurde ich anschließend eingeladen, einen wissenschaftlichen Artikel zum Thema zu verfassen. Dieser erschien dann ein Jahr später und in gemeinsamer Autorenschaft mit Franz Pöchlhacker in *Patient Education and Counseling* unter dem Titel *Video remote interpreting in clinical communication: A multimodal analysis* (2021).

Mein Dank gilt auch dem Arzt von *neunerhaus*, ohne dessen Bereitschaft und Interesse dieses Forschungsvorhaben nie entstanden wäre. Danken möchte ich an dieser Stelle auch dem gesamten Team vom Gesundheitszentrum *neunerhaus*: Ihr leistet Tag für Tag unfassbar wichtige Arbeit. Danke euch von Herzen!

Ich danke auch meiner lieben Freundin Anna. Danke dir für die punktgenaue Korrektur, das kontinuierliche Feedback und die Motivation, Schritt für Schritt weiterzuschreiben. Danke v. a. auch, dass du nie müde wurdest, von meiner Masterarbeit oder dem Paper oder der Konferenz zu hören, und mir stets mit Rat und Tat beiseite standest.

Ein herzliches Dankeschön auch an meine Freundin Lena: Zusammen haben wir 2018 mit unserer Seminararbeit den Grundstein für dieses Forschungsvorhaben gelegt. Danke für die wissenschaftliche Zusammenarbeit und noch viel mehr freue ich mich, dass daraus diese wunderbar ehrliche und warmherzige Freundinnenschaft entstanden ist.

Danken möchte ich schlussendlich noch meiner Familie: meinem Partner für seine stete und tatkräftige Unterstützung und meinem kleinen Strahlekind dafür, dass sie bedingungslos sie selbst ist. Danke, dass wir dieses Stück des Weges gemeinsam gehen.

Bedanken möchte ich mich aber auch bei mir selbst. Wahrscheinlich war ich naiv, als ich hochschwanger aber voller Tatendrang die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit machte. Als ich mich mit Neugeborenem auf dem Arm bei der Konferenz anmeldete. Oder als ich mit einem einjährigen Kind für ein halbes Jahr nach Brüssel zog, um bei der Europäischen Kommission zu arbeiten. Aber vielleicht ist es auch manchmal gut, so naiv zu sein, denn ohne diesen Mut hielte ich heute nicht diese Masterarbeit in der Hand.



## **Inhaltsverzeichnis**

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildungsverzeichnis .....                                                                                | 8  |
| Tabellenverzeichnis .....                                                                                  | 8  |
| Transkriptauszügeverzeichnis .....                                                                         | 8  |
| 1. Einleitung .....                                                                                        | 9  |
| 2. Kommunikation und Dolmetschen im Gesundheitswesen .....                                                 | 15 |
| 2.1. Kommunikation in der Medizin .....                                                                    | 15 |
| 2.1.1. Asymmetrische Kommunikation .....                                                                   | 16 |
| 2.1.2. Kommunikationsmodelle in der Medizin .....                                                          | 17 |
| 2.1.3. Calgary-Cambridge Guide.....                                                                        | 18 |
| 2.2. Kommunikation in der Medizin trotz Sprachbarriere .....                                               | 22 |
| 2.2.1. Medizindolmetschen als Teilbereich des Kommunaldolmetschens .....                                   | 23 |
| 2.2.2. Dolmetschbedarf im österreichischen Gesundheitswesen.....                                           | 23 |
| 2.2.3. Das Recht auf (muttersprachliche) Aufklärung .....                                                  | 25 |
| 2.2.4. Status Quo: Laiendolmetschen .....                                                                  | 27 |
| 2.2.5. Asymmetrische Kommunikation: Machtgefälle in der mehrsprachigen<br>medizinischen Kommunikation..... | 30 |
| 2.3. Zwischenfazit .....                                                                                   | 30 |
| 3. Videodolmetschen .....                                                                                  | 32 |
| 3.1. Einordnung in die Dolmetschwissenschaft .....                                                         | 32 |
| 3.2. Begriffsbestimmung und Definitionen.....                                                              | 33 |
| 3.3. Forschungsstand Videodolmetschen.....                                                                 | 38 |
| 3.3.1. Videodolmetschstudien allgemein .....                                                               | 38 |
| 3.3.2. Videodolmetschen im Gesundheitswesen .....                                                          | 41 |
| 3.3.3. Videodolmetschstudien aus der Medizin .....                                                         | 42 |
| 3.3.4. Videodolmetschstudien aus der Dolmetschwissenschaft .....                                           | 44 |
| 3.4. Zwischenfazit .....                                                                                   | 51 |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. Ausgewählte Analyseaspekte .....                                    | 52 |
| 4.1. Visueller Zugang und Blickverhalten beim Videodolmetschen.....    | 52 |
| 4.2. Gesprächsschritt und Sprecher:innenwechsel .....                  | 56 |
| 4.3. Rückkopplungsverhalten.....                                       | 60 |
| 4.4. Gestik .....                                                      | 63 |
| 4.5. Zwischenfazit .....                                               | 65 |
| 5. Methode .....                                                       | 67 |
| 5.1. Untersuchungsrahmen: Gesundheitszentrum <i>neunerhaus</i> .....   | 67 |
| 5.2. Datengewinnung.....                                               | 69 |
| 5.2.1. Vorbereitung: Feldzugang.....                                   | 69 |
| 5.2.2. Durchführung.....                                               | 70 |
| 5.2.3. Feldnotizen .....                                               | 71 |
| 5.3. Transkription .....                                               | 72 |
| 5.4. Videoanalyse .....                                                | 73 |
| 5.4.1. Gesprächsanalyse .....                                          | 76 |
| 5.4.2. Ethnografische Analyse.....                                     | 77 |
| 5.4.3. Multimodale Analyse .....                                       | 78 |
| 6. Multimodale Analyse.....                                            | 82 |
| 6.1. Einbettung in den situativen Kontext.....                         | 82 |
| 6.1.1. Vorwissen und Erfahrung des Arztes.....                         | 82 |
| 6.1.2. Situativer Hintergrund und Ziel der Konsultation .....          | 83 |
| 6.1.3. Räumliche Anordnung und technische Voraussetzungen .....        | 84 |
| 6.1.4. Ablauf der Konsultation .....                                   | 86 |
| 6.1.5. Die Dolmetscherin: Professioneller Hintergrund.....             | 88 |
| 6.2. Technikbedingte Einflussfaktoren .....                            | 88 |
| 6.2.1. Visueller Zugang und Blickverhalten der Gesprächsparteien ..... | 88 |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.2.2. Sprecher:innenwechsel und „Chunking“ des Arztes.....            | 94  |
| 6.2.3. Rückkopplungsverhalten der Gesprächsparteien.....               | 96  |
| 6.2.4. Gestik des Arztes .....                                         | 96  |
| 6.2.5. Zwiegespräche .....                                             | 99  |
| 7. Diskussion und Schlussfolgerungen.....                              | 101 |
| 7.1. Diskussion .....                                                  | 101 |
| 7.1.1. Vorwissen und Erfahrung mit Videodolmetschen.....               | 101 |
| 7.1.2. Ablauf der Konsultation .....                                   | 102 |
| 7.1.3. Visueller Zugang und Blickverhalten der Gesprächsparteien ..... | 105 |
| 7.1.4. Sitzkonstellation und Blickverhalten insg. Ergebnisse .....     | 106 |
| 7.1.5. Sprecher:innenwechsel und „Chunking“ des Arztes.....            | 107 |
| 7.1.6. Rückkopplungsverhalten der Gesprächsparteien.....               | 107 |
| 7.1.7. Gestik des Arztes .....                                         | 108 |
| 7.1.8. Zwiegespräche: „In der Zwischenzeit kam eine Frage auf“ .....   | 108 |
| 7.2. Schlussfolgerungen.....                                           | 110 |
| Bibliografie .....                                                     | 113 |
| Anhang.....                                                            | 124 |
| Datenschutzmitteilung .....                                            | 124 |
| Verschwiegenheitserklärung.....                                        | 124 |
| Briefing für die Patient_innen.....                                    | 125 |
| Transkription.....                                                     | 126 |
| Kurzfassung .....                                                      | 134 |
| Abstract.....                                                          | 135 |

## **Abbildungsverzeichnis**

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1 Calgary-Cambridge Guide.....                                                 | 19 |
| Abbildung 2 Deutschkenntnisse der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich ..... | 25 |
| Abbildung 3 Ferndolmetschen: Unterscheidung nach Kommunikationsmedium .....              | 36 |
| Abbildung 4 Ferndolmetschen .....                                                        | 36 |
| Abbildung 5 Videodolmetschen im neunerhaus Gesundheitszentrum.....                       | 68 |
| Abbildung 6 Videotranskription mittels ELAN.....                                         | 73 |
| Abbildung 7 Räumliche Anordnung .....                                                    | 84 |
| Abbildung 8 Technische Voraussetzungen.....                                              | 86 |
| Abbildung 9 Visueller Zugang der Gesprächsteilnehmenden .....                            | 89 |
| Abbildung 10 Sichtfeld der Dolmetscherin .....                                           | 92 |

## **Tabellenverzeichnis**

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1 Menschen mit Migrationshintergrund von 2008 bis 2020 .....                      | 24 |
| Tabelle 2 Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich im Jahresdurchschnitt 2020.... | 24 |
| Tabelle 3 Unterscheidungskriterien des Dolmetschens.....                                  | 33 |
| Tabelle 4 Vergleich Videodolmetschen und Videokonferenzdolmetschen.....                   | 37 |
| Tabelle 5 Transkriptionsregeln .....                                                      | 72 |
| Tabelle 6 Ablauf der Konsultation .....                                                   | 87 |
| Tabelle 7 Blickverhalten des Arztes.....                                                  | 91 |

## **Transkriptauszügeverzeichnis**

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Transkriptauszug 1 Blickverhalten des Arztes.....                        | 90  |
| Transkriptauszug 2 Körperliche Untersuchung .....                        | 93  |
| Transkriptauszug 3 „Chunking“ der Hauptaussage des Arztes - Teil 1 ..... | 94  |
| Transkriptauszug 4 „Chunking“ der Hauptaussage des Arztes -Teil 2 .....  | 95  |
| Transkriptauszug 5 Gestik des Arztes .....                               | 97  |
| Transkriptauszug 6 Gestik: Der Arzt zeigt „hierher“ .....                | 98  |
| Transkriptauszug 7 Zwiegespräch DOC-INT .....                            | 99  |
| Transkriptauszug 8 Zwiegespräch INT-PAT.....                             | 100 |
| Transkriptauszug 9 Beenden des Gesprächs.....                            | 104 |

*Communication lies at the heart of healthcare.* (Roat & Crezee 2015: 242)

*Kommunikation ist das Herz der Medizin.* (Peter Nowak 2019)

## 1. Einleitung

Das Dolmetschen ist eine Tätigkeit, die so alt ist wie die Sprachen selbst. Seit der Mensch sprechen kann, besteht Bedarf an Sprachmittlung. Historisch gesehen geschah dies im Modus des Konsekutiv- oder Flüsterdolmetschens (Pöchhacker 2016: 16). Mit dem Aufkommen neuer Technologien im 20. Jahrhundert ergab sich jedoch erstmals die Möglichkeit, Sprecher:innen und Hörer:innen miteinander zu verbinden, die sich physisch nicht in Hörweite befanden (Pöchhacker 2016: 22). Hierzu gehören das Konferenzdolmetschen, das den Simultanmodus erstmals für ein beliebig großes Publikum ermöglichte (Pöchhacker 2016: 16) und das Telefondolmetschen als älteste Form des technologiegestützten Ferndolmetschens sowie der *Video Relay Service* (VRS) als videokonferenzvermitteltes Dolmetschen für gehörlose oder gehörbeeinträchtigte Menschen (Pöchhacker 2016: 22).

Diese technologischen Fortschritte hatten großen Einfluss auf die Dolmetschpraxis der letzten 100 Jahre (Pöchhacker 2016: 182). Besonders das Aufkommen von Telekommunikation und digitalen Datenverarbeitungsprogrammen ab Beginn der 1990er Jahre spielte eine maßgebliche Rolle für das professionelle Dolmetschen (Pöchhacker 2016: 182). Diesen technologischen Entwicklungen entstammt auch das Videodolmetschen, das Thema der vorliegenden Forschungsarbeit ist. Web-basierte Videoanrufe gehören heute zum Alltag und so erscheint videovermitteltes Dolmetschen als der nächste logische Schritt, um den Bedarf im Kommunal- sowie im Konferenzdolmetschen zu decken.

Erstmals in der Geschichte des Dolmetschens ist es nun möglich, professionelle Dolmetscher:innen jederzeit mit Videoübertragung an jeden beliebigen Ort zuzuschalten – vorausgesetzt, dass eine zuverlässige Internetverbindung besteht. Mit einem Klick ist eine Vielzahl von Sprachen verfügbar und gleichzeitig können die Kosten für die Anfahrt der *on-site*-Dolmetscher:innen eingespart werden. Es besteht im Bereich des Kommunaldolmetschens keine Notwendigkeit mehr, Laiendolmetscher:innen hinzuziehen, seien es Familienangehörige, Kinder oder Mitarbeiter:innen mit mehrsprachigem Hintergrund. Das Videodolmetschen erscheint in diesem Sinne als Tür- und Toröffner für reibungsloses Kommunaldolmetschen.

In Zeiten einer globalen Pandemie und den damit verbundenen *social distancing* Maßnahmen kann das Videodolmetschen – gerade im Gesundheitswesen, aber nicht nur dort – eine große Chance darstellen: Mehr als je zuvor ist Dolmetschen ohne tatsächliche physische Anwesenheit gefragt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Videodolmetscher:innen hinter dem Bildschirm selbstverständlich keine schützende Maske tragen müssen und so ihre non-verbalen Kommunikationsmittel besser ersichtlich sind. Ob diese Behauptung tatsächlich so stehen gelassen werden darf, wird sich in der vorliegenden Analyse zeigen.

Abgesehen von der aktuellen Krisensituation ist Videodolmetschen im Gesundheitswesen gleichsam eine globale und lokale Chance. Sie ist global, weil Videodolmetschen grenzübergreifend funktionieren kann und bereits funktioniert – eine in Bulgarien sozialisierte Dolmetscherin, die in Italien wohnt, kann per Videogespräch zwischen einer deutschsprachigen Ärztin und einer bulgarischsprachigen Patientin in Österreich dolmetschen.

Die Chance, die das Videodolmetschen darstellt, ist aber zusätzlich zur globalen auch eine lokale. Die vorliegende Masterarbeit wird in Wien verfasst, einer Stadt, in der 46,2 % der Einwohner:innen Migrationshintergrund haben<sup>1</sup> (Statistik Austria 2021); eine Stadt, in der jeden Tag Kinder für ihre Eltern (Schmidt-Glenewinkel 2013) dolmetschen, Nachbar:innen für Nachbar:innen, Freund:innen für Freund:innen, Bekannte für Bekannte. Professionelle Dolmetschungen sind kostspielig und die Verantwortung wird meist den Anspruchnehmer:innen selbst zugeschoben, weshalb besonders im Kommunaldolmetschen oft auf Lai:innen gebaut wird.

Dabei ist es in Österreich gesetzlich vorgeschrieben, dass Mediziner:innen stets die verbale Einwilligung ihrer Patient:innen einholen, bevor die Behandlung beginnt.<sup>2</sup> Im österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz steht, dass „der Träger der Krankenanstalten die Einwilligung“ der Patient:innen einholt und dass „Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann“ (KAKuG § 8 Abs. 3). Jede Krankenanstalt in Österreich steht also in der Pflicht, Patient:innen vor jedweder Behandlung aufzuklären – und diese Aufklärung muss für ebenjene Patient:innen verständlich, d.h. in einer ihnen verständlichen Sprache, erfolgen.

---

<sup>1</sup> Migrationshintergrund ist nicht mit mangelhaften Deutschkenntnissen gleichzusetzen. Wie genau sich dies aufschlüsselt, lässt sich in Kapitel 2.2.2 Dolmetschbedarf im österreichischen Gesundheitswesen nachlesen. Die obenstehenden 46,2 % beziehen sich sowohl auf Zuwanderer:innen erster als auch zweiter Generation.

<sup>2</sup> Eine Ausnahme der Einwilligung stellt die sog. „Gefahr in Verzug“-Klausel dar (2.2.3).

Einen Monat nach der Datenerhebung für die Masterarbeit im Oktober 2019 fand zum selben Thema ein Round Table mit dem Titel *Neue Wege zur Chancengerechtigkeit – Videodolmetschen im Gesundheitswesen* in Wien statt (am 06.11.2019). Dabei konnten Einblicke in die verschiedensten Aspekte des Videodolmetschens gewonnen werden: die Perspektive der Mediziner:innen, für die vor allem eine einfache Handhabung und die Kostenfrage im Mittelpunkt steht; die Perspektive der Translationswissenschaftler:innen und der (Video-)Dolmetscher:innen, die Anspruch auf eine gelungene Interaktion erheben. Auch Vertreter:innen aus anderen Branchen waren anwesend, so zum Beispiel vonseiten der Polizei und Justizvollzugsanstalten, bei denen auch bereits Videodolmetschen genutzt wird. Der Grundtenor der Veranstaltung war, dass das Videodolmetschen auf jeden Fall nützlich sei und es weiteres Bemühen zu dessen Ausweitung und Verbesserung geben solle.

Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang eine Aussage von Peter Nowak von der *Gesundheit Österreich GmbH*: „Kommunikation ist das Herz der Medizin.“ Medizinische Berufe seien im Grunde immer kommunikative Berufe, denn eine medizinische Behandlung könne ohne Sprache – und sei es nonverbale – nicht erfolgen. Dieselbe Aussage tätigten zuvor schon Roat und Crezee (2015: 242), auf deren Studie in Kapitel 2.2.4 Status Quo: Laiendolmetschen eingegangen wird. Ohne Kommunikation und Sprache kann Medizin nicht reibungslos arbeiten. Deshalb ist Videodolmetschen von großer Bedeutung für die medizinische Praxis.

Videodolmetschen birgt großes Potenzial, aber die dahingehende Forschung steckt noch in den Kinderschuhen. Im letzten Jahrzehnt tat sich in diesem Bereich jedoch einiges. Sabine Braun von der *University of Surrey* (2004, 2012) ist hier als Pionierin zu nennen, da sie mit ihrem umfassenden Projekt AVIDICUS den Grundstein zur Erforschung des Videodolmetschens im rechtlichen Bereich legte. In Österreich ist Maria Kletečka-Pulker, stellvertretende Institutsvorständin, Geschäftsführerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin in Wien (Stand 2019) zu nennen, die sich eingehend mit dem Videodolmetschen im österreichischen Gesundheitswesen auseinandersetzte (Kletečka-Pulker & Parrag 2015). Es ist nicht zuletzt ihr zu verdanken, dass gemeinsam mit der österreichischen Plattform *Patientensicherheit* das Pilotprojekt *Videodolmetschen* ins Leben gerufen wurde (Havelka 2015).

2020 wurden zwei umfassende und wegbereitende Studien zum Videodolmetschen im Gesundheitswesen publiziert: zum einen die Dissertation von Esther de Boe (2020) von der Universität Antwerpen und jene von Jessica Pedersen Belisle Hansen (2020a) von der Univer-

sität Oslo. Hansens Werk (2020a) ist bis dato auch das einzige vor der vorliegenden Masterarbeit, das mit Videoaufzeichnungen authentischer Videodolmetschungen im Gesundheitswesen arbeitet.

Wie oben bereits beschrieben, gibt es gerade im Gesundheitswesen einen hohen Bedarf an (Video-)Dolmetschen. Schnell verfügbares und professionelles Dolmetschen ist existenziell und (lebens-)notwendig. Forschung in diesem Bereich ist unabdingbar, um das Videodolmetschen in der Theorie und der Praxis weiterhin zu verbessern. Dies fungiert als Motivation für die vorliegende Arbeit: Als vergleichsweise junge Dolmetschart bestehen naturgemäß noch zahlreiche wissenschaftliche Lücken. Diese Masterarbeit möchte einen Beitrag zur Füllung dieser Lücken leisten.

In der vorliegenden Masterarbeit wird der Fokus auf folgende zentrale Forschungsfragen gelegt:

- (1) Welche räumlichen, technischen und kommunikativen Voraussetzungen sind notwendig, damit ein Videodolmetschgespräch zwischen medizinischem Personal und Patient:in stattfinden kann?
- (2) Inwiefern beeinflussen diese Voraussetzungen das Gespräch?
- (3) Welche dem Videodolmetschen im Gesundheitswesen eigenen Spezifika können erfasst werden?

Es wird angenommen, dass die räumlichen, technischen und kommunikativen Gegebenheiten das Gespräch jedenfalls beeinflussen. So kann beispielsweise eine mangelhafte Internetverbindung die reibungslose Kommunikation erschweren bis unmöglich machen. Aber auch weniger offensichtliche Voraussetzungen wie die Sitzkonstellation oder die Auswahl der verwendeten Lautsprecher können die Kommunikation beeinflussen.

Weiters wird angenommen, dass bestimmte Strategien existieren, mit deren Hilfe die Kommunikation in der Praxis verbessert wird. Da dies eine der wenigen Studien ist, die mit authentischem Videomaterial aus dem Gesundheitswesen arbeitet, eröffnet sich die Möglichkeit, praktische Strategien der Gesprächsparteien zu beobachten und auf dem Hintergrund dolmetschwissenschaftlicher Forschung zu bewerten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Videodolmetschen im Gesundheitswesen und die Forschung dazu stecken historisch betrachtet noch in den Kinderschuhen; das Potenzial, aufbauend auf den Bedarf an Videodolmetschen, ist jedoch enorm. Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich daher detailliert mit diesem Thema, um einen Teil zur aktuellen wissenschaftlichen Debatte beizutragen.

Zuallererst muss jedoch das theoretische Fundament gelegt werden, und zwar von der Makro- bis in die Mikroebene reichend. Dazu wird zunächst die Kommunikation in der Medizin ohne Sprachbarriere in den Fokus genommen. Da dies eine viel besprochene Thematik in der medizinischen Forschung ist, werden verschiedene Ansätze und Modelle vorgestellt. Anschließend daran folgt ein Abschnitt über Kommunikation in der Medizin mit Sprachbarriere. Hier werden Fragen nach dem Bedarf, den rechtlichen Grundlagen, dem Lai:innendolmetschen und dem Machtgefälle beantwortet.

Im darauffolgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zum Videodolmetschen präsentiert. In einem ersten Teil wird die Bezeichnung *Videodolmetschen* und deren Definition geklärt und in der Dolmetschwissenschaft verortet. Darauf folgt ein umfassender Überblick über die Videodolmetschstudien der letzten zwei Jahrzehnte: zunächst allgemeine und oft zitierte Studien; anschließend daran konkret im Setting Gesundheitswesen, da das Videodolmetschen im Gesundheitswesen von großem Forschungsinteresse für Mediziner:innen ist. Eine große Zahl an Studien entstammt der Medizinforschung selbst, wobei es sich größtenteils um Zufriedenheitsumfragen handelt. Eine überschaubarere Zahl kommt aus der Dolmetschwissenschaft, Tendenz steigend.

Es folgt ein drittes Theoriekapitel, bestehend aus einem Status Quo ausgewählter Analyseaspekte: Dazu zählen das Blickverhalten der Gesprächsparteien, der Sprecher:innenwechsel, das Rückkopplungsverhalten, die Gestik und die Zwiegespräche. All diese Faktoren beeinflussen das Videodolmetschgespräch und/oder umgekehrt. Die Auswahl der Aspekte ergab sich erst nach der eingehenden Beschäftigung mit dem Videomaterial. Es sind diejenigen Aspekte, die aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht am meisten ins Auge stachen.

Die zweite Hälfte der Arbeit ist dem empirischen Teil gewidmet. Nachdem der Untersuchungsrahmen, nämlich die soziale Einrichtung *neunerhaus*, deren Gesundheitszentrum und die Videodolmetschfirma SAVD, vorgestellt wird, wird die Methode erläutert. Da die Forschung in diesem Bereich ebenfalls überschaubar ist, gibt es keine passgenaue Methode, mit der man arbeiten könnte. Vielmehr handelt es sich um eine Kombination aus ethnografischer Kontexterhebung, Gesprächsanalyse und multimodaler Analyse. Letztere erlebt gerade einen großen Aufschwung in der Sprachwissenschaft und in weiterer Folge auch in der Forschung zum Dialogdolmetschen (Davitti & Pasquandrea 2017: 108). Davitti geht sogar so weit, dass sie eine multimodale Wende in der Forschung zum Dialogdolmetschen fordert (Davitti 2019).

Im nächsten Kapitel wird das Videomaterial, das mittels ELAN aufbereitet wurde, einer eingehenden Analyse unterzogen. Von der Makro- in die Mikroebene wird alles unter die Lupe

genommen: Kontext, Ablauf, Sitzkonstellation, Blick- und Rückkopplungsverhalten, Gestik und Zwiegespräche. Anhand von mit Bildern versehenen Transkriptauszügen können verbale und nonverbale Mittel multimodal – also in Kombination miteinander – analysiert werden.

Die Diskussion der Ergebnisse lässt schließlich alle gesponnenen Fäden zusammenlaufen und bewertet die Analyseergebnisse vor dem Hintergrund der Theorie. Schließlich wird eine Schlussfolgerung die Arbeit abrunden und eingangs gestellte Forschungsfragen beantworten. Ein Ausblick auf weitere mögliche Forschung soll Motivation für nachfolgende Studien bergen.

An dieser Stelle noch ein allgemeiner Hinweis zum Format der Masterarbeit: Diese Arbeit wird im Sinne der Chancengerechtigkeit geschlechtergerecht formuliert. Der verwendete Doppelpunkt beschränkt sich nicht auf die traditionelle Binarität der Geschlechter, sondern umfasst alle Geschlechter. Falls es für eine flüssigere Lesbarkeit erforderlich sein sollte, nur eine Geschlechtsform zu nennen, wird die weibliche gewählt. So werden Frauen, die schließlich einen überproportional hohen Anteil der Dolmetscher:innen ausmachen, sichtbar gemacht.

*Communication is not just 'being nice'.*

(Silverman, Kurtz & Draper 2013: 8)

## **2. Kommunikation und Dolmetschen im Gesundheitswesen**

### **2.1. Kommunikation in der Medizin**

Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen ist grundlegend für den Erfolg medizinischer Behandlungen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 7). Zahlreiche Studien befassen sich mit dieser Kommunikation (vgl. Silverman, Kurtz & Draper 2013), ebenso mit deren Dolmetschung (vgl. Metzger & Nicodemus 2014; Hale 2007; Schmidt-Glenewinkel 2013). Essenzielle Teile eines Patient:innen-Gesprächs sind nur sprachlich möglich, wie etwa das Anamnesegespräch und eine Erklärung der Medikation und Behandlung (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 5-6, 16). Das Gelingen medizinischer Behandlung ist also wesentlich abhängig von erfolgreicher Kommunikation.

Menz (2013b: 4, Hervorhebung im Original) stellt gar die These auf, dass „gute“ Kommunikation in ähnlicher Weise wirksam sei wie verschriebene Medikamente – eine These, die von zahlreichen Studien unterstützt wird. Genannt sei hier eine Review-Studie aus München mit 3611 befragten Patient:innen, die zum Ergebnis kommt, dass freundliche und angstnehmende Interaktion mit Patient:innen einen positiven Krankheitsverlauf unterstützt (Kerr et al. 2003). Zu dem selben Ergebnis kommt auch eine Studie aus Wien, welche einen Zusammenhang zwischen patient:innen-orientierter Kommunikation und einem positiven Krankheitsverlauf suggeriert (Trummer et al. 2006).

Auch Silverman, Kurtz & Draper (2013: 8-9) unterstützen die Ansicht, dass Kommunikation einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Patient:innen haben kann. Sie identifizieren drei Folgen strategischer Kommunikation mit Patient:innen: Erstens seien die medizinischen Konsultationen dann effizienter, zweitens die Erfolgchancen der Behandlung höher, und drittens werde durch strategische Kommunikation der patient:innen- und beziehungsorientierte Ansatz unterstützt (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 9).

### 2.1.1. Asymmetrische Kommunikation

Nach Metzger und Nicodemus (2014: vii–viii) hängt erfolgreiche Kommunikation von vielerlei Faktoren ab, u.a. Geschlecht, Bildungsniveau, regionale Sprachunterschiede, Gesprächsstil, Lebensstil, individueller Hintergrund und persönliche Erfahrungen. Medizinische Kommunikation stellt hier keine Ausnahme dar. Im Gegenteil, bei medizinischer Kommunikation kommen Faktoren wie Anspannung, Emotionalität, erhöhter Zeitdruck in Notfällen usw. erschwerend hinzu. All diese Faktoren werden außerdem multipliziert, wenn die beiden Gesprächsparteien über eine Sprachbarriere hinweg kommunizieren müssen (Metzger & Nicodemus 2014: vii). Zu den weiteren Problemquellen gehören sprachliche Unterschiede, wie unterschiedliches Beherrschen von Fachsprache und medizinischer Terminologie, kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Zielsetzungen von Ärzt:innen und Patient:innen (Metzger & Nicodemus 2014: viii).

Nach Metzger & Nicodemus (2014: viii) gibt es auch situative Unterschiede zwischen Ärzt:innen und Patient:innen: Die Ärzt:innen befinden sich in ihrer gewohnten Umgebung, nämlich ihrem täglichen Arbeitsplatz, und beschäftigen sich mit für sie alltäglichen Themen. Die Patient:innen befinden sich hingegen in einer ungewohnten Umgebung, in einer nicht alltäglichen Situation, müssen wichtige Lebensentscheidungen treffen und befinden sich durch ihre Symptome meist in einem geschwächten Zustand.

Schmidt-Glenewinkel (2013: 32) weist darauf hin, dass der Gesprächsverlauf aus Perspektive der Ärzt:innen großteils standardisiert ist, aus Sicht der Patient:innen hingegen nicht. Ärzt:innen haben die Macht über den Gesprächsverlauf: sie stellen ihre Fragen oft aus Zeitmangel oder anderen Gründen strategisch und kommunizieren erfolgsorientiert. Das lässt den Patient:innen wenig Raum, aus ihrer eigenen Perspektive zu erzählen, was sehr wichtig ist, wie in dem unten beschriebenen Kommunikationsmodell der gemeinsamen Entscheidungsbildung ersichtlich ist (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 22-25). Außerdem nutzen die Ärzt:innen Fachsprache, die für sie alltäglich ist, für die Patient:innen jedoch oft wenig verständlich (Schmidt-Glenewinkel 2013: 32).

Clifford (2004) weist darauf hin, dass die ungleiche Ausgangsposition ein Machtgefälle zwischen medizinischem Personal und Patient:innen herstellt. Die Patient:innen begeben sich aufgrund ihrer Leiden und ihres geringeren Fachwissens in eine Abhängigkeitsposition.

### 2.1.2. Kommunikationsmodelle in der Medizin

Es gibt laut Charles, Gafni und Whelan, drei Medizinforscher:innen aus Kanada (1997; 1999a; 1999b), drei gängige Kommunikationsmodelle in der Medizin: den paternalistischen Ansatz, die informierte Entscheidung und das Modell der gemeinsamen Entscheidungsbildung. Letzteres ist das heute in der medizinischen Fachgemeinschaft am weitesten verbreitete (Charles et al. 1997; 1999a; 1999b; Silverman, Kurtz & Draper 2013: 191). Mit Entscheidungsbildung ist hierbei die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung gemeint.

Beim paternalistischen Ansatz (vgl. Roter & Hall 1992; Silverman, Kurtz & Draper 2013: 189-191) verfügen die Ärzt:innen größtenteils über die Entscheidungsmacht und treffen die Behandlungsentscheidungen. Die Ärzt:innen entscheiden sich für die Behandlung, die sie als beste für die Patient:innen empfinden, und die Patient:innen fügen sich dieser Entscheidung. Zwar kann diese Art von Entscheidungsbildung von manchen Patient:innen – beispielsweise solchen in einem besonders vulnerablen Zustand – scheinbar bevorzugt werden, allerdings gibt es auch große Kritik daran. Allen voran ist die Kritik, dass bei Ärzt:innen und Patient:innen bereits von vornherein ein Wissensunterschied besteht und dass durch ein solches Modell jenes bestehende Machtgefälle noch verstärkt wird (Silverman, Draper & Kurtz 2013: 191).

Bei der informierten Entscheidung (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 191) besteht eine sogenannte Partnerschaft zwischen Ärztin und Patientin, allerdings mit strikter Arbeitsteilung: Die Ärztin informiert und die Patientin entscheidet. Die Ärztin erklärt alle möglichen Behandlungen ohne Wertung, beeinflusst die Patientin weder in die eine noch in die andere Richtung, und übernimmt auch keinerlei Verantwortung für die Entscheidung der Patientin. Die Patientin hat also die volle Macht über ihre Entscheidung. Die Grundkritik an dem Modell der informierten Wahl ist folgende: Es besteht ein erhöhtes Risiko, dass die Patientin sich mit ihrer Entscheidung allein gelassen fühlt. Außerdem kann es sein, dass die Ärztin sich zu einer Behandlungsmethode gezwungen fühlt, die sie persönlich als nicht akzeptabel empfindet (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 191).

Im Gegensatz zu den beiden oben beschriebenen Entscheidungsbildungsmodellen ist das Modell der gemeinsamen Entscheidungsbildung ein interaktionales, in dem die Ärztin sowie die Patientin alle Phasen des Entscheidungsprozesses offenlegen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 191). In diesem Modell werden Informationen in beide Richtungen ausgetauscht: Beide Gesprächsparteien teilen Erwartungen, Präferenzen, Zweifel und einigen sich am Ende gemeinsam auf einen Behandlungsplan. Die Ärztin darf eine klare Präferenz haben, es ist

jedoch sehr wichtig, dass diese explizit als solche von der Ärztin gekennzeichnet wird (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 192).

Heute hat sich das gemeinsame Entscheidungsbildungsmodell in der medizinischen Praxis weitgehend durchgesetzt (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 192). Es ist unter verschiedenen Synonymen bekannt, die jedoch alle auf den gleichen Ansatz Bezug nehmen, z. B. evidenzbasierte Patient:innenentscheidung, informierte gemeinsame Entscheidungsbildung, informierte Entscheidungsbildung, integrierte Entscheidungsbildung, oder partizipative Entscheidungsbildung (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 192). Makoul und Clayman (2006) versuchen mittels einer breiten Literaturrecherche eine Definition der gemeinsamen Entscheidungsbildung zu entwickeln. Sie kommen zum Schluss, dass einige essenzielle Komponenten in der gemeinsamen Entscheidungsbildung vorkommen sollten. Dazu zählen, das gesundheitliche Problem zu definieren und zu erklären, Optionen aufzuzeigen, Vor- und Nachteile einer Behandlung zu diskutieren, die Präferenzen der Ärztin und der Patientin herauszufinden, und dies alles auf möglichst transparente und explizite Weise (Makoul & Clayman 2006).

### **2.1.3. Calgary-Cambridge Guide**

Zu diesem Zwecke entwickelten die Autor:innen Suzanne Kurtz von der Universität Calgary in Kanada und Jonathan Silverman von der Universität Cambridge im Vereinigten Königreich vor über 20 Jahren den Calgary-Cambridge Guide (Kurtz & Silverman 1996; Kurtz et al. 1998; Silverman et al. 1998). Das Ziel bestand darin, Lehrenden sowie Lernenden gleichermaßen eine Struktur und einen Überblick über die zentralen Aufgaben in der Kommunikation mit Patient:innen zu bieten. Aus diesem Guide gingen die in Abbildung 1 dargestellten Richtlinien für ein Arzt-Patienten-Gespräch hervor.

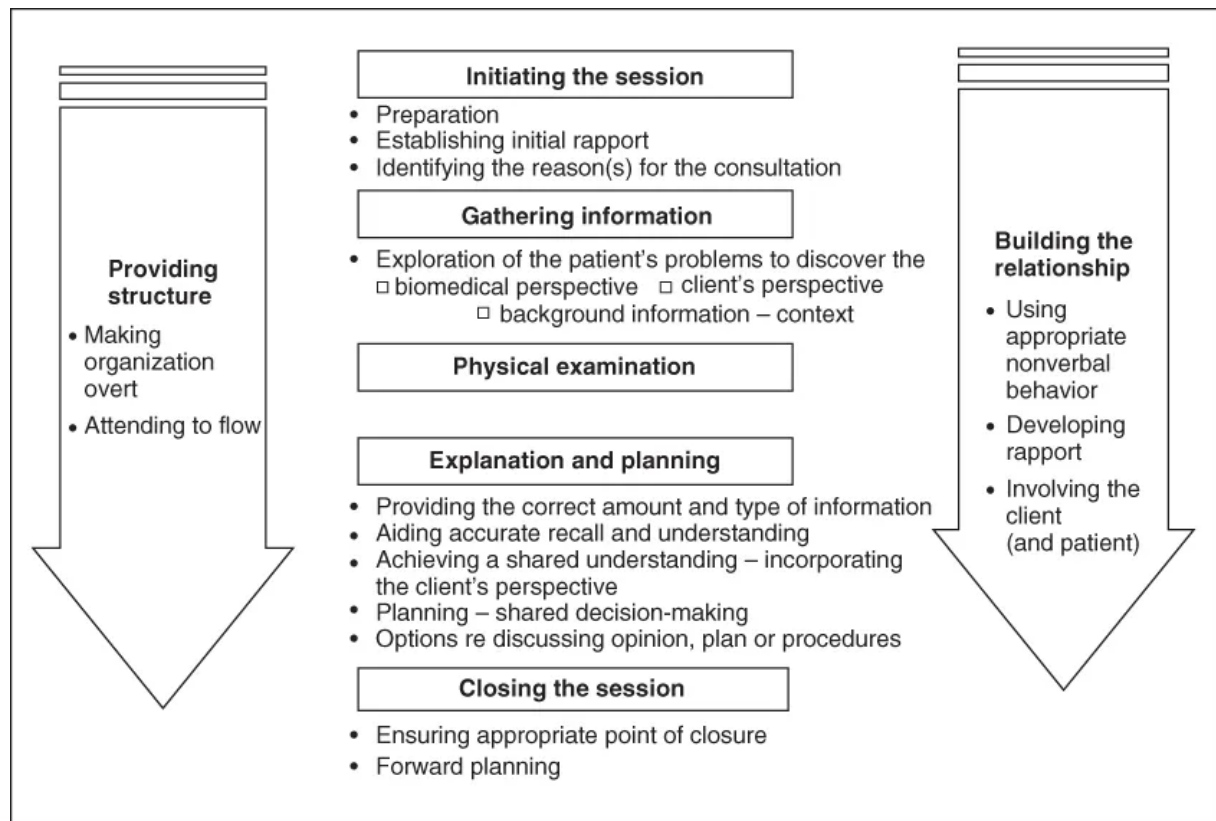


Abbildung 1 Calgary-Cambridge Guide (Kurtz et al. 2003: 806)

In Abbildung 1 werden der Ablauf und die Ziele einer medizinischen Konsultation im Calgary-Cambridge Guide grafisch dargestellt. Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen gliedern sich allgemein in fünf Phasen: (1) die Einleitung des Gesprächs, (2) das Sammeln von Informationen, (3) die körperliche Untersuchung, (4) Erklärung und Planung der Behandlung, und (5) die Beendigung des Gesprächs. Simultan zu diesen fünf Phasen laufen zwei kontinuierliche Aktivitäten, nämlich das Aufzeigen eines strukturierten Ablaufs sowie der Beziehungsaufbau.

Die Unterpunkte in Abbildung 1 stellen die Ziele der jeweiligen Gesprächsphase bzw. Aktivität dar. Bei der Einleitung der Konsultation bereitet sich die Ärztin zuallererst vor, d. h. sie legt ihre vorhergehende Tätigkeit beiseite und wendet ihre Aufmerksamkeit der anstehenden Konsultation zu. Anschließend erstellt sie einen Erstkontakt durch Grüßen, erfragt den Namen der Patientin, stellt sich selbst vor und zeigt in alldem einen respektvollen Umgang mit der Patientin, indem sie beispielsweise auf deren physisches Wohlbefinden achtet und ihr eine Sitzgelegenheit anbietet. Das letzte Ziel der Gesprächseinleitung ist das Identifizieren der Gründe für die Konsultation. Hierbei kann die Ärztin sich offener Fragen bedienen und sollte der Patientin aufmerksam zuhören, ohne sie in eine bestimmte Richtung zu lenken. Dann kann

die Ärztin die Beschwerden der Patientin auflisten, um sie auf Vollständigkeit zu überprüfen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 22).

In der zweiten Gesprächsphase werden die Informationen gesammelt. Die Ärztin bedient sich ähnlicher Strategien wie bereits in der ersten Gesprächsphase: Sie nutzt offene Fragen, ermutigt die Patientin zu erzählen und hört aufmerksam zu. Des Weiteren versucht sie, die Patientin durch verbale und nonverbale Mittel zum Sprechen zu ermutigen, beispielsweise durch Wiederholung, Paraphrasierung oder Schweigen. Umgekehrt soll die Ärztin auch auf nonverbale Mittel der Patientin achten, wie etwa Körpersprache und Gesichtsausdruck. Sie soll nachfragen, falls etwas unklar ist, bei Gelegenheit das bisher Gesagte kurz zusammenfassen, sich selbst klar und präzise ausdrücken und genaue Daten zu dem gesundheitlichen Problem erfragen. Insgesamt soll die Patientin also in dieser Gesprächsphase ermutigt werden, ihre eigene Perspektive zu schildern (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 22–23).

An dieser Stelle kann die Ärztin den Ablauf der Konsultation darstellen, indem sie alle bisherigen Informationen zusammenfasst, bevor sie zu der nächsten Gesprächsphase übergeht. Anschließend kann sie einen Ausblick auf die nachfolgende Gesprächsphase geben (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 23).

In der dritten Phase kommt es zur körperlichen Untersuchung der Patientin. Ist diese abgeschlossen, wird zur vierten übergegangen, der Erklärung und Planung der Behandlung. Hierbei ist es wichtig, eine individuell an die Patientin angepasste Menge und Art von Informationen bereitzustellen. Dies kann die Ärztin erreichen, indem sie die Informationen stückelt, das Vorwissen der Patientin eruiert oder auch nachfragt, was die Patientin noch wissen möchte. Des Weiteren soll die Ärztin darauf achten, ihre Informationen strukturiert und logisch zu vermitteln. Sie soll eine präzise und explizite Sprache verwenden und Fachjargon vermeiden. Die Ärztin soll ihre Informationen wiederholen und zusammenfassen. Außerdem können visuelle Mittel hilfreich sein, wie beispielsweise Modelle, Bilder oder schriftliche Informationen und Anleitungen. Das letzte Ziel in der Erklärung ist, das Verständnis seitens der Patientin zu bestätigen. Dabei kann die Ärztin Rückfragen stellen und der Patientin die Möglichkeit geben, ihre Perspektive zu teilen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 24–25).

Im zweiten Teil der dritten Phase wird die Behandlung geplant. Dabei wird im Calgary-Cambridge Guide der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsbildung verfolgt („shared decision making“ laut Silverman, Kurtz & Draper 2013: 25). Ziele sind hierbei, dass die Patientin den Entscheidungsprozess nachvollziehen kann, dass sie je nach individueller Präferenz mehr oder weniger darin involviert ist und dass der aktive Einsatz der Patientin in der Behandlung

erhöht wird. Diese Ziele sollen durch aktive Zusammenarbeit erreicht werden. Die Ärztin und die Patientin verhandeln einen individuellen Behandlungsplan, der am Ende idealerweise von der Patientin angenommen wird (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 25).

Nach der Einwilligung in den gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan geht die Konsultation in die letzte Phase. Die nächsten Schritte werden besprochen und was zu tun ist, wenn Probleme auftreten sollten. Die Ärztin fasst die Ergebnisse der Konsultation noch einmal kurz zusammen und wiederholt den Behandlungsplan. Zuallerletzt fragt sie noch nach, ob die Patientin noch Fragen oder Unklarheiten hat. Wenn nicht, wird die Patientin entlassen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 25).

Während all dieser Gesprächsphasen soll die Ärztin gezielt Strategien zum Beziehungsaufbau anwenden. Dies kann auf drei Ebenen erfolgen: (1) der angemessenen Nutzung von nonverbalem Verhalten, (2) dem Aufbau eines Beziehungsverhältnisses und (3) der Miteinbeziehung der Patientin (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 23–24).

Unter nonverbalem Verhalten zum Beziehungsaufbau verstehen Silverman, Kurtz und Draper (2013: 23) folgendes: Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Sitzposition und Bewegung sowie sprachliche Mittel wie Intonation, Sprechgeschwindigkeit und Lautstärke. Auf der zweiten Ebene ist es außerdem wichtig, der Patientin das Gefühl zu geben, keiner Art von Verurteilung ausgesetzt zu sein. Die Ärztin soll sich empathisch verhalten und die Ansichten und Gefühle der Patientin validieren. Sie soll ihre Unterstützung ausdrücken und außerdem sensibel mit schambehafteten Themen umgehen. Drittens soll die Ärztin die Patientin miteinbeziehen. Dies kann sie tun, indem sie beispielsweise ihren Gedankengang explizit äußert, damit die Patientin diesen nachvollziehen kann. Die Ärztin erklärt ihre Beweggründe für Fragen und/oder Behandlungsvorschläge. Außerdem soll sie während der körperlichen Untersuchung Handlungen ankündigen und erklären und die Einwilligung dafür einholen (Silverman, Kurtz & Draper 2013: 23–24).

Der Calgary-Cambridge Guide beschreibt also den Ablauf und die Ziele einer medizinischen Konsultation zwischen Ärzt:in und Patient:in. Sie berücksichtigen dabei den Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsbildung.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass Kommunikation grundlegend für den Erfolg medizinischer Behandlung ist, sei es das Anamnesegespräch, die Diagnosestellung oder das gemeinsame Planen einer Behandlung. Es gibt zahlreiche Studien und Kommunikationsmodelle betreffend die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient:innen. Diese Interaktion

ist abhängig von einer Vielzahl an Faktoren. Die Ausgangsposition ist meist charakterisiert durch ungleiche Wissensstände, sowohl fachlich als auch sprachlich und betreffend das Situationswissen. Die Ärzt:innen haben eine Machtposition inne und die Patient:innen sind abhängig von ihnen. Dieses Machtgefälle versucht man im Calgary-Cambridge-Modell auszugleichen, indem die Ärzt:innen den Patient:innen bewusst den Raum geben, aus ihrer persönlichen Perspektive zu erzählen. Dies steht im Einklang mit dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsbildung und verspricht höhere Erfolgschancen der medizinischen Behandlung.

## **2.2. Kommunikation in der Medizin trotz Sprachbarriere**

Kommunikation in der Medizin ist also, wie oben beschrieben, erstens grundlegend für den Behandlungserfolg und zweitens von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Wenn das medizinische Personal und die Patient:innen nicht über dieselbe Sprache verfügen, kommt eine zusätzliche erschwerende Ebene hinzu, nämlich die Sprachbarriere. In diesen Fällen sind die Gesprächsparteien auf Dritte angewiesen, die die Kommunikation zwischen ihnen ermöglichen.

Chancengleichheit auch auf Ebene der Gesundheitsversorgung stellt eine bedeutende und folgenwirksame Herausforderung dar: Das schreiben Kaelin, Kletečka-Pulker und Körtner in der Einleitung ihres 2013 herausgegebenen Sammelbandes *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*, der die Beiträge der gleichnamigen Tagung des Jahres 2011 zusammenfasst (Kaelin et al. 2013: XIII).

Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem ist für Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen erschwert (Kaelin et al. 2013: XIII). Diese Menschen erleben einen Nachteil in ihrer medizinischen Behandlung, z. B. bekommen sie weniger affektive Zuwendung (Menz 2013a). Menz stellt als Ergebnis einer Kritischen Diskursanalyse (2013b) fest, dass es im deutschsprachigen Raum noch immer die Patient:innen sind, die in der Bringschuld sind: Sie müssen selbst dafür sorgen, dass sie sich mit dem medizinischen Personal verständigen können. Noch immer sind Laiendolmetscher:innen der Standard im österreichischen Gesundheitssystem. Menz plädiert dafür, dass die Ärzt:innen die Verantwortung und die Organisation bei gedolmetschten Konsultationen übernehmen müssen, so wie sie es auch in monolingualen Gesprächen tun (2013b: 15–16).

Da also im ersten Teil dieses Kapitels dargelegt wurde, dass Kommunikation essenziell für medizinische Behandlung ist, soll im zweiten Teil der Status Quo der multilingualen Sprachverständigung im österreichischen Gesundheitswesen abgebildet werden.

### **2.2.1. Medizindolmetschen als Teilbereich des Kommunaldolmetschens**

Das Dolmetschen im medizinischen Bereich zählt aus translationswissenschaftlicher Sicht zum Kommunaldolmetschen (vgl. Hale 2007, Pöchhacker 2016: 14–15). Das Kommunaldolmetschen oder auch Community Interpreting umfasst alle Dolmetschungen, die getätigt werden, damit Mitglieder einer Gemeinschaft, die der Hauptgebrauchssprache dieser Gemeinschaft nicht mächtig sind, am Gemeinschaftsleben teilhaben können. Der heutige erhöhte Bedarf am Kommunaldolmetschen ist primär den Migrationsbewegungen des 20. Jahrhunderts geschuldet (vgl. Kadrić 2006: 5–6, Ozolins 2015: 320, Pöchhacker 2016: 14–15, Prunč 2012: 328–329).

Pöchhacker und Shlesinger (2007: 1–3) weisen darauf hin, dass die Dolmetschwissenschaft erst recht spät begonnen hat, sich mit dem Kommunaldolmetschen und so auch mit dem Dolmetschen im medizinischen Bereich zu beschäftigen. Zunächst beschäftigten sich die Sozialwissenschaften mit dem Medizindolmetschen; ab den 1990er Jahren begannen auch Translationswissenschaftler:innen in diesem Feld zu forschen. Folgende Aspekte zählen zu den Forschungsgegenständen in den ersten translationswissenschaftlichen Studien zum Medizindolmetschen: die Vollständigkeit der Verdolmetschung, die Fehlerrate und deren Einfluss auf den medizinischen Ausgang des Gesprächs, die Rolle der Dolmetscher:innen sowie die Frage nach der Dolmetscherin als Person (vgl. Pöchhacker & Shlesinger 2007: 3–4).

### **2.2.2. Dolmetschbedarf im österreichischen Gesundheitswesen**

Der Dolmetschbedarf in Österreich richtet sich nach der Anzahl der Menschen, die sich in Österreich befinden, aber über nicht ausreichende Deutschkenntnisse für eine medizinische Konsultation verfügen. Hier ist in erster Linie von Menschen mit Migrationsgeschichte die Rede, wobei hier eine Differenzierung vonnöten ist: Nicht alle Menschen mit Migrationsbiografie sind auf Dolmetscher:innen angewiesen und nicht alle, die auf Dolmetschungen angewiesen sind, sind Menschen mit Migrationsgeschichte (z.B. Tourist:innen).

Statistik Austria sammelt hierzu jährlich Zahlen und veröffentlicht diese im Statistischen Jahrbuch *migration & integration 2019*, herausgegeben vom Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, kurz BMEIA (2019). Zuallererst muss definiert werden, wer laut dem Statistischen Jahrbuch 2019 als Mensch mit Migrationshintergrund gilt, nämlich diejenigen, „deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von der Staatsbürgerschaft“ (BMEIA 2019: 24). Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterscheidet man zwischen Personen aus sogenannter erster Generation: Das sind diejenigen, die selbst nicht in Österreich geboren wurden, aber dann im Laufe ihres Lebens nach Österreich

immigriert sind. Die zweite große Gruppe sind die Personen der zweiten Generation, deren Eltern zwar im Ausland geboren sind, sie selbst aber in Österreich (BMEIA 2019: 24).

Seit Jahren steigt die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich an. Im Jahr 2019 lebten durchschnittlich rund 2,070 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich (Statistik Austria 2020). Das entspricht 23,7 % der österreichischen Gesamtbevölkerung. Im Jahresdurchschnitt 2020 waren es 2,137 Millionen Menschen, das entspricht 24,4 % der Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2021a). Das ist jede vierte in Österreich lebende Person. Zum Vergleich: Noch im Jahr 2008 lag der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich bei 17,4 % der österreichischen Gesamtbevölkerung (Statistik Austria 2021b).

*Tabelle 1 Menschen mit Migrationshintergrund von 2008 bis 2020 (Statistik Austria 2021b)*

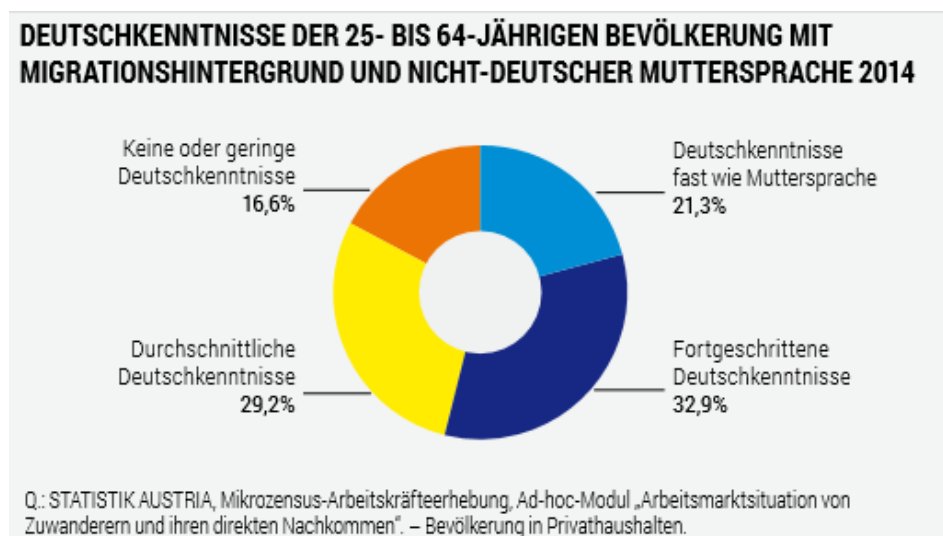
| Bevölkerung mit Migrationshintergrund seit 2008 |          |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|-------------------------------------------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Merkmale                                        | 2008     | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    |
|                                                 | in 1.000 |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Bevölkerung in Privathaushalten                 | 8.210,7  | 8.229,3 | 8.245,5 | 8.269,2 | 8.302,9 | 8.350,2 | 8.415,1 | 8.491,0 | 8.599,2 | 8.645,8 | 8.678,6 | 8.716,7 | 8.766,3 |
| Kein Migrationshintergrund                      | 6.784,3  | 6.769,9 | 6.717,3 | 6.721,2 | 6.739,8 | 6.727,8 | 6.700,5 | 6.678,1 | 6.701,1 | 6.675,5 | 6.658,3 | 6.648,6 | 6.628,6 |
| Migrationshintergrund                           | 1.426,4  | 1.459,4 | 1.528,2 | 1.548,0 | 1.563,0 | 1.622,4 | 1.714,6 | 1.812,9 | 1.898,0 | 1.970,3 | 2.020,2 | 2.070,1 | 2.137,8 |
| Zuwanderer der 1. Generation                    | 1.083,1  | 1.072,9 | 1.123,9 | 1.132,0 | 1.151,2 | 1.192,8 | 1.254,4 | 1.334,3 | 1.414,9 | 1.469,5 | 1.492,5 | 1.528,2 | 1.578,8 |
| Zuwanderer der 2. Generation                    | 363,3    | 386,5   | 404,4   | 416,0   | 411,9   | 429,5   | 460,2   | 478,7   | 483,1   | 500,8   | 529,7   | 542,0   | 559,0   |
| Merkmale                                        | in %     |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|                                                 | 2008     | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    |
| Bevölkerung in Privathaushalten                 | 100,0    | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   |
| Kein Migrationshintergrund                      | 82,6     | 82,3    | 81,5    | 81,3    | 81,2    | 80,6    | 79,6    | 78,6    | 77,9    | 77,2    | 76,7    | 76,3    | 75,6    |
| Migrationshintergrund                           | 17,4     | 17,7    | 18,5    | 18,7    | 18,8    | 19,4    | 20,4    | 21,4    | 22,1    | 22,8    | 23,3    | 23,7    | 24,4    |
| Zuwanderer der 1. Generation                    | 74,5     | 73,5    | 73,5    | 73,1    | 73,6    | 73,5    | 73,2    | 73,6    | 74,5    | 74,6    | 73,8    | 73,8    | 73,9    |
| Zuwanderer der 2. Generation                    | 25,5     | 26,5    | 26,5    | 26,9    | 26,4    | 26,5    | 26,8    | 26,4    | 25,5    | 25,4    | 26,2    | 26,2    | 26,1    |

In Wien ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund besonders hoch: Tatsächlich weisen fast die Hälfte der in Wien lebenden Menschen Migrationshintergrund auf (Statistik Austria 2021). Von den 1.874.000 in Wien lebenden Menschen hatten im Jahr 2020 rund 866.000 Migrationshintergrund, das entspricht 46,2 % der gesamten Wiener Bevölkerung.

*Tabelle 2 Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich im Jahresdurchschnitt 2020 (Statistik Austria 2021)*

| Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2020) |                                 |                       |                              |                              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|
| Bundesland                                                                         | Bevölkerung in Privathaushalten | Migrationshintergrund |                              |                              |               |
|                                                                                    |                                 | zusammen              | Zuwanderer der 1. Generation | Zuwanderer der 2. Generation | zusammen in % |
|                                                                                    |                                 |                       |                              |                              |               |
| Österreich                                                                         | 8.766,3                         | 2.137,8               | 1.578,8                      | 559,0                        | 24,4          |
| Burgenland                                                                         | 291,1                           | 39,1                  | 31,2                         | 7,9                          | 13,4          |
| Kärnten                                                                            | 552,7                           | 80,3                  | 61,2                         | 19,1                         | 14,5          |
| Niederösterreich                                                                   | 1.666,5                         | 273,9                 | 195,0                        | 78,9                         | 16,4          |
| Oberösterreich                                                                     | 1.468,2                         | 293,1                 | 209,6                        | 83,5                         | 20,0          |
| Salzburg                                                                           | 549,0                           | 129,5                 | 95,7                         | 33,7                         | 23,6          |
| Steiermark                                                                         | 1.226,5                         | 187,1                 | 139,2                        | 47,9                         | 15,3          |
| Tirol                                                                              | 745,0                           | 163,7                 | 126,2                        | 37,5                         | 22,0          |
| Vorarlberg                                                                         | 392,9                           | 104,5                 | 76,5                         | 28,0                         | 26,6          |
| Wien                                                                               | 1.874,3                         | 866,6                 | 644,1                        | 222,5                        | 46,2          |

Die Anzahl der in Österreich lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aus erster Generation belief sich im Jahr 2020 auf 1,578 Millionen, aus zweiter Generation auf 559.000 (Statistik Austria 2021b). Nun stellt sich die Frage, wer von diesen Menschen Bedarf an Dolmetschungen bei medizinischen Gesprächen hat. Tatsächlich haben laut dem Statistischen Jahrbuch (2019) mehr als drei Viertel der Menschen mit Migrationshintergrund, genauer gesagt 77 %, eine nicht-deutsche Muttersprache (BMEIA 2019: 52). Rund 17 %, also ein Sechstel, verfügt über „keine bzw. geringfügige Deutschkenntnisse“ (BMEIA 2019: 52).



*Abbildung 2 Deutschkenntnisse der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich (BMEIA 2019: 52)*

Rund 16,6 % der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich verfügen im Jahr 2014<sup>3</sup> über keine oder geringe Deutschkenntnisse. Das sind in absoluten Zahlen an die 280.000 Menschen in Österreich, die nicht genügend Deutsch sprechen, um angemessen medizinisch behandelt werden zu können. Diese Menschen sind darauf angewiesen, dass bei medizinischen Konsultationen eine dritte Partei für sie dolmetscht. Und sie sind nicht nur darauf angewiesen, sie haben auch das Recht, dass ihnen ein:e Dolmetscher:in zur Verfügung gestellt wird.

### **2.2.3. Das Recht auf (muttersprachliche) Aufklärung**

Wie bereits oben beschrieben ist erfolgreiche ärztliche Behandlung ohne sprachliche Verständigung schwer bis kaum möglich ist. Zudem sind in Österreich tätige Ärzt:innen gesetzlich

---

<sup>3</sup> Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Masterarbeit gibt es noch keine neueren Zahlen zum Thema Sprachenverteilung der Menschen mit Migrationsbiografie in Österreich (Stand Februar 2022) .

dazu verpflichtet, ihre Patient:innen vor Beginn einer Behandlung über ebendiese aufzuklären und deren Zustimmung einzuholen (Kletečka-Pulker 2013: 45). Wenn sie die Zustimmung nicht einholen, machen sie sich gemäß § 110 StGB sogenannter Eigenmächtiger Heilbehandlung strafbar.

Die Anbieter:innen von medizinischen Leistungen haben eine Kontroll- bzw. Erkundungspflicht, d. h. sie müssen überprüfen, ob die entsprechende Aufklärung verstanden wurde (Kletečka-Pulker 2016: 208). Bei fremdsprachigen Patient:innen ist dies meist nur mit Dolmetschung möglich, schließlich geht es hier um die Reduktion des Haftungsrisikos (vgl. Kletečka-Pulker 2016). Damit Ärzt:innen also dem Gesetz entsprechend agieren können, müssen sie, falls nötig, Dolmetscher:innen zur Verfügung stellen. Die Alternative ist, dass Ärzt:innen Behandlungen schlichtweg mangels Kommunikationsmöglichkeiten ablehnen (Kletečka-Pulker 2013: 45–46).

Das Anrecht auf Dolmetschung im Gesundheitswesen kann in letzter Konsequenz als Menschenrecht angesehen werden: Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, die in Österreich seit dem Jahr 1964 den Rang von Verfassungsrecht genießt (Bundeskanzleramt 2022), schützt das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Dieses Recht ist in Gefahr, wenn Patient:innen aufgrund bestehender Sprachbarrieren nicht aufgeklärt werden können und so auch nicht in die Behandlung einwilligen können.

Rechtlich gesehen trägt in diesen Fällen die Behandler:innenseite die Beweislast, d.h. die Ärzt:innen müssen beweisen, dass sie die Patient:innen aufgeklärt haben und dass sie verstanden worden sind. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass „der Träger der Krankenanstalten die Einwilligung“ der Patient:innen einholen muss und dass „Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann“ (§ 8 Abs 3 KAKuG).

Es bestehen also gleich mehrere rechtliche Grundlagen für die Aufklärungs- und Einwilligungspflicht bei medizinischen Behandlungen, sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene. Die Frage, wer die Kosten für etwaige Dolmetschleistungen übernehmen muss, bleibt jedoch ungeklärt. Hierzu gibt es in Österreich keine eindeutige Rechtsgrundlage (Kletečka-Pulker 2016: 209). Eine Ausnahme zu den angegebenen Pflichten gibt es jedoch in jedem Fall: Bei Notsituationen, in denen schnelles Handeln wesentlich ist, wie z.B. bei Unfällen, gilt der Grundsatz der *Gefahr in Verzug*. Die Aufklärungs-, Kontroll- bzw. Erkundungspflichten werden in solchen Fällen relativiert (Kletečka-Pulker 2016: 208).

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in Österreich gemäß § 38a VwGVG auch das Recht auf Dolmetscher:innen und Übersetzer:innen bei Gericht besteht. In diesen Fällen trägt der österreichische Staat die Kosten für die Sprachmittlung.

#### 2.2.4. Status Quo: Laiendolmetschen

Das Medizindolmetschen zeichnet sich, wie bereits oben beschrieben, durch eine komplexe Ausgangssituation aus: Bereits einsprachige, nicht gedolmetschte Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind sensibel und verlangen Feingefühl. Schließlich geht es um existenzielle Thematiken, nämlich um die Gesundheit und in manchen Fällen sogar um das Leben der Patient:innen (Hale 2007: 25). Die Patient:innen verfolgen also ein ganz bestimmtes Ziel, das bei der Untersuchung von Medizindolmetschen nicht ignoriert werden kann: „one of the parties involved is an **individual** being, speaking and acting on his or her own behalf” (Pöchlhacker 2016: 17, Hervorhebung im Original). Das wörtliche Zitat bezieht sich bei Pöchlhacker (2016: 17) auf das Kommundolmetschen und nicht spezifisch auf das Medizindolmetschen, dennoch kann es darauf übertragen werden: Die Patient:innen handeln im eigenen Interesse und stehen für sich selbst und ihre Ziele ein.

Wenn Patient:innen aber nicht oder nicht ausreichend die Sprache des Landes sprechen, sind sie auf Dritte angewiesen. Im österreichischen Gesundheitswesen dolmetschen vorwiegend nicht-professionelle Dolmetscher:innen, sogenannte Laiendolmetscher:innen, z.B. Angehörige der Patient:innen, etwa Kinder oder Ehepartner, sowie mehrsprachiges Krankenhauspersonal, wie Reinigungspersonal, Pflegepersonal oder Ärzt:innen (Pöchlhacker 2000, Schmidt-Glenewinkel 2013: 21).

Besonders problematisch ist der Einsatz von Kindern als Sprachmittler:innen (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013). Kinder sind in höchstem Maße persönlich involviert und können deshalb nicht neutral handeln (Schmidt-Glenewinkel 2013: 105). Ihre Persönlichkeiten sind noch nicht ausgereift und deshalb verfügen sie noch nicht über Strategien der Abgrenzung (Schmidt-Glenewinkel 2013: 106). Längerfristige Auswirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung dieser Kinder können aufgrund der Komplexität des Themas nur angenommen werden, allerdings vermutet Schmidt-Glenewinkel (2013: 106) negative Folgen: Selbst wenn die gedolmetschten Gespräche nicht traumatisch sind, verändert sich durch die Umkehrung der Abhängigkeit zwischen Eltern und Kindern doch das Familiengefüge, was zu nachhaltigen negativen Folgen für die Kinder führen kann.

Den Kindern sowie den erwachsenen Laiendolmetscher:innen fehlen neben dem Fachwissen auch translatorische Kompetenzen, was zu einem Rollenkonflikt führen kann (Schmidt-Glenewinkel 2013: 22; Roat & Crezee 2015; Pöchhacker 2016: 162). Die Rolle der Dolmetscher:innen im Kommunaldolmetschen ist in der Translationswissenschaft elementar und wurde vielfältig untersucht (vgl. Wadensjö 1998, Niska 2002).

Niska beispielweise beschreibt unter Bezugnahme auf das „European survey on community interpreting“, eine Studie aus den 1990er Jahren, vier verschiedene aktive Rollen beim Kommunaldolmetschen: *conduit*, *clarifier*, *culture broker* und *advocate* (vgl. 2002: 138–139). Die Reihenfolge dieser vier Rollen gibt Auskunft über den Grad an Beteiligung der Dolmetscher:innen am Gespräch. *Conduit* ist die Basisrolle, bei der man *nur* dolmetscht. Wenn der:die Dolmetscher:in noch einen Schritt weitergeht und etwa Kulturspezifika bzw. Fachterminologie erklärt, wird die Rolle des:der *clarifier* eingenommen. Die beiden anderen Rollen sind laut Niska (2002: 138–139) kontroverser: Der:Die *culture broker* greift aktiv in das Gespräch ein und unterbricht es, um Kulturspezifika zu erklären und damit kulturellen Missverständnissen vorzubeugen; der:die *advocate* ergreift außerhalb des Dolmetschgesprächs Partei für die Personen mit Migrationsbiografie, wenn das Gefühl besteht, dass diese nicht gerecht behandelt werden (Niska 2002: 138–139).

Laut Schmidt-Glenewinkel (2013: 22) ist es aufgrund fehlender Standards und aufgrund der variablen Ausgangssituationen sehr unterschiedlich, welche Rolle von Sprachmittler:innen eingenommen wird. Zudem gibt es weitere ungewisse Faktoren bei der Nutzung von Laiendolmetscher:innen. Durch nicht-professionelle Sprachmittlung wird das Haftungsrisiko erhöht. Manche Gespräche können für Angehörige – insbesondere für dolmetschende Kinder – emotional belastend wirken (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013). Eine weitere Schwierigkeit ist die Feststellung der Qualität und Korrektheit der Sprachmittlung: Um ihrer Aufklärungspflicht nachzukommen und die Einwilligung der Patientin in die Behandlung einzuholen, muss die Ärztin sicherstellen, dass sie verstanden wurde, wie oben bereits diskutiert. Eine letzte Problemquelle, die hier genannt werden soll, betrifft die Bezahlung: Wenn etwa Reinigungs- oder Pflegepersonal zur Sprachmittlung hinzugezogen wird, wie es im Jahr 2000 in Wien in respektive 66 % und 44 % der Fälle passierte (vgl. Pöchhacker 2000), dann werden diese Personen nicht für ihre zusätzlichen Leistungen entlohnt (Pöchhacker 2016: 162).

Roat und Crezee (2015) bringen zusätzlich vier Argumente vor, warum professionelles Dolmetschen im Gesundheitswesen wichtig ist: (1) soziale Gerechtigkeit, (2) rechtliche Erfordernisse, (3) Qualität der Pflege und Patientensicherheit und (4) Kosten. Soziale Gerechtigkeit

bedeutet nicht zuletzt Chancengleichheit auf allen Ebenen. Roat & Crezee (2015: 241) argumentieren, dass die anderssprachigen Menschen ja (zuallermeist) genauso in das Gesundheitsversorgungssystem einzahlen, aber durch mangelnde Sprachmittlung nicht denselben Zugang wie diejenigen Patient:innen genießen, die die Landessprache beherrschen.

Wie bereits oben beschrieben gibt es auch rechtliche Erfordernisse, die es notwendig machen, bei medizinischen Konsultationen Sprachmittlung hinzuzuziehen. Für Ärzt:innen und Pflegepersonal steht laut Roat und Crezee (2015: 242) die Qualität der Pflege und die Patientensicherheit im Mittelpunkt: Sie möchten sicherstellen können, dass sie mit ihren Patient:innen korrekt kommunizieren können und nicht die Sicherheit der Patient:innen gefährden. Zuallerletzt bringen sie noch ein finanzielles Argument vor: Roat und Crezee sind der Ansicht, dass die Kosten eines professionellen Dolmetschdienstes leicht durch die Einsparung von Kosten bei Behandlungsfehlern, Mehrfachuntersuchungen oder teuren Krankenhausaufenthalten ausgeglichen werden können (2015: 242). Dies bestätigt auch Kletečka-Pulker (2013: 45–46): Verständigungsschwierigkeiten können zu längerer Behandlungsdauer (Mehrfachuntersuchungen) oder sogar zu fehlerhafter Behandlung führen.

Ein weiteres Argument für professionelles Dolmetschen im Gesundheitswesen ist, dass ärztliche Gespräche der Schweigepflicht unterliegen. Dass Angehörige dolmetschen, kann eventuell noch gerechtfertigt werden, man spricht hierbei von einer „konkludente(n) Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht“ (Kletečka-Pulker 2016: 210). Bei Reinigungspersonal, das zum Dolmetschen hinzugezogen wird, ist dies aber ausgeschlossen. In beiden Fällen gibt es die Möglichkeit, das Einverständnis der Patientin einzuholen, allerdings ergibt sich in weiterer Folge die Frage, ob die Ärztin darauf vertrauen kann, dass das Einverständnis eingeholt wird, wenn sie doch die Sprache nicht versteht (Kletečka-Pulker 2016: 211). Bei professionellen Dolmetscher:innen, mit denen eine vertraglich festgelegte Schweigepflicht vereinbart wird, stellt sich diese Frage nicht.

Kletečka-Pulker (2016: 211) gibt an, dass es in vielen Krankenanstalten Listen gibt, auf denen mehrsprachiges Personal vermerkt ist, das dann bei Bedarf zur Überwindung von Sprachbarrieren hinzugezogen wird. Manchmal wissen die Mitarbeiter:innen noch nicht einmal von diesen Listen. Aus Angst vor Konsequenzen trauen sie sich jedoch nicht, bei Anfrage abzulehnen. Kletečka-Pulker (2016: 211) gibt außerdem an, dass diese Personen oftmals ihre eigentliche Muttersprache nicht mehr ausreichend beherrschen. Besonders kritisch sieht Kletečka-Pulker (2016: 211) die gängige Praxis, bei der mehrsprachiges (Hilfs-)Personal die Aufklärung selbstständig durchführt.

### **2.2.5. Asymmetrische Kommunikation: Machtgefälle in der mehrsprachigen medizinischen Kommunikation**

Wie bereits oben beschrieben ist medizinische Kommunikation, selbst ohne Sprachbarrieren, nicht immer einfach. Bereits intralingual können Kommunikationsschwierigkeiten auftreten, weil die an der Kommunikation Beteiligten nicht den gleichen Wissensstand haben (Metzger & Nicodemus 2014: viii). So verwenden Mediziner:innen medizinisches Fachvokabular, das den Patient:innen oft nicht bekannt ist. Ebenso haben sie ein fundiertes Verständnis der medizinischen Abläufe und Vorgänge, die den Patient:innen erst erklärt werden müssen. Wenn dies nicht passiert, besteht bereits in einsprachiger Kommunikation ein großes Potenzial für Missverständnisse.

Clifford (2004) weist darauf hin, dass dieser ungleiche Wissensstand außerdem das Machtgefälle zwischen medizinischem Personal und Patient:innen fördert und vergrößert. Die Menschen, die Ärzt:innen konsultieren, begeben sich aufgrund ihrer Leiden und ihres geringeren Fachwissens in eine Abhängigkeitsposition, die den Dolmetscher:innen bewusst sein muss, um die Gesprächsdynamiken zu verstehen und eine entsprechende Rolle einzunehmen. Auch Angelelli (2000; 2019) bestätigt das verstärkte Machtgefälle zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, die nicht derselben Sprachgemeinschaft angehören.

## **2.3. Zwischenfazit**

In einer Gesellschaft, in der 24,4 % der Gesamtbevölkerung Migrationshintergrund hat (Statistik Austria 2021a), gibt es einen großen Bedarf an Dolmetschungen in die und aus den verschiedensten Sprachen.

Der Status Quo: Im Moment gibt es eine geringe Nutzung von professionellen Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen. Oft sind es Angehörige oder Krankenhauspersonal, die als Laiendolmetscher:innen die Verständigung übernehmen. Durch medizinische Fachsprache und einem Machtgefälle zwischen Ärztin und Patientin ist die medizinische Kommunikation ohnehin schon herausfordernd. Zudem haben Patient:innen das Recht auf Unversehrtheit und die Ärzt:innen wiederum die Aufklärungspflicht. Dolmetschen im medizinischen Bereich ist insbesondere deshalb so bedeutend, weil es um den intimsten Bereich des Menschen geht: ihren Körper, ihre Psyche. Der Status Quo ist also durchaus problematisch.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass trotz zahlreicher Argumente für professionelles Dolmetschen im Gesundheitswesen das Laiendolmetschen im Moment die Norm ist.

Neue Technologien könnten das ändern: Videodolmetschen kann besonders im medizinischen Bereich eine einfache und qualitätsvolle Lösung zur Überwindung von Sprachbarrieren sein. Es wurde bereits einiges an Forschung zum Videodolmetschen im medizinischen Bereich betrieben und im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Studien überblickshaft präsentiert.

### 3. Videodolmetschen

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über das Forschungs- und Berufsfeld des Videodolmetschens. Zunächst wird das Videodolmetschen in die Dolmetschwissenschaft eingeordnet, woraufhin wichtige begriffliche Unterschiede erklärt werden, um Verwechslungen vorzubeugen – schließlich kennt die Fachterminologie beim Videodolmetschen bis dato keine Standardisierung (Braun 2019: 271–272). Nach der Vorstellung der demnach in dieser Arbeit verwendeten Fachterminologie wird die bisherige Forschung und der aktuelle Forschungsstand, insbesondere bezüglich des Videodolmetschens im Gesundheitswesen, umfassend dargestellt.

#### 3.1. Einordnung in die Dolmetschwissenschaft

Pöchhacker (2016: 18–23) postuliert vier verschiedene Unterscheidungskriterien beim Dolmetschen: die Sprachmodalität, den Modus, die Direktionalität und die Verwendung von Technologie. Das Dolmetschen kann erstens nach der Sprachmodalität unterschieden werden, je nachdem, ob Lautsprache oder Gebärdensprache gedolmetscht wird (Pöchhacker 2016: 18). Zweitens kann man das Dolmetschen nach dem verwendeten Modus unterscheiden: Es kann konsekutiv, also zeitversetzt nacheinander gedolmetscht werden, oder simultan, also gleichzeitig (Pöchhacker 2016: 18–21).

Drittens wird nach der Direktionalität unterschieden (Pöchhacker 2016: 21–22): Wenn in nur eine Richtung gedolmetscht wird, nämlich von der Ausgangssprache in die Zielsprache, wird von ein-direktionalem Dolmetschen gesprochen. Wenn hingegen in beide Richtungen gedolmetscht wird, also von der Ausgangssprache in die Zielsprache und wieder zurück, stellt dies bidirektionales Dolmetschen dar. Erstere Variante ist klassisch für das Konferenzdolmetschen, zweite ist typisch für das Dialogdolmetschen (Pöchhacker 2016: 21–22).

Viertens und letztens kann nach der Verwendung von Technologie unterschieden werden (Pöchhacker 2016: 22–23): Auf der einen Seite findet sich das Dolmetschen vor Ort, auch Präsenzdolmetschen oder *on-site*-Dolmetschen genannt, bei dem sich alle Gesprächsparteien am selben Ort befinden. Hierbei kann ohne Technologie gearbeitet werden, etwa beim klassischen Dialogdolmetschen, oder aber mit Hilfe von Technologie, wie es beim Konferenzdolmetschen meist der Fall ist. Auf der anderen Seite steht das dislozierte Dolmetschen, bei dem sich die Gesprächsparteien an unterschiedlichen Orten befinden und mindestens eine Gesprächspartei unter Einsatz von Technik zugeschaltet werden muss (Pöchhacker 2016: 22–23). Als älteste Form des dislozierten Dolmetschens gilt das Telefondolmetschen, das seit den

1950er Jahren genutzt wird (Pöchhacker 2016: 22; 184). Mit der Entwicklung von Videoübertragung wurde diese in erster Linie für Gebärdensprachdolmetschen genutzt: Videodolmetscher:innen dolmetschen mittels Videoübertragung zwischen Lautsprache und Gebärdensprache (Pöchhacker 2016: 22).

Das dislozierte Dolmetschen, auch *Remote Interpreting* oder *Fern-/Teledolmetschen* genannt, kommt sowohl im Konferenz- als auch im Kommunalsetting zum Einsatz (Pöchhacker 2016: 22; 184). Pöchhacker (2016: 22; 184) unterscheidet zwischen „remote interpreting proper“, also tatsächlichem Teledolmetschen, bei dem der:die Dolmetscher:in nicht am selben Ort wie die beiden anderen Gesprächsparteien ist, und „videoconference interpreting“, also Videokonferenzdolmetschen, bei dem der:die Dolmetscher:in sich am selben Ort mit einer Gesprächspartei befindet und die andere Gesprächspartei zugeschaltet ist.

*Tabelle 3 Unterscheidungskriterien des Dolmetschens*

| Unterscheidungskriterien | Ausprägungsformen                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. Sprachmodalität       | Lautsprachdolmetschen, Gebärdensprachdolmetschen             |
| 2. Modus                 | konsekutiv, simultan                                         |
| 3. Direktionalität       | eindirektional, bidirektional                                |
| 4. Ortsbezug             | vor Ort: mit/ohne Technologie<br>disloziert: mit Technologie |

Die Dolmetschart, die Forschungsgegenstand der vorliegenden Masterarbeit ist, ist nach Pöchhacker (2016) also erstens lautsprachlich, zweitens konsekutiv, drittens bidirektional und kommunal und viertens disloziert.

### 3.2. Begriffsbestimmung und Definitionen

Die Terminologie des Dolmetschens mittels Videoübertragung unterliegt einer Entwicklung, die sich wohl mit dem Fortschreiten der Technik auch noch weiter fortsetzen wird (Pöchhacker 2016: 22). Das folgende ist ein Versuch, ebenjene Entwicklung sowie den jetzigen Terminologiestand ohne Anspruch auf Abgeschlossenheit zu skizzieren. Damit soll aufgezeigt werden, mit welchen Definitionen und Begrifflichkeiten in der vorliegenden Masterarbeit gearbeitet wird.

Sabine Braun von der Universität Surrey in England gilt als Pionierforscherin im Bereich des Teledolmetschens: Ihre Studie zu simultanem, videokonferenzgestütztem Dialogdolmetschen aus dem Jahr 2007 gilt als grundlegend für die Teledolmetschforschung (vgl. Braun 2007; Pöhhacker 2016: 186). Braun und Taylor (2012: 32) definieren Teledolmetschen wie folgt: Die primären Gesprächsparteien befinden sich im selben Raum, während der:die Dolmetscher:in von einem anderen Ort aus per Videokonferenz zugeschaltet wird. Im Gegensatz dazu würde beim Videokonferenzdolmetschen auch ohne die Vermittlungstätigkeit der Dolmetschenden eine Videokonferenz zwischen den primären Gesprächsteilnehmenden bestehen, da sie sich an unterschiedlichen Orten befinden und über Video kommunizieren. In letzterem Falle sind die Dolmetschenden bei einer der Gesprächsparteien vor Ort und dolmetschen für beide Parteien von diesem einen Ort aus.

Die zusätzliche Möglichkeit, dass sich nämlich alle Gesprächsparteien an unterschiedlichen Orten befinden, dass also schon eine Videokonferenz zwischen den primären Kommunikationspartner:innen besteht und der:die Dolmetscher:in zusätzlich per Video zugeschaltet wird, bezeichnet Braun (2004: 88) in einem früheren Werk als Form des Teledolmetschens, später (2015a: 437) als Form des Videokonferenzdolmetschens, wobei sie anmerkt, dass diese Form auch mit dem Teledolmetschen übereinstimmt. Des Weiteren soll der von Braun und Taylor (2012: 34) gefundene Kompromiss genannt werden, nach dem es sich bei der beschriebenen Konstellation um eine Kombination der beiden Varianten Teledolmetschen und Videokonferenzdolmetschen handelt.

Braun (2015b: 352) schlägt im *Routledge Handbook of Interpreting* folgende Begrifflichkeiten vor: Sie definiert das **Teledolmetschen** als Dolmetschform, die zwei sich am selben Ort befindende Gesprächsparteien mit einer fernen Dolmetscherin über Telefon- oder Videoübertragung verbindet.

[...] remote interpreting (RI), refers to the use of communication technologies to gain access to an interpreter in another room, building, town, city or country. In this setting, a telephone line or videoconference link is used to connect the interpreter to the primary participants, who are together at one site. (Braun 2015b: 352)

Wenn dies mittels Telefonübertragung erfolgt, wird dies meist Telefondolmetschen genannt (Braun 2015b: 352). Wenn es mittels Videoübertragung erfolgt, dann wird diese Form ebenso wie der Oberbegriff Teledolmetschen genannt (Braun 2015b: 352; Braun & Taylor 2012: 33).

Das **Telekonferenzdolmetschen** umfasst im Gegensatz dazu Szenarien, bei denen sich die beiden primären Gesprächsparteien nicht am selben Ort befinden (Braun 2015b: 352). In

diesen Fällen ist auch ohne Sprachbarriere eine Videokonferenz vonnöten. Hier kann die Dolmetscherin entweder ko-präsent mit einer Gesprächspartei sein oder aber von einem dritten Ort zugeschaltet werden. Die beiden korrespondierenden Unterbegriffe sind Telefondolmetschen und Videokonferenzdolmetschen; im Gebärdensprachdolmetschen trägt das Pendant den Namen „video relay service“ (Braun 2015b: 352), bei dem allerdings Telefondolmetschen mit videogestütztem Dolmetschen kombiniert wird.

Das Telefondolmetschen kann also sowohl das Dolmetschen, bei dem sich die primären Gesprächsparteien am selben Ort befinden und die Dolmetscherin zugeschaltet wird, als auch als das Dolmetschen, bei dem sich die drei Gesprächsparteien an drei unterschiedlichen Orten befinden und bei dem die Dolmetscherin bei einer der beiden primären Gesprächsparteien ko-präsent ist, meinen. Deshalb schlägt Braun den Begriff **telefongestütztes Dolmetschen** als Überbegriff für alle genannten Konstellationen vor (2015b: 352).

Ebenso verfährt Braun (2015b: 352–353) mit dem Dolmetschen mittels Videoübertragung: Da das Teledolmetschen als Ober- und Unterbegriff fungiert und die beiden Unterkategorien Teledolmetschen mittels Videoübertragung (Zwei-Punkt-Verbindung) sowie Videokonferenzdolmetschen (Drei-Punkt-Verbindung) beinhaltet, führt Braun (2015b: 352) die Bezeichnung **videokonferenzgestütztes Dolmetschen** als Überbegriff ein.

Im Jahr 2019 führt Braun im *Routledge Handbook of Translation and Technology* eine aktualisierte Nomenklatur ein. Der Überbegriff ist Ferndolmetschen („Distance Interpreting“ laut Braun 2019: 271–273). Das Ferndolmetschen lässt sich nach zwei Kriterien unterteilen: Auf der einen Seite steht die Einteilung nach Kommunikationsmedium, also Telefon- oder Videoübertragung, auf der anderen Seite jene nach der physischen (Ko-)Präsenz der Gesprächsparteien (Braun 2019: 272–273).

Bei der Unterscheidung nach dem Kriterium des Kommunikationsmediums wird auf erster Ebene zwischen **telefonvermitteltem Dolmetschen** und **videovermitteltem Dolmetschen** unterschieden. Auf zweiter Ebene wird beim Dolmetschen mittels Videoübertragung zwischen **Videokonferenzdolmetschen** (Kund:innen nicht am selben Ort) und **Videoteledolmetschen** (Kund:innen am selben Ort, Dolmetscher:in zugeschaltet) unterschieden. Abbildung 3 illustriert diese Unterteilung auf einen Blick.

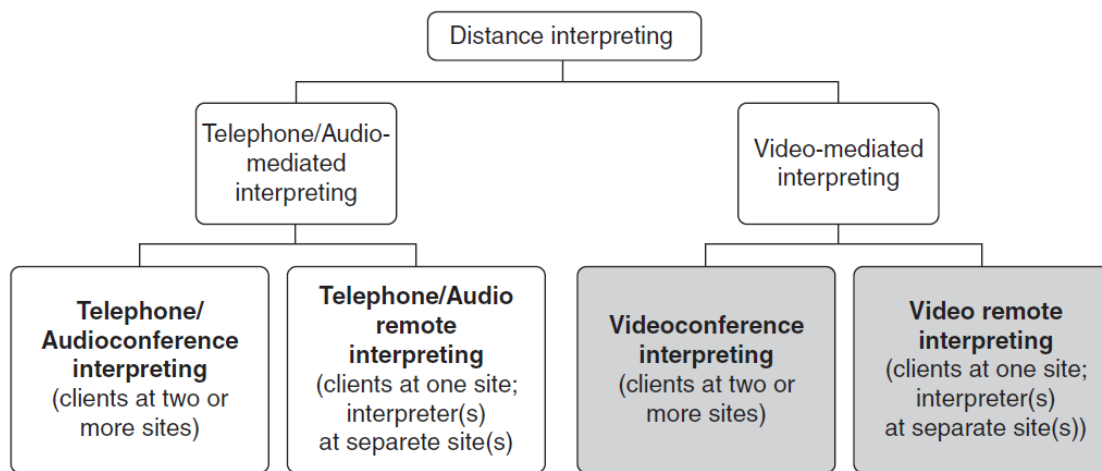


Abbildung 3 Ferndolmetschen: Unterscheidung nach Kommunikationsmedium (Braun 2019: 272)

Bei der Unterscheidung nach der physischen Verteilung der Gesprächsparteien unterscheidet Braun (2019: 272–273) auf erster Ebene zwischen **Telekonferenzdolmetschen** (Kund:innen an unterschiedlichen Orten, Dolmetscher:in ko-präsent oder nicht) und **Teledolmetschen** (Kund:innen am selben Ort, Dolmetscher:in zugeschaltet). Das Teledolmetschen kann auf zweiter Ebene noch in **Telefon- oder Videoteledolmetschen** unterschieden werden<sup>4</sup>.

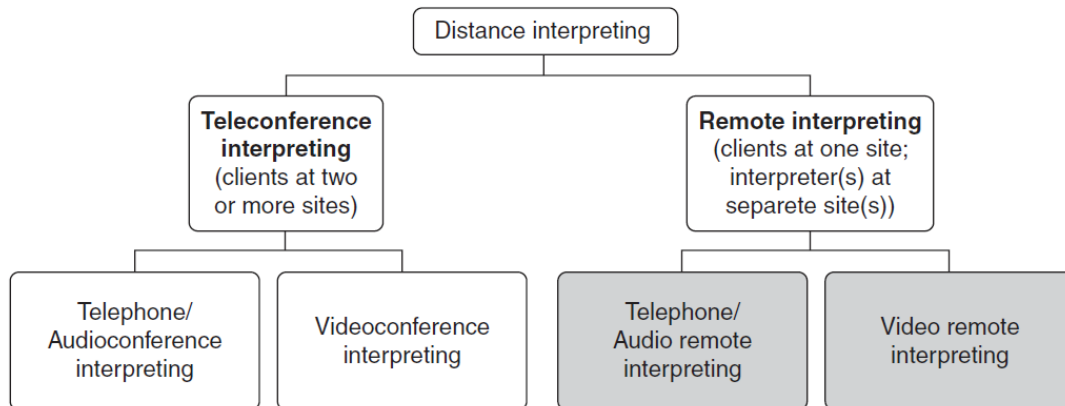


Abbildung 4 Ferndolmetschen: Unterscheidung nach physischer Verteilung der Gesprächsparteien (Braun 2019: 273)

<sup>4</sup> Was also Braun (2015b: 352) ehemals als „video remote interpreting“ im Gebärdensprachdolmetschen bezeichnete, wird nun in der aktualisierten Nomenklatur von Braun (2019: 272–273) auch zur Bezeichnung für Videodolmetschen beim lautsprachlichen Dolmetschen.

Nach der aktuellsten Nomenklatur von Braun (2019) wird das Dolmetschen, das Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist, demnach als *video remote interpreting*, zu Deutsch Videoteledolmetschen, bezeichnet und wie folgt definiert: Die beiden primären Gesprächsparteien befinden sich am selben Ort und die Dolmetscherin wird mittels Videoübertragung aus einem entfernten Ort zugeschaltet.

Havelka (2018: 35–38) führt diese Bezeichnungen ins Deutsche ein. Was Braun (2019: 272–273) als *video remote interpreting*, also Videoteledolmetschen, bezeichnet, nennt Havelka (2018: 38) lang *Videobasiertes Dolmetschen* und kurz *Videodolmetschen*. Im Gegensatz dazu ist das „videoconference interpreting“ bei Braun (2019: 272) das Videokonferenzdolmetschen bei Havelka (2018: 38). Havelka (2018: 38) unterscheidet in ihrer Dissertation *Videodolmetschen im Gesundheitswesen* wie folgt zwischen Videodolmetschen und Videokonferenzdolmetschen:

*Tabelle 4 Vergleich Videodolmetschen und Videokonferenzdolmetschen (Havelka 2018: 38)*

| <b>Videodolmetschen</b>                                            | <b>Videokonferenzdolmetschen</b>                                         |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Primäre Gesprächsbeteiligte sind an einem gemeinsamen Ort.         | Primäre Gesprächsbeteiligte befinden sich an mindestens zwei Standorten. |
| Dolmetscher/in wird zugeschaltet.                                  | Dolmetscher/in ist an einem der Standorte präsent.                       |
| Zuschaltung von Dolmetscher/in solange die Dolmetschung dauert.    | Auch kurze Zuschaltungen von Gesprächsbeteiligten sind möglich.          |
| Eingeschränkte Wahrnehmung durch den Bildschirm.                   | Die vollständige Wahrnehmung eines Standortes ist gegeben.               |
| Dolmetscher/in bedient selbst die Technikanlage.                   | Techniker/in bedient die Technikanlage.                                  |
| Vorangegangene Gesprächsinhalte sind Dolmetschenden nicht bekannt. | Dolmetschende kennen die vorangegangenen Gesprächsinhalte.               |

Mit der Fortentwicklung der Technologie entwickeln sich auch die Bezeichnungen für das videovermittelte Teledolmetschen (Pöchhacker 2016: 22; Havelka 2018: 18). Die Terminologie für das videovermittelte Dolmetschen wurde, wie oben beschrieben, noch nicht standardisiert (Braun 2019: 271–272), was insbesondere angesichts der vielfachen ähnlichen Begriffe im translationswissenschaftlichen Diskurs, die mal gleiche, mal unterschiedliche Phänomene bezeichnen, ersichtlich ist.

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit dem Dolmetschen im Gesundheitszentrum neunerhaus. Der Dolmetschservice wird von der österreichischen Firma SAVD *Videodolmetschen* bereitgestellt. Um Verwechslungen vorzubeugen, soll nach dem Vorbild der Firma SAVD *Videodolmetschen* und in Anlehnung an Havelka (2018) und Iacono (2021) der

Begriff **Videodolmetschen** für die gegenständliche Dolmetschform verwendet werden: das videovermittelte Konsekutivdolmetschen, bei dem die beiden primären Gesprächsparteien ko-präsent sind und die Dolmetscherin mittels Videoübertragung zugeschaltet ist. Daher wird fortan mit dem Begriff Videodolmetschen operiert, ohne dabei seine vielfältigen und detailliert diskutierten Ursprünge zu vernachlässigen.

### **3.3. Forschungsstand Videodolmetschen**

Das Videodolmetschen existiert per definitionem erst seit der Entwicklung von Videoübertragung. Erst die Entwicklung moderner Technologien ermöglichte es, Gespräche über weite Distanzen hinweg zu übertragen und zeitgleich die Gesprächspartner:innen nicht nur zu hören – wie beim historisch länger präsenten Telefondolmetschen – sondern auch zu sehen.

Mit der rasanten Entwicklung der oben beschriebenen Bezeichnungen und technologischen Möglichkeiten entwickelte sich auch die korrespondierende Forschung. Problematiken von vor 20 Jahren sind so heute teilweise zu vernachlässigen. Beispielsweise stellt Sabine Braun in einem frühen Werk *Kommunikation unter widrigen Umständen?* von 2004 fest, dass die Zeitverzögerung beim Videodolmetschen eine Hürde darstellte, da die Bild- und Tonübertragung deutlich zeitverzögert bei den jeweiligen Gesprächspartner:innen ankamen, was die Kommunikation merklich erschwerte (Braun 2004: 32–38). Diese Problemstellung kann angesichts der heutigen Geschwindigkeit von Bild- und Tonübertragung vernachlässigt werden.

#### **3.3.1. Videodolmetschstudien allgemein**

Eine der ersten Studien zum Videodolmetschen stammt ebenfalls von Braun (2007). Sie untersuchte simultan gedolmetschte Gespräche, in denen sich sowohl die primären Gesprächsparteien als auch die Dolmetscher:innen an unterschiedlichen Orten befanden. Die Gespräche wurden mittels ISDN<sup>5</sup> übertragen. Die Ergebnisse sind vielversprechend: Braun stellt durch die Analyse der Audioaufnahmen fest, dass Videodolmetscher:innen sich größtenteils erfolgreich an das neue Setting anpassen (2007: 41).

Ilan Roziner und Miriam Shlesinger (2010), zwei israelische Forscher:innen, analysierten drei Jahre später Daten aus einer im Jahre 2004 groß angelegten Studie im Europäischen

---

<sup>5</sup> ISDN (Integrated Serviced Digital Network) ist ein digitales Telefonnetzwerk (Braun 2007: 43).

Parlament. Dabei wurde untersucht, ob simultanes Ferndolmetschen geringere Qualität als Simultandolmetschen vor Ort aufweist. Roziner und Shlesinger (2010) kommen zum Schluss, dass die Qualität der Dolmetschleistung nur geringfügig beeinflusst wird. Ebenso wenig werden die Gesundheit und der klinisch gemessene Stress der Dolmetscher:innen beeinträchtigt, obwohl die Zahl der gemeldeten Kopf- und Augenschmerzen bei den Ferndolmetscher:innen durch die ausschließliche Bildschirmarbeit höher ist als bei den Dolmetscher:innen vor Ort (Roziner & Shlesinger 2010: 41). Allerdings hat das Ferndolmetschen einen erheblichen psychologischen Einfluss auf die Dolmetscher:innen: Das Gefühl von Isolation und Entfremdung, aber auch das Risiko, ein Burnout zu erleiden, ist beim Ferndolmetschen erheblich größer als beim Dolmetschen vor Ort (Roziner & Shlesinger 2010: 41). Zu diesem Schluss kommen auch Moser-Mercer (2003, 2005) und Mouzourakis (2003, 2006): Sie berichten, dass die räumliche Distanz zu einem Gefühl der Entfremdung führen kann, das wiederum ein Sinken der Motivation nach sich ziehen kann.

Ursprünglich wurde die Nutzung und Erforschung von Fern- bzw. Videodolmetschen von supranationalen Organisationen wie den Vereinten Nationen und der Europäischen Union vorangetrieben (Braun 2015b: 354). Die Beweggründe umfassten u. a., die Verfügbarkeit der Dolmetscher:innen zu erhöhen, das Einsparen von Zeit und Reisekosten der Dolmetscher:innen sowie die steigende Sprachenvielfalt mit der Ausweitung der Europäischen Union ab den 1990er Jahren (Braun 2015b: 355). Ähnliche Beweggründe führten dazu, dass Videodolmetschen vermehrt im Rechts- und im Gesundheitswesen zur Anwendung kam: Die Hauptgründe sind hier der Mangel an qualifizierten Dolmetscher:innen für viele der benötigten Sprachen und der kurzfristige Einsatz, der für diese Settings typisch ist. Außerdem sind die zu dolmetschenden Gespräche meist nur von kurzer Dauer, was die physische Präsenz von Dolmetscher:innen angesichts der Anfahrtskosten und -zeiten unwirtschaftlich erscheinen lässt (Braun 2012a: 355).

In den Jahren von 2008 bis 2016 wurde auf EU-Ebene eine umfangreiche Projektreihe zum Videodolmetschen im Rechtswesen angestellt (vgl. Braun & Taylor 2012; Braun 2015b, 2016). Forscher:innen und nicht-akademische Institutionen arbeiteten zusammen an dem Ziel, die Qualität und Durchführbarkeit von Videodolmetschen in rechtlichen Verfahren zu untersuchen (Braun & Taylor 2012; Braun 2015b: 358, 2016: 173). Die Projektreihe trägt den Namen *AVIDICUS*, das Akronym für *Assessment of Video-Mediated Interpreting in legal proceedings* (Braun & Taylor 2012; Braun 2016: 173).

AVIDICUS besteht aus drei aufeinanderfolgenden Projekten (Braun & Taylor 2012; Braun 2015b: 358–359, 2016: 175–178):

**(1) AVIDICUS 1 (2008–2011):** Basierend auf einer Umfrage, an der 200 Gerichtsdolmetscher:innen und 30 Rechtsinstitutionen in der Europäischen Union teilnahmen, und die die dringlichsten Schwierigkeiten des Dolmetschens im Rechtswesen erörtert, wird eine Reihe an experimentellen Studien zur Dolmetschqualität beim Videodolmetschen im Vergleich zu der Dolmetschqualität beim Dolmetschen vor Ort angestellt (Braun 2012b, 2015b: 358, 2016: 175–176). Dieses erste AVIDICUS-Projekt kommt zum Schluss, dass der Bedarf an Videodolmetschen im Rechtswesen ansteigen wird und zugleich eine Wissenslücke bei sowohl Jurist:innen als auch Dolmetscher:innen darstellt. Zwar können praktische Schwierigkeiten durch Ausbildung und Gewöhnung schnell ausgeräumt werden; die komplexen Schwierigkeiten, die durch das Zusammenspiel von technologischer und sprachlich-kultureller Vermittlung entstehen, können aber tiefergehende Auswirkungen auf die Kommunikation, das Verhalten und die Dynamiken in rechtlichen Verfahren haben (Braun 2016: 176). Als Ergebnis wurden Richtlinien für das Videodolmetschen im Rechtswesen und Ausbildungsmodule für Gerichtsdolmetscher:innen und Jurist:innen entwickelt (Braun 2015b: 358–359)<sup>6</sup>.

**(2) AVIDICUS 2 (2011–2013):** Das zweite AVIDICUS-Projekt ist aufgeteilt in zwei Hauptstudien. Die eine stellt eine Replikation des ersten AVIDICUS-Projektes dar: Es wird die Dolmetschleistung derselben Dolmetscher:innen untersucht, mit dem Unterschied, dass die Dolmetscher:innen dieses Mal eine kurze Einführung erhielten und dass technisch besseres Equipment genutzt wurde (Braun 2015b: 359; Braun 2016: 176–177). Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Verbesserung der Dolmetschleistung, aber da sie Folge eines komplexen Zusammenspiels zwischen Ausbildung, Gewöhnung und technisch besserem Equipment waren, lässt sich unmöglich feststellen, welcher der veränderten Faktoren ausschlaggebend war (Braun 2015b: 359, 2016: 177).

---

<sup>6</sup> Napier (2012) kam in einer vergleichbaren qualitativen Studie zu videovermitteltem Gebärdensprachdolmetschen im Gericht zu vergleichbaren Ergebnissen. Sie zeigt, dass die hörenden Studienteilnehmer:innen das Videodolmetschen als sehr effektiv empfinden. Die gehörlosen Studienteilnehmer:innen haben einige Bedenken, sowohl was die Bildqualität, den Kamerablickwinkel und die Positionierung des Bildschirms anbelangt als auch Einschränkungen in der Interaktion und der Rückkoppelung.

Die zweite Hauptstudie befasste sich mit der Analyse der Kommunikationsdynamiken in authentischen, videodolmetsch-vermittelten Gerichtsverfahren (Braun 2015b: 359, 2016: 177). Im Vergleich zu traditionellen, präsenzgedolmetschten Gerichtsverfahren kristallisierten sich Unterschiede heraus: Die Qualität der interpersonalen Beziehungen schien bei videodolmetsch-vermittelten Gerichtsverfahren reduziert und es lag eine höhere Fragmentierung (Wadensjö 1998) der Reden vor (Braun 2015b: 359, 2016: 177).

**(3) AVIDICUS 3 (2014–2016):** Das dritte AVIDICUS-Projekt untersucht die aktuelle und zukünftige Handhabung von Gerichtsdolmetschen in der Europäischen Union (Braun 2016: 177). Die Studie setzte sich zusammen aus Interviews mit Interessensvertreter:innen, Besuchen bei Gericht, Polizeirevieren und Justizvollzugsanstalten, welche Videodolmetschen nutzen, der Beobachtung sowie der qualitativen Analyse von videodolmetsch-vermittelten Gerichtsverfahren (Braun et al. 2016: 4). Die Ergebnisse legten nahe, dass eine allgemeine Tendenz zur Ausweitung des Einsatzes von Videodolmetschen im Rechtswesen beobachtbar ist (Braun et al. 2016: 186). Die entscheidende Schlussfolgerung aus dem dritten AVIDICUS-Projekt war, dass es für alle Beteiligten wichtig wäre, über gründliches Verständnis der verschiedenen Kommunikationsebenen zu verfügen (Braun et al. 2016: 188). Dies ist nach Braun et al. (2016: 188) notwendig, um sicherzustellen, dass die zusätzliche Komplexität weder die Ziele des Verfahrens beeinträchtigt noch die Effizienz und Fairness der Justiz gefährdet.

Insgesamt lässt sich also bezüglich der AVIDICUS-Projekte resümieren, dass sie die bisher umfangreichste Studienreihe zum Videodolmetschen im europäischen Rechtswesen ist. Die Ergebnisse zeigten bereits vor mehr als fünf Jahren, dass das Videodolmetschen im Rechtswesen europaweit immer mehr zur Anwendung kommen würde. Gleichzeitig ist der Ausbau der Ausbildung sowohl für Dolmetscher:innen als auch für Jurist:innen in diesem Kontext von elementarer Bedeutung.

### **3.3.2. Videodolmetschen im Gesundheitswesen**

Die Studien zum Videodolmetschen im Gesundheitswesen werden hier überblickshaft und in chronologischer Reihenfolge dargestellt. Viele Studien zum Videodolmetschen stammen nicht aus der Dolmetschwissenschaft, sondern aus der Medizinforschung (de Boe 2020: 35, 52–53). Da dies einen erheblichen Unterschied bei dem Forschungsfokus, der Methodik und dem zugrundeliegenden Hintergrundwissen macht, werden zunächst die zahlreichen aus der Medizinforschung stammenden Studien beschrieben und erst anschließend die überschaubare Zahl jener, die aus der Dolmetschwissenschaft stammen.

### 3.3.3. Videodolmetschstudien aus der Medizin

Die erste Studie, die hier beschrieben wird, fällt insofern aus dem Rahmen, als sie keine Studie zum Videodolmetschen ist. Weil sie aber eine der allerersten Forschungsvorhaben zum Ferndolmetschen im Gesundheitswesen ist, sei ihr Stellenwert hier gerechtfertigt. Sie stammt von Hornberger et al. (1996), wurde in den USA durchgeführt und vergleicht die Leistungen von zugeschalteten Simultandolmetscher:innen (ohne Video) mit jenen von Dolmetscher:innen, die vor Ort konsekutiv dolmetschen (Hornberger et al. 1996: 845). Die Analyse der Dolmetschleistungen suggeriert, dass die Simultandolmetschleistung präziser und von höherer Qualität ist als das konsekutive Präsenzdolmetschen (Hornberger et al. 1996: 852–854). Die Nutzer:innen, Patientinnen wie Ärzt:innen, geben gleichermaßen eine Präferenz für das Ferndolmetschen an, die Dolmetscher:innen bevorzugen das Präsenzdolmetschen (Hornberger et al. 1996: 854). Die Simultandolmetscher:innen gaben zudem an, sich beim Ferndolmetschen in ihrem Rollenbewusstsein unsicher gefühlt zu haben (Hornberger et al. 1996: 854).

Jones et al. (2003) untersuchen in Großbritannien die Durchführbarkeit und Akzeptanz von Videodolmetschen in der Allgemeinmedizin. Verglichen werden Präsenzdolmetsch-, via ISDN zugeschaltete Videodolmetsch- und Telefondolmetschleistungen. Jones et al. (2003) kommen zum Schluss, dass sowohl Videodolmetschen als auch Telefondolmetschen eine akzeptable Leistung hervorbringen.

Azarmina und Wallace (2005) vergleichen in einer Metastudie neun Studien (publiziert zwischen 1996 und 2003) und kommen zu dem Schluss, dass Ferndolmetschen aus Nutzer:innensicht genauso gut für den medizinischen Bereich geeignet sein dürfte wie Präsenzdolmetschen. Dolmetscher:innen vertreten diese Ansicht allerdings in geringerer Zahl als Patient:innen und medizinisches Personal (Azarmina & Wallace 2005: 144). In einer Studie aus dem Jahr 2010 (die Datenerhebung erfolgte 2004 bis 2005) fanden Nápoles et al. zudem heraus, dass medizinisches Personal die Qualität von Videodolmetschen und Präsenzdolmetschen als gleichwertig beurteilt.

Masland et al. (2010) führen ebenso wie Azarmina und Wallace (2005) eine Studienübersicht durch. Auch sie kommen zum Schluss, dass das Ferndolmetschen – sowohl Telefon- als auch Videodolmetschen – Vorteile gegenüber dem Präsenzdolmetschen birgt, v. a. was den Zugang, die Effizienz, die Qualität der ärztlichen Betreuung und den erhöhten Schutz der Privatsphäre betrifft (Masland et al. 2010: 741–742). Masland et al. (2010: 742) heben hervor, dass Ferndolmetschen im Gesundheitswesen nur dann als effektiv angesehen werden kann,

wenn die Dolmetscher:innen und das medizinische Personal vorab darin geschult werden (siehe oben AVIDICUS-Projekte).

Locatis et al. (2010) vergleichen das Präsenz-, Telefon- und Videodolmetschen im Gesundheitswesen in den USA. Bei der Befragung von 200 Patient:innen, 24 Mediziner:innen und 7 Dolmetscher:innen stellte sich heraus, dass die Mehrheit der Mediziner:innen und Dolmetscher:innen das Präsenzdolmetschen bevorzugt. Im direkten Vergleich zwischen Video- und Telefondolmetschen gibt es eine eindeutige Präferenz von ersterem. Die Patient:innen weisen keine Präferenzen auf, allerdings erlebten sie nur jeweils eine Dolmetschmethode.

Locatis et al. (2011) untersuchen die Durchführbarkeit von Videodolmetschen im Gesundheitswesen unter Nutzung einer 3G-Internetverbindung. Videodolmetschen via 3G und Telefondolmetschen werden miteinander verglichen. Die Patient:innen erlebten jeweils nur einer Dolmetschmethode und sie waren zufrieden, dass überhaupt Dolmetschung angeboten wurde, egal welche Methode (Locatis et al. 2011: 811). Die Dolmetscher:innen und das medizinische Personal, die beide Dolmetschmethoden erlebten, bevorzugten wiederum das Videodolmetschen (Locatis et al. 2011: 811).

Price et al. (2012) untersuchen mittels einer Befragung von 52 Dolmetscher:innen, welche der drei Dolmetschmethoden – Präsenz, Video- oder Telefondolmetschen – sie im medizinischen Bereich bevorzugen. Sie stellen eine Präferenz für das Videodolmetschen fest, v. a., wenn es um Aufklärung oder psychologische Gespräche geht (Price et al. 2012: 230). Telefondolmetschen eignet sich laut Price et al. (2012) nur dann, wenn es um einen reinen Informationsaustausch geht.

Lion et al. (2015) vergleichen das Telefon- und Videodolmetschen in der pädiatrischen Notaufnahme. Die 208 an der Studie beteiligten Eltern der Patient:innen wurden nach ihrer Einschätzung zur Qualität der Dolmetschung, zu eventuellen Dolmetschfehlern und zur Fähigkeit, die Diagnose ihres Kindes zu nennen, befragt. Letztere Fähigkeit verwenden Lion et al. (2015) als Parameter zur Messung, ob die Patient:innen und deren Eltern die Dolmetscher:innen verstanden hatten. Die Ergebnisse zeigen folgendes (Lion et al. 2015: 1121–1123): Zwar bestehen keine Unterschiede in der Einschätzung der Qualität der Dolmetschung; aber die Eltern, die Videodolmetschen nutzten, konnten die Diagnose ihrer Kinder öfter korrekt nennen, als jene Eltern, die Telefondolmetschen nutzten. Erstere konnten zudem weniger Fehler beim Dolmetschen als letztere feststellen. Allerdings konnten Lion et al. (2015: 1124) ebenfalls festhalten, dass Videodolmetschen einen doppelt so hohen Kostenaufwand als Telefondolmetschen impliziert.

Schulz et al. (2015) messen die Zufriedenheit von Ärzt:innen und Patient:innen hinsichtlich Video-, Telefon- und Präsenzdolmetschen. 98 % der Ärzt:innen und Patient:innen zeigten sich zufrieden mit dem Videodolmetschen. Verglichen mit dem Videodolmetschen beurteilten 82 % der Befragten Videodolmetschen besser als Telefondolmetschen und 58 % empfanden Videodolmetschen gleichwertig zum Präsenzdolmetschen (Schulz et al. 2015: 396–397).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aus Sicht der Medizinforschung die Anwender:innen des Ferndolmetschens (Hornberger et al. 1996) bzw. des Videodolmetschens im Gesundheitswesen größtenteils zufrieden sind (Jones et al. 2003; Locatis et al. 2010, 2011; Nápoles et al. 2010; Price et al. 2012; Lion et al. 2015; Schulz et al. 2015). Auch die Dolmetscher:innen sind mit dem Fern- bzw. Videodolmetschen meist zufrieden, bevorzugen aber dennoch das Präsenzdolmetschen (Hornberger et al. 1996; Locatis et al. 2010, 2011). Alle obengenannten Studien stammen aus dem englischsprachigen Raum: aus den Vereinigten Staaten (Hornberger et al. 1996; Nápoles et al. 2010 ; Masland et al. 2010; Locatis et al. 2010, 2011; Price et al. 2012; Lion et al. 2015), aus Großbritannien (Jones et al. 2003; Azarmina & Wallace 2005) und aus Australien (Schulz et al. 2015).

### **3.3.4. Videodolmetschstudien aus der Dolmetschwissenschaft**

Es gibt weniger aus der Dolmetschwissenschaft kommende Studien zum Videodolmetschen im Gesundheitswesen als aus der Medizin stammende (de Boe 2020: 52–53). Dabei ist ein überproportional großer Anteil Österreich zuzuordnen (de Boe 2020: 52–53; Korak 2010; Havelka 2018; Pöchlhammer 2014; Koller & Pöchlhammer 2018). Während die aus der Medizin stammenden Studien hauptsächlich die Zufriedenheit der Anwender:innen fokussieren, stehen bei den Dolmetschwissenschaftler:innen die translatorischen Aspekte sowie die Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit der Dolmetscher:innen im Mittelpunkt.

Christina Korak (2010) untersucht in ihrer in Graz angesiedelten Studie, ob Dolmetschen mittels der kostenlosen Videoplattform *Skype* eine brauchbare Alternative zum Präsenzdolmetschen sein kann. Korak (2010) basiert ihre Studie auf authentischen Ärzt:in-Patient:in-Gesprächen, die via *Skype* von Dolmetscher:innen vermittelt wurden. Sie analysiert diese mittels Fragebögen mit allen drei beteiligten Gruppen, Leitfadeninterviews mit den Ärzt:innen und Dolmetscher:innen sowie Replay-Sessions der Audioaufnahmen mit den Dolmetscher:innen

(Korak 2010: 88). Dabei konnte sie eruieren, dass Dolmetschen via Skype grundsätzlich technisch möglich ist, sofern gewisse technische Mindestanforderungen erfüllt werden, wie etwa eine stabile Internetverbindung, gute Prozessorleistung sowie ein hoher RAM-Speicher des jeweiligen PCs (Korak 2010: 157). Die Ergebnisse können aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit nicht verallgemeinert werden, bestätigen aber gängige Problematiken beim Videodolmetschen aus anderen Studien, wie etwa ein Entfremdungsgefühl der Dolmetscher:innen, referierendes Dolmetschen bei Verständnisproblemen, unlogisch segmentierte Gesprächsbeiträge und Unterbrechungen durch Ärzt:innen (Korak 2010: 157).

Im Rahmen des unten beschriebenen Pilotprojekts *Videodolmetschen im Gesundheitswesen* wurde im Mai 2012 am Wiener Zentrum für Translationswissenschaft in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Kletečka-Pulker & Parrag 2015) und Pöchhacker (2014) ein Feldversuch durchgeführt. Untersuchungsgegenstand waren authentische Konsultationen zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient:innen mithilfe von Videodolmetschen im Simultanmodus (nebst Konsektivmodus) in einem österreichischen Krankenhaus, dem St. Anna Kinderspital. Der Feldversuch hatte zum Ziel, dort die Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Machbarkeit von videokonferenzbasiertem Simultandolmetschen und Konsektivdolmetschen in authentischen medizinischen Konsultationen zu testen (Pöchhacker 2014: 310–312). Die Untersuchung wurde aus der Perspektive aller drei Beteiligtengruppen – Patient:innen, medizinisches Fachpersonal und Videodolmetscher:innen – angelegt.

Es wurden zwei Experimente mit zwei unterschiedlichen Sets an Dolmetscher:innen durchgeführt: Die eine Gruppe testete den Konsektivmodus, die andere den Simultanmodus. Die gewonnenen Daten stammen aus Leitfadeninterviews, Videoaufnahmen (aus Dolmetscher:innensicht) und direkten Beobachtungen. Das Experiment verlief jedoch nicht nach Plan: Ursprünglich wurde ein Vergleich zwischen dem Simultan- und Konsektivmodus angestrebt; es stellte sich aber methodisch als nicht durchführbar heraus, das Experiment mit denselben Studienteilnehmer:innen im Konsektivmodus zu wiederholen (Pöchhacker 2014: 322). Dennoch können aus den gewonnenen Daten die Schlüsse gezogen werden, dass das Videodolmetschen im Simultanmodus genauso gut funktioniert und akzeptiert wird wie im Konsektivmodus, v. a. seitens der Patient:innen und Dolmetscher:innen (Pöchhacker 2014: 320). Zudem erwies sich das Videokonferenzsystem als höchst zufriedenstellend, das Audiozubehör (Empfangsgeräte) bereitete jedoch Probleme (Pöchhacker 2014: 320).

Diese Vorstudie zum Pilotprojekt hatte zur Folge, dass entschieden wurde, den Videodolmetschservice vorerst im konsekutiven Modus zu testen. Einerseits gab es dafür

finanzielle und technische Gründe, aber auch die Schulung für die Dolmetscher:innen in Simultandolmetschen wäre aufwändiger gewesen (Pöchlhammer 2014: 323; Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 17–18).

Maria Kletečka-Pulker und Sabine Parrag vom IERM leiteten 2011–2014 das *Pilotprojekt Videodolmetschen im Gesundheitswesen* (2015; Plattform für Patientensicherheit 2022). Das Projekt wurde von der *Plattform für Patientensicherheit* in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Gesundheitsministerium ins Leben gerufen. Nach mehreren vorgelagerten Recherchen und Studien (z. B. Pöchlhammer 2014) und in Kooperation mit dem Zentrum für Translationswissenschaft und dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei wurde im Oktober 2013 die letzte Projektphase eingeleitet: Professionell ausgebildete Dolmetscher:innen standen zwölf medizinischen Einrichtungen, darunter Krankenhäuser sowie in einer späteren Projektphase (2014–2015) niedergelassene Ärzt:innen, österreichweit täglich von 06:00 bis 22:00 Uhr zur Verfügung. Die acht Dolmetscher:innen deckten folgendes Sprachenspektrum ab: die Lautsprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch sowie die Österreichische Gebärdensprache (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 17–18; Plattform für Patientensicherheit 2022).

Ziel des Pilotprojektes war es, zu evaluieren, inwiefern das Videodolmetschen die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und nicht-deutschsprachigen Patient:innen verbessern würde. Nachgelagerte Ziele waren zudem die Erhöhung der (insbesondere rechtlichen) Patient:innensicherheit, die Verbesserung der Arbeitssituation des Gesundheitspersonals, aber auch eine Entlastung der bis dahin verwendeten Laiendolmetscher:innen und eine mögliche Kostenreduktion aufgrund der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 15; Plattform für Patientensicherheit 2022).

Die beteiligten Videodolmetscher:innen erhielten vorab eine dreitägige, speziell das Gesundheitswesen betreffende Schulung (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 19; Plattform für Patientensicherheit 2022). VisoCon, ein österreichisches Unternehmen, programmierte für die Zwecke des Pilotprojektes sowohl Hard- als auch Software zur Video- und Audioübertragung (Havelka 2018: 190).

Mittels Analyse qualitativer semi-strukturierter Interviews mit Dolmetscher:innen und Angehörigen des medizinischen Fachpersonals, quantitativer Fragebögen der Patient:innen und des medizinischen Fachpersonals und einer quantitativen Untersuchung der Verbindungsdaten der Video-Calls konnten Kletečka-Pulker und Parrag (2015: 23–24) folgende Schlüsse ziehen: Videodolmetschen weise „ein enormes Potential zur Anwendung im Gesundheitswesen“ auf

und sei „grundsätzlich eine gute Möglichkeit zur qualitätsgesicherten Überwindung von Kommunikationsbarrieren“ (2015: 128). Weiters kamen sie zur Schlussfolgerung, dass die Überwindung von Sprachbarrieren institutionalisiert werden müsse und dass die Verantwortung dafür bei den Trägern, also bei den medizinischen Einrichtungen, liege (Kletečka-Pulker und Parrag 2015: 128).

Ivana Havelka (2018) verfasste ihre Dissertation Videodolmetschen im Gesundheitswesen über das Pilotprojekt, das 2011-2012 in Wien unter der Leitung des IERM stattfand. Havelkas Studie ist qualitativer Natur: Sie befragte die am Projekt beteiligten Dolmetscher:innen retrospektiv zu ihren Erfahrungen. Diese Interviews ergaben u.a. die im Folgenden zusammengefassten Ergebnisse.

Erstens konnte Havelka (2018: 297) ein erhöhtes Stressgefühl bei den Dolmetscher:innen feststellen: Bereits der Rufton, der den eingehenden Videoanruf ankündigt, löste bei den Dolmetscher:innen Stress aus. Aber auch die Spontaneität der Einsätze und die ständige Verfügbarkeit wirkte sich stresserhöhend auf die Dolmetscher:innen.

Zweitens gibt Havelka (2018: 298) an, dass Vor- und Nachgespräche beim Videodolmetschen wegfielen. Das führte gemeinsam mit den Tatsachen, dass nicht immer alle primären Gesprächsbeteiligten im Bild zu sehen waren, dass es Probleme mit Bild- und Tonübertragung gab, dass mitunter Nebengespräche im selben Raum zu hören waren und dass die Gesprächskoordination Setting-bedingten eingeschränkt war, zu einem Informationsmangel für die Dolmetscher:innen (Havelka 2018: 298–299, 306).

Drittens empfanden die Dolmetscher:innen ebenfalls einen Kontroll- und Machtverlust beim Videodolmetscheinsatz (Havelka 2018: 300). Sie fühlten sich „der Situation ausgesetzt“ (Havelka 2018: 301), die räumliche Distanz führte zu einem Gefühl der Entfremdung. Dies war v. a. bei den erfahreneren Dolmetscher:innen der Fall. Überraschenderweise bewerteten die wenig erfahrenen Dolmetscher:innen die räumliche Distanz positiv: Sie sahen es als Vorteil, sich quasi per Knopfdruck zurückziehen zu können (Havelka 2018: 302–303).

Vier Jahre nach dem Pilotprojekt analysieren Koller und Pöchlhammer (2018) mittels einer Interviewstudie die Erfahrungen von fünf jungen Dolmetscherinnen, die bei SAVD *Videodolmetschen* tätig sind und allesamt eine universitäre Ausbildung in Dolmetschen genossen haben. Die Daten bestehen aus im Jahr 2015 durchgeführten Leitfadeninterviews mit den fünf Videodolmetscherinnen (Koller & Pöchlhammer 2018: 91).

Die Ergebnisse ließen folgendes erkennen: Die Befragten sahen keine Unterschiede zwischen dem Arbeiten in der Call-Center-ähnlichen Arbeitsumgebung beim Videodolmetschen und dem Dolmetschen vor Ort. Ihnen waren die videodolmetsch-inhärenten audiovisuellen Einschränkungen, wie Kamera- und Bildschirmpositionierung und Mikrofoneinstellungen, sehr wohl bewusst. Dennoch schätzten sie ihre Präsenz in der Interaktion als ausreichend ein (Koller & Pöchlhammer 2018: 106). Sowohl ihre universitäre Ausbildung als auch der gekonnte Umgang mit der Technik hatte zur Folge, dass die Dolmetscherinnen sich vorbereitet und fähig einschätzten, ihre Dolmetschleistung mittels Videoübertragung zu erbringen. Die beiden Autor:innen geben an, dass dies auf eine neue Generation von Dolmetscher:innen hinweisen könnte: Dolmetscher:innen, die auf ihre universitäre Ausbildung zurückgreifen können und die neue Technologien flexibel in ihre Arbeitsweise integrieren (Koller & Pöchlhammer 2018: 107–108).

In der Dolmetschwissenschaft herrscht der breite Konsens, dass Dolmetschen – vor allem Dialogdolmetschen – nicht reines Wörterübersetzen, sondern auch eine soziale Interaktion ist (Wadensjö 1998; Havelka 2018: 300). Durch den Mangel an Informationen und einer eingeschränkten Wahrnehmung stößt eine solche Interaktion an ihre Grenzen (Havelka 2018: 300). Havelka (2018: 306) vermerkt einerseits die Einschränkung des translatorischen Handlungsrahmens, etwa die Einschränkung der Gesprächskoordination. Andererseits erleben die Dolmetscher:innen gleichzeitig eine Erweiterung ihres Zuständigkeitsbereiches: Mangels anderer Ansprechpersonen sind die Dolmetscher:innen nicht nur für die Sprachmittlung, sondern auch für die Technik zuständig. Man verlangt ihnen Medienkompetenz ab – eine Kompetenz, auf die sie beim Präsenzdolmetschen nicht angewiesen sind (Havelka 2018: 306).

Havelka (2018: 308) kommt schlussendlich zur Conclusio, dass sich Videodolmetschen für stark schematisierte Gespräche sehr gut eignet. Für Gespräche, die große soziale wie emotionale Kompetenz von den Dolmetscher:innen fordert, sollte hingegen Präsenzdolmetschen bevorzugt werden. Als Beispiele hierfür nennt sie psychotherapeutische Gespräche oder pädiatrische Onkologie (Havelka 2018: 307).

Esther de Boe, eine belgische Dolmetschwissenschaftlerin, publizierte 2020 ihre Dissertation zum Thema Ferndolmetschen im Gesundheitswesen. Sie stellt einen Vergleich zwischen Video-, Telefon- und Präsenzdolmetschen im Gesundheitswesen an, basierend auf insgesamt neun Simulationen, drei zu jeder Dolmetschmethode. Dabei erstellt sie zunächst eine quantitative Analyse zu Fehlkommunikation und Gesprächsführung (de Boe 2020: 60–63) und anschließend eine vergleichende, qualitative Analyse, die die Ergebnisse der quantitativen mitberücksichtigt (de Boe 2020: 65).

Die Ergebnisse zeigen, dass Fehlkommunikation zwar vorkommt, aber eher mit der Länge der Sprechereinheiten als mit dem Dolmetschmodus korreliert (de Boe 2020: 207–209). Im Unterschied zum Präsenzdolmetschen wurde beim Telefon- und Videodolmetschen dennoch festgestellt, dass ein direkter Einfluss der technologischen Gegebenheiten, wie Audioqualität oder die Stabilität der Internetverbindung, auf die Qualität der Dolmetschleistung besteht. Dieser Einfluss wurde jedoch vermindert, je besser die Gesprächsführung der Beteiligten, insbesondere vonseiten der Dolmetscher:innen, funktioniert (de Boe 2020: 212). De Boe (2020: 212) zieht aus den Ergebnissen den Schluss, dass – abgesehen von Einflussfaktoren wie Technik und Umgebung – der Erfolg von dolmetschvermittelter Interaktion hauptsächlich von der Gesprächsführung, also von den Kompetenzen der Gesprächsbeteiligten – insbesondere der Dolmetscher:innen – abhängt und nicht vom Dolmetschmodus.

Die Linguistin und Gebärdensprachdolmetscherin Jessica P. B. Hansen publizierte ebenfalls 2020 ihre in Norwegen angesiedelte, artikelbasierte Dissertation zum Thema Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Ihr Fokus liegt auf der Analyse der interaktionalen Aspekte, die Videodolmetschen umfasst. Ihre Daten gewinnt sie aus Videoaufnahmen von authentischen Videodolmetschleistungen im Krankenhaus (Hansen 2020a: 22–25)<sup>7</sup>. Die ersten drei Artikel bedienen sich multimodaler Gesprächsanalyse, wohingegen der vierte Artikel eine Diskursanalyse offizieller, norwegischer Dokumente zum Thema Dolmetschen im Gesundheitswesen behandelt (Hansen 2020a: 51–54).

Hansen (2020a) filmt von zwei Standpunkten aus: nicht nur vom Krankenhausstandort aus, also aus Sicht der Ärzt:innen und Patient:innen, sondern auch aus Sicht der Videodolmetscher:innen. Hansen beschreibt, über welche technische Ausrüstung und Hilfsmittel die Videodolmetscher:innen in ihrer Studie verfügen (2020b 5): Die Videodolmetscher:innen sehen ihre Gesprächsparteien auf einem Desktop-Bildschirm, ausgerüstet mit externer Webcam, Lautsprechern, einem Mikrofon und einem Kontrollpanel. Zusätzlich haben sie ein kleines Notepad vor sich und ein Festnetztelefon neben sich. Die Videodolmetscher:innen haben in der Regel auch einen Notizblock und Stifte bei der Hand. Es fällt auf, dass die Videodolmetscher:innen kein Headset tragen, wie es die Videodolmetscherin im vorliegenden Fall handhabt.

---

<sup>7</sup> Nach Wissenstand Februar 2022 ist dies die einzige Studie vor der vorliegenden, die Videoaufnahmen authentischer, videodolmetschvermittelter Gespräche zwischen Gesundheitspersonal und Patient:innen analysiert.

Hansens erster Artikel (Hansen & Svennevig 2021) befasst sich mit der multimodalen Gesprächsanalyse videodolmetschter medizinischer Gespräche. Grundlage dafür ist, dass lange Redeeinheiten sich als interaktional schwierig erweisen, da der:die Dolmetscher:in die sprechende Person unterbrechen muss, um zu dolmetschen (Wadensjö 1998: 234). Hansen und Svennevig (2021) kommen zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitspersonal bei längeren Redebeiträgen bewusste Pausen macht, um den Dolmetscher:innen den nötigen Raum zum Dolmetschen zu geben (siehe auch 4.2).

Im zweiten Artikel in Hansens Dissertation beschäftigt sie sich mit den körperlich ausgedrückten Hinweisen der Dolmetscher:innen, wenn sie Schwierigkeiten beim Dolmetschen haben, beispielsweise wenn sie Hör- oder Verständnisschwierigkeiten haben (2020a). Auch hier wird mit der multimodalen Gesprächsanalyse gearbeitet. Hansen (2020a) stellt in erster Linie fest, dass körperlich ausgedrückte Hinweise einige Vorteile gegenüber verbal ausgedrückten haben: So sind körperliche Hinweise oft sprachübergreifend und erfordern keine Unterbrechung der verbalen Rede, sie können also simultan zur verbalen Rede eingesetzt werden. Beim Videodolmetschen gelangt Hansen (2020a) jedoch zum Resultat, dass die primären Gesprächsparteien nicht immer einen direkten Blick auf die Videodolmetscherin haben. Dadurch werden körperlich ausgedrückte Hinweise mitunter übersehen.

In ihrem dritten Artikel untersucht Hansen (2020b), inwiefern der eingeschränkte Blickwinkel beim Videodolmetschen die Gesprächsführung beeinflusst. Durch die sprachliche Wiedergabe vonseiten der Dolmetscherin werden Rede und die originale Gestik der primären Gesprächspartei ohnehin voneinander getrennt, durch die Video-Vermittlung werden Gestik und Blick vermehrt übersehen, was zusätzlich zur Trennung von Rede und Gestik beitragen kann. Zudem haben die verschiedenen Videokonferenzsysteme unterschiedliche Kamerawinkel, die berücksichtigt werden müssen (Hansen 2020b: 8, 11).

Der vierte und letzte Artikel (Hansen 2020a) ist ein diskursanalytischer Vergleich zwischen Videodolmetschen auf der einen und Telefon- bzw. Präsenzdolmetschen auf der anderen Seite. Dabei werden offizielle Dokumente des Staates Norwegen und Interviews mit Videodolmetscher:innen, medizinischem Fachpersonal und Vertreter:innen der Medizinbranche. Dabei untersucht die Autorin Schlagwörter wie Professionalität und Neutralität der Videodolmetscher:innen und kommt zum Schluss, dass die Ansichten der Politik und die der im Feld Praktizierenden stark variieren (Hansen 2020a).

Hansen schlussfolgert aus ihren vier Artikeln, dass das Videodolmetschen gleichsam eine gemeinsame Gesprächskonstruktion aller Gesprächsbeteiligten konstituiert und erfordert

(2020a: 61). Sie schließt daraus, dass die Gesprächsbeteiligten, allen voran die professionellen Gesprächsbeteiligten, über spezifisches Wissen verfügen müssen, damit die Videodolmetschung optimal abläuft: Wissen über die Situation, über die Möglichkeiten und Einschränkungen der Technologie, über die Gesprächsführung gedolmetschter Gespräche und über mögliche Schwierigkeiten (Hansen 2020a: 62).

Die Videodolmetschstudien aus der Dolmetschwissenschaft untersuchen zusammenfassend also folgende Thematiken: Korak (2010) identifiziert gängige Problematiken des Videodolmetschens; Pöchhacker (2014) führt eine Machbarkeitsstudie zum Simultanmodus im Videodolmetschen durch; Kletečka-Pulker und Parrag (2015) untersuchen die Praktikabilität des konsekutiven Videodolmetschens im Gesundheitswesen; Havelka 2018 befragt die Videodolmetscherinnen nach ihren Arbeitserfahrungen, wobei sie ebenso wie Korak (2010) ein Entfremdungsgefühl bei den Dolmetscherinnen identifiziert; im Gegensatz dazu stehen Koller und Pöchhacker (2018), deren befragte Videodolmetscherinnen ihre Präsenz als ausreichend einschätzen; De Boe (2020) stellt einen Vergleich zwischen Video-, Telefon- und Präsenzdolmetschen an; und Hansen (2020a) analysiert, inwiefern das Setting Videodolmetschen die Interaktion beeinflusst.

Diese Studien stammen strenggenommen nicht alle aus der Dolmetschwissenschaft: Kletečka-Pulker ist Juristin, Parrag ist Kultur- und Sozialanthroposophin und Hansen ist Linguistin, aber auch praktizierende Gebärdensprachdolmetscherin im Gesundheitsbereich. Da sie aber alle nicht aus der Fachrichtung der Medizin kommen, sei ihre Kategorisierung in Unterscheidung zu den aus der Medizin kommenden Studien (siehe 3.3.3) hiermit gerechtfertigt.

### **3.4. Zwischenfazit**

Summa summarum kann festgehalten werden, dass die Terminologie des Fern- und Videodolmetschens noch nicht standardisiert ist und es daher zu begrifflichen Überlappungen kommt. Die medizinische Forschung weist hohes Interesse an der Praktikabilität des Videodolmetschens auf, die Dolmetschwissenschaft v. a. an dessen gesprächsanalytischen Folgen. Die vergleichsweise niedrigere Zahl an Studien aus der Dolmetschwissenschaft lässt sich eventuell aus dem limitierten Zugang zum Feld erklären. Schließlich geht es im Gesundheitswesen um sensible und schutzbedürftige Daten und es ist methodisch hürdenreicher für Dolmetschwissenschaftler:innen, Zugang zu diesen zu bekommen als für Mediziner:innen. Die vorliegende Studie ist neben Hansen (2020a) eine der wenigen Ausnahmen, bei der Dolmetschwissenschaftler:innen Zugang zum Feld bekommen haben.

## **4. Ausgewählte Analyseaspekte**

Um das Videodolmetschgespräch in der vorliegenden Arbeit zu analysieren, bedarf es zusätzlicher theoretischer Grundlagen. Die videovermittelte, medizinische Kommunikation, bei der die beiden primären Gesprächsparteien ko-präsent sind und der:die Videodolmetscher:in virtuell zugeschaltet ist, ist eine sehr spezifische Form der Kommunikation, die durch sehr eigene, technikbedingte Faktoren bedingt wird. In Anlehnung an Havelka (2018) soll demnach in diesem Kapitel die theoretische Grundlage für jene ausgewählte, technikbedingte Einflussfaktoren gelegt werden: der visueller Zugang und das Blickverhalten der Gesprächsparteien beim Videodolmetschen, der Sprecher:innenwechsel, das Rückkopplungsverhalten und die Gestik im Videodolmetschen. Diese Einflussfaktoren bilden gleichzeitig die Analysekriterien für die vorliegende Studie.

### **4.1. Visueller Zugang und Blickverhalten beim Videodolmetschen**

Bis dato gibt es wenige Studien zum Blickverhalten der Gesprächsbeteiligten im Dialogdolmetschen, geschweige denn beim Videodolmetschen (Lang 1978; Mason 2012; Davitti & Pasquandrea 2017). Lang stellte in seiner Studie im Papua-Neuguinea der 1970er Jahre fest, dass Blickkontakt beim Dialogdolmetschen in Präsenz (alle drei Gesprächsparteien befinden sich am selben Ort) als wichtiges Signal zum Zeigen von Aufmerksamkeit und zur Organisation des Sprecher:innenwechsels diene. Außerdem fand Lang (1978) heraus, dass die Dolmetscher:innen ab und an nonverbale Kommunikation verpassten, weil sie versuchten, durch bewusstes Nicht-Hinsehen Neutralität zu signalisieren.

Laut Wadensjö (2001) besteht ein Zusammenhang zwischen der Sitzkonstellation der Gesprächsparteien und der Möglichkeit, Blickkontakt herzustellen. In ihrer Studie beschreibt sie die Sitzordnung beim Dialogdolmetschen und konstatiert deren maßgeblichen Einfluss auf die Qualität und die Ergebnisse der Gespräche. Wadensjö (2001: 83) führt mehrere Gründe dafür an, u.a. einen gemeinsamen Kommunikationsradius, der die gesprächskordinierende Tätigkeit der Dolmetscherin für alle beteiligten Gesprächsparteien verfügbar macht.

Auch Bot (2005) widmet einen Teil ihrer Studie zum Dialogdolmetschen in der Therapie dem Blickverhalten der Gesprächsteilnehmer:innen. Sie untersucht vor Ort gedolmetschte Gespräche zwischen Gesprächstherapeut:innen und Patient:innen. Die drei Gesprächsparteien sind in den untersuchten Fällen in einem gleichschenkeligen Dreieck angeordnet. Die Analyse

des Blickverhaltens zeigte einen kontinuierlichen Austausch zwischen den drei Parteien (Bot 2005: 246).

Bei genauerem Hinsehen stellte sie aber eine Besonderheit im Blickverhalten der Therapeut:innen fest: Diese blickten selten die Dolmetscher:innen an, dafür umso mehr die Patient:innen (Bot 2005: 140). Während die Dolmetscher:in die Aussage der Therapeut:innen wiedergab, blickten die Therapeut:innen meist auf Patient:innen. Das widerspricht den Erkenntnissen von Goodwin (1981: 32), demnach die zuhörende Partei die Sprechende mehr anblickt als andersherum. Goodwin (1981: 45) nach wird es als unangenehm empfunden, wenn die zuhörende Partei zu „aufdringlich“ betrachtet wird. Diesen Eindruck bestätigt Bot (2005: 140): „it may be felt as intrusive, as ‘being watched’ more than necessary”.

Mason (2012) untersucht den Blickkontakt der Gesprächsparteien in fünf Asylgesprächen anhand von Videoaufnahmen. Zunächst untersucht er die Sitzordnung als Prämisse für die Untersuchung des Blickverhaltens. Die drei Gesprächsparteien – Asylsuchende, Dolmetscherin und Beamtin<sup>8</sup> – sitzen um einen Tisch herum: Asylsuchende und Beamtin sitzen einander gegenüber; die Dolmetscherin sitzt schräg neben der Asylsuchenden an der langen Seite des Tisches. Wenn die Dolmetscherin geradeaus schaut, dann blickt sie schräg über den Tisch genau zwischen die Asylsuchende und die Beamtin (2012: 183).

Mason (2012) untersucht das Blickverhalten der Beamtinnen und der Dolmetscherinnen, denn die Videoaufzeichnungen erlauben es nicht, das Blickverhalten der Asylsuchenden zu untersuchen: Diese sind zum Schutz ihrer Identität nicht auf den Videoaufnahmen zu sehen. Der Autor unterscheidet bei der Analyse zwischen Sprechmodus und Hörmodus (Mason 2012: 184), so wie vor ihm auch Wadensjö (1998). Während die Beamtin spricht, blickt sie 50 % der Zeit die Asylsuchende an. Das ist laut Mason (2012: 184) länger als typischerweise in dyadischen Gesprächen, wo der Anteil bei knappen 40 % liegt. Die Beamtin schaut die restliche Zeit entweder auf ihre Notizen auf dem Schreibtisch, der Dolmetscherin werden nur kurz Blicke zugeworfen (unter einer Sekunde), während die Beamtin redet. Am Ende jedes Gesprächsschritts der Beamtin blickt sie ca. drei Sekunden lang auf die Dolmetscherin, wie um zu signalisieren, dass sie jetzt dolmetschen solle (Mason 2012: 185).

Anders ist es laut Mason, wenn die Beamtin sich im Hörmodus befindet, also lediglich zuhört (Mason 2012: 186): Da die Beamtin Notizen des Gesprächs macht, ist ihr Blick meist

---

<sup>8</sup> Hier wird, wie eingangs angekündigt, zur besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form benutzt.

auf den Tisch gerichtet, um mitzuschreiben, was die Asylsuchenden sagen. Während die Beamtin jedoch selbst gedolmetscht wird, verhält sie sich ähnlich wie die Therapeut:innen bei Bot (2005): Sie schaut auf die Asylsuchenden und nicht auf die Sprecher:in, nämlich die Dolmetscherin.

Die Sitzordnung der Gesprächsparteien beeinflusst deren Blickverhalten nach Mason (2012) wie folgt: Die Beamtin und die Asylsuchenden sitzen einander gegenüber und können sich also direkt anblicken. Da die Dolmetscherin schräg neben den Asylsuchenden sitzt, muss sie den Kopf wenden, wenn sie von einer Gesprächspartei zur anderen schaut. Diese offensichtliche Kopfbewegung signalisiert den Sprecher:innenwechsel an die Dolmetscher:innen, gibt ihnen also zu verstehen, dass sie mit der Dolmetschung beginnen mögen (Mason 2012: 192).

Die räumliche Anordnung der Gesprächsparteien bedingt also deren Blickverhalten, welches wiederum als Signal für Sprecher:innenwechsel verstanden werden kann. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass jedes Detail – von der Sitzordnung bis zu den technischen Voraussetzungen, usw. – in einem gedolmetschten Gespräch Einfluss auf dessen Ablauf und Ergebnis nehmen kann.

Davitti und Pasquandrea untersuchen in einer 2017 veröffentlichten Studie zwei videoaufgezeichnete vor Ort gedolmetschte Gespräche im pädagogischen Setting, nämlich Eltern-Lehrer:innen-Gespräche in der Schule. Ziel dieser Untersuchung ist, die nonverbale Kommunikation in gedolmetschten Gesprächen zu analysieren. Während Forschung zur verbalen Kommunikation in einer gedolmetschten Interaktion – insbesondere konversationsanalytisch und diskursanalytisch – bereits vorliegt, stellt die nonverbale Kommunikation jedoch eine Forschungslücke dar, die die genannte Studie füllen möchte (2017: 108–109).

Davitti und Pasquandrea stellen dazu eine multimodale Analyse an und untersuchen Blick, Gestik, Körperorientierung, Distanzverhalten und Objektmanipulation, die man unter dem Überbegriff *körperlich ausgedrückte Mittel* sammeln kann („embodied resources“ Davitti & Pasquandrea 2017: 109). Die Gesprächsteilnahme der Gesprächsparteien kann laut dieser Studie nicht nur über die verbale Ebene demonstriert werden, sondern auch über die nonverbale, insbesondere über das Blickverhalten. Durch Blicke können die Gesprächsparteien ihre Teilhabe am Gespräch signalisieren, selbst wenn sie schweigen (2017: 124).

Vranjes, Brône und Feyaerts (2018) untersuchen das Rückkopplungsverhalten mit besonderem Augenmerk auf das Blickverhalten bei den Hörrückmeldungen im Dialogdolmetschen (siehe auch 4.3). Sie generieren mittels Eye-Tracking-Brillen detailgenaue und quantifizierbare Daten über das Blickverhalten aller Gesprächsparteien. Der Korpus der Studie besteht

aus insgesamt neun konsekutiv und vor Ort gedolmetschten Studienberatungsgesprächen. Die Gespräche wurden zusätzlich mit einer Kamera aufgenommen und – wie die vorliegende Videoaufnahme – mittels der Software ELAN transkribiert.

Vranjes et al. (2018) finden so heraus, dass 89 % aller Blickrichtungswechsel des:der Studienberater:in mit Hörrückmeldungen korrelieren, davon 95 % mit einem Nicken des Kopfes. Auch verbale Formen von Backchannelling, wie „Oh!“ oder „Ah ja“, werden meist von einem Blick in die Richtung des:der Studierenden begleitet (2018: 20–21). Dieser Studie nach (Vranjes et al. 2018) ist das Blickverhalten also eng mit Hörrückmeldungen verbunden.

Koller und Pöchlacher interviewen im Jahr 2018 fünf Videodolmetscher:innen der Firma *SAVD Videodolmetschen* (siehe auch 3.3.4) zu ihrem Alltag und ihren Tätigkeiten als Videodolmetscher:innen. Die befragten Videodolmetscher:innen konstatieren, dass sie durchaus Einfluss auf das ihnen angebotene Sichtfeld nehmen können (2018: 101). Dies kann bedeuten, dass sie beispielsweise andere Gesprächsteilnehmer:innen darauf hinweisen, etwas nicht zu sehen, oder aber, dass sie von den anderen Gesprächsteilnehmer:innen gefragt werden, ob sie alles gut sehen können. Solange die Webcam entsprechend positioniert ist, empfinden die befragten Videodolmetscher:innen keinen Unterschied zum Präsenzdolmetschen (Koller & Pöchlacher 2018: 102). Sie geben an, sogar den Sprecher:innenwechsel mittels Blicken koordinieren zu können, ohne jeglichen Unterschied zum Präsenzdolmetschen.

Vranjes und Bot (2021) untersuchen das Blickverhalten als Indikator für Sprecher:innenwechsel (siehe auch 4.2). Ihre der Studie zugrunde liegenden Daten bestehen aus drei authentischen, vor Ort gedolmetschten Therapiesitzungen in den Niederlanden, die sie mit Video aufgezeichnet haben. Vranjes und Bot (2021: 113) fokussieren dabei das Blickverhalten der Dolmetscher:innen und können demonstrieren, dass diese ihren Blick strategisch ab- oder zuwenden, um Sprecher:innenwechsel oder eben das Behalten des Gesprächsschritts zu signalisieren.

Sie fassen ihre Ergebnisse in drei Haupteckdaten zusammen (Vranjes und Bot 2021: 113). Erstens, als Signal zum Dolmetschen: Die Dolmetscherin wendet ihren Blick von der aktuellen Sprecherin ab und der Zuhörerin zu, um der Sprechenden Person zu signalisieren, dass sie jetzt mit dem Dolmetschen einsetzen will. Zweitens, um einer Gesprächspartei das Wort zu übergeben: Vranjes und Bot (2021: 108–109) beobachten in einem Fall, dass die Dolmetscherin bereits zur Wiedergabe ansetzt, der:die Patient:in sie jedoch unterbricht, weil sie ihrem Gesprächsschritt noch etwas anfügen will. Nach einer kurzen Pause, in der die Dolmetscherin und Patient:in sich einen Moment lang ansehen, beendet die Dolmetscherin mit Blick

zum:r Therapeut:in rasch ihre Wiedergabe und blickt dann demonstrativ zur Patient:in, um ihr das Wort zu übergeben. Und drittens als Signal, um den Gesprächsschritt zu behalten: In diesem Fall bleibt die Dolmetscherin mit ihrem Blick während der Wiedergabe bei der zuhörenden Partei, wenngleich die andere Partei versucht, ihren Gesprächsschritt zu unterbrechen. Indem sie ihren Blick nicht abwendet, signalisiert die Dolmetscherin ihre Intention, die Wiedergabe fortzusetzen (Vranjes und Bot 2021: 110–112).

Insgesamt kann also zusammengefasst werden, dass die Dolmetscher:innen ihre Blicke gezielt zur Organisation der Sprecher:innenwechsel einsetzen (Vranjes und Bot 2021; Lang 1978;). Vranjes, Brône und Feyaerts (2018) zeigen einen Zusammenhang zwischen Rückkopplungs- und Blickverhalten, während Wadensjö (2001), Bot (2005) und Mason (2012) zum Ergebnis kommen, dass die Sitzordnung das Blickverhalten maßgeblich bedingt. Davitti und Pasquandrea (2017) geben an, dass Blickverhalten nur multimodal – also im Zusammenspiel mit anderen verbalen und nonverbalen Mitteln – analysiert werden kann. Zudem kann das Blickverhalten als Teilhabe am Gespräch verstanden werden (Davitti & Pasquandrea 2017).

Alle in diesem Abschnitt beschriebenen Studien – mit Ausnahme von Koller und Pöchlacher (2018) – befassen sich mit dem Blickverhalten beim Dolmetschen vor Ort. Durch den Aspekt der Technik im Videodolmetschen wird eine Ebene addiert, die es noch zu erforschen gilt. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, diese Forschungslücke zu füllen zu beginnen.

## 4.2. Gesprächsschritt und Sprecher:innenwechsel

Zunächst muss die Verwendung der Fachausdrücke erklärt werden. Der Begriff *turn-taking*, wie er in der englischsprachigen Fachliteratur verwendet wird, kommt laut Sacks et al. (1974) ursprünglich aus der Welt der Spiele und bezeichnet die Spielzüge bzw. wer am Zug ist. In der vorliegenden Arbeit werden nach dem Vorbild der deutschsprachigen Gesprächsanalyse die deutschen Begriffe „Gesprächsschritt“ für *turn* und „Sprecher:innenwechsel“ für *turn-taking* verwendet (Henne & Rehbock 1995: 20).

Goffman (1974: 201) definiert einen Gesprächsschritt als „das, was ein Individuum tut und sagt, während es jeweils an der Reihe ist“. Goffman bezieht also schon 1974 mit ein, was ein Individuum „tut“. Ein Gespräch ist nicht nur ein reiner Austausch von Text, sondern multimodal. Dabei spielen außersprachliche Mittel wie Gestik, Blickrichtung, Körperorientierung eine ebenso große Rolle wie der Inhalt des Gesagten.

Der Sprecher:innenwechsel gehört laut Henne & Rehbock (1995: 23) zu den „grundlegenden Verpflichtungen der Gesprächspartner“. Wenn man sich auf ein Gespräch einlässt, ist

allen Gesprächsteilnehmenden – zumindest den meisten – klar, dass man sich mit dem Sprechen abwechselt. Henne & Rehbock (1995: 23) unterscheiden drei grundlegende Arten des Sprecher:innenwechsels: erstens die Selbstselektion, zweitens die gegenwärtige Sprecherin wählt die Nächste und drittens die Gesprächsleiterin wählt die nächste Sprecherin.

Sprecher:innenwechsel ist die strukturelle Basis für jede Form von Konversation (Sacks et al. 1974: 700). Dabei kommen verschiedene Strukturen zum Tragen, je nachdem, ob es sich um ein institutionalisiertes Gespräch handelt, wie viele Gesprächsparteien daran beteiligt sind, ob es moderiert wird, usw. Sacks et al. (1974) stellen eine Systematik des Sprecher:innenwechsels auf und unterscheiden zwei Arten jenes Wechsels: erstens die gegenwärtige Sprecherin wählt die nächste aus und zweitens die Selbstselektion (1974: 703). Anhand von Audioaufnahmen authentischer Gespräche halten Sacks et al. (1974: 701) einige grundlegende Aspekte von Gesprächen fest, u. a.: die Turnlänge kann variieren, es kann mehr als zwei Parteien geben, der Sprecher:innenwechsel ist nicht (immer) im Vorhinein festgelegt, die Gesprächslänge steht nicht (immer) im Vorhinein fest, meist spricht eine Gesprächspartei und dann die nächste, Überlappungen kommen vor, sind aber meist nur von kurzer Dauer, usw.

Eine Komplexitäts-Ebene kommt hinzu, wenn das Gespräch konsekutiv gedolmetscht wird. In einem Dialog mit zwei Gesprächsteilnehmer:innen wechseln sich die beiden primären Gesprächsparteien in der Regel mit dem Sprechen ab (Wadensjö 1998: 234). In konsekutiv gedolmetschten Dialogen kommt es notwendigerweise zu einer besonderen Art von Sprecher:innenwechsel, denn der:die Dolmetscher:in übernimmt jeden zweiten Gesprächsschritt: Die primäre Gesprächspartei 1 spricht, die Dolmetscherin dolmetscht, die primäre Gesprächspartei 2 antwortet, die Dolmetscherin dolmetscht, usw.

Die primären Gesprächsparteien müssen bei längeren Sprechpassagen also immer wieder eine Sprechpause einlegen, damit die Dolmetscherin die Aussage wiedergeben kann. Dies kann laut Wadensjö (1998: 234) ein Quell für Missverständnisse sein, beispielsweise wenn die primären Gesprächsparteien komplexe Sachverhalte kommunizieren oder eine Geschichte erzählen möchten und diese dann in kürzere, sozusagen „dolmetschgerechte“ Happen unterteilt werden. Wadensjö nennt diese konsekutiv gedolmetschten Gesprächen inhärente Stückelung *fragmentation* (1998: 235).

In konsekutiv gedolmetschten Gesprächen übernimmt der:die Dolmetscher:in eine koordinierende Rolle und bestimmt den Sprecher:innenwechsel, wenn nötig (Wadensjö 1998: 109). Aber nicht nur die Dolmetscher:innen, sondern auch die anderen Gesprächsteilnehmenden koordinieren das Gespräch, wenn sie etwa die Dolmetscher:in implizit oder explizit

zum Dolmetschen auffordern (vgl. Baraldi & Gavioli 2012).

Diese Stückelung von längeren Passagen untersuchen Licoppe und Verdier (2013) in der nach eigenen Angaben ersten Studie über authentische Videodolmetsch-Situationen vor Gericht mit einem vom Gefängnis aus zugeschalteten Angeklagten, der mittels Video aufgezeichnet wurde. Richter:innen, (Staats-)Anwaltschaft und Dolmetscher:innen sind im Gerichtssaal vor Ort, nur die Angeklagten werden aus der Justizvollzugsanstalt zugeschaltet. Die Autor:innen analysieren diese Anhörungen aus video-ethnografischer und konversationsanalytischer Perspektive. Den Fokus der Studie bildet die Verlesung der Anklageschrift durch die Staatsanwaltschaft, die typischerweise monologisch geprägt ist. Wenn alle Beteiligten vor Ort sind, wird diese laut Licoppe und Verdier (2013: 256) üblicherweise simultan mittels Flüsterdolmetschen für den:die Angeklagte:n gedolmetscht. In den Anhörungen mit zugeschalteten Angeklagten wird sie allerdings konsekutiv gedolmetscht.

In zwei der untersuchten Fälle beherrscht der Angeklagte die Sprache des Gerichts (Französisch) ausreichend, sodass der vorsitzende Richter beschließt, die Staatsanwaltschaft die gesamte Anklageschrift am Stück verlesen zu lassen. Diese soll abschließend von dem:der Dolmetscher:in konsekutiv und zusammenfassend gedolmetscht werden (Licoppe & Verdier 2013: 257). In zwei anderen Fällen beherrscht der Angeklagte die Sprache des Gerichts nicht ausreichend, sodass der vorsitzende Richter beschließt, dass die Verlesung durch die Staatsanwaltschaft gestückelt vorgetragen werden möge. Auf diese Weise kann die Dolmetscherin die kürzeren Abschnitte für den Angeklagten dolmetschen. Es wird der Staatsanwaltschaft und der Dolmetscherin überlassen, den Sprecher:innenwechsel kollaborativ zu koordinieren und so die Verlesung in „dolmetschgerechte“ Happen zu unterteilen (2013: 258).

Eine Folge dieser gestückelten Anklageschriftverlesung ist, dass der Angeklagte dazu verleitet wird, den Sprecher:innenwechsel zwischen Dolmetscherin und Staatsanwaltschaft als Gelegenheit zu sprechen zu ergreifen (Licoppe & Verdier 2013: 267). In einem derartigen Fall legt der vorsitzende Richter den Zeigefinger auf den eigenen Mund, wie um dem Angeklagten zu vermitteln, dass er zum betreffenden Zeitpunkt nicht reden möge/dürfe. Dies funktioniert aber in diesem Fall nicht, da die Kamera gerade auf die Staatsanwaltschaft gerichtet ist und nicht auf den Richter, was letzterer aber in dem Moment nicht realisiert (2013: 267).

Licoppe und Verdier (2013: 271) schließen aus ihrer Studie, dass institutionalisierte Situationen durch konsekutive Dolmetschungen per Videolink drohen, ihre übliche, geregelte Struktur zu verlieren. Das Turn-Management wird teilweise anderen als dem vorsitzenden Richter überlassen. Gesprächsparteien nutzen Sprecher:innenwechsel als Möglichkeit, eine

Rede zu unterbrechen (2013: 270). Insgesamt schließen Licoppe und Verdier (2013: 270), dass „the production of the prosecutor’s argument in the distributed bilingual courtroom appears conversationally ‘messy’“.

Licoppe und Veyrier (2020) untersuchen einige Jahre später gedolmetschte Asylanhörungen, die erneut mit zugeschalteten Teilnehmer:innen und in Frankreich stattfinden. In diesen Fällen sind Dolmetscher:innen und Asylsuchende an einem Ort und per Videolink in den Gerichtssaal, in dem sich alle anderen Beteiligten befinden, zugeschaltet. Diese Art von Anhörungen ist gekennzeichnet von einer typischen Frage-Antwort-Struktur, wobei die Antworten der Asylsuchenden mehr oder weniger lang ausfallen können (Licoppe & Veyrier 2020: 82). Fokus der Studie ist das Sprecher:innenwechsel-Management der Dolmetscher:innen und die Frage mit welchen Mitteln, die Dolmetscher:innen das Wort ergreifen und die Asylsuchenden „unterbrechen“, wenn sie es als nötig empfinden, an einer bestimmten Stelle zu dolmetschen.

Licoppe und Veyrier (2020) stellen fest, dass die Dolmetscher:innen zum einen implizite Mittel nutzen, z.B. Blick und Körperausrichtung, kurze Interjektionen wie „okay“ oder Überlappungen, bei denen die Dolmetscher:innen etwa hörbar laut einatmen und bereits zu reden ansetzen, ohne dass die Asylsuchenden ihre Aussage beendet haben. Zum anderen nutzen die Dolmetscher:innen explizite Mittel, z.B. das Heben der Hand, um den Redefluss der Asylsuchenden zu unterbrechen, das Berühren des Arms, „warten Sie“ zu sagen, oder die explizite Bitte darum, nun dolmetschen zu dürfen.

Hansen (2020a) untersucht im Laufe ihrer Dissertation anhand von Videoaufzeichnungen videogedolmetschte Gespräche im Gesundheitswesen. Im ersten Artikel untersucht Hansen den Sprecher:innenwechsel in solchen konsekutiv gedolmetschten Gesprächen. Der Fokus der Studie liegt dabei auf der Stückelung von „multi-unit-turns“ (Hansen & Svennevig 2021: 144). Damit sind längere Sprechpassagen der primären Gesprächsparteien gemeint, die in kürzere Abschnitte unterteilt werden, damit die Dolmetscher:innen das bisher Gesagte wiedergeben können. Hansen beobachtet, dass das Krankenhauspersonal in solch langen Sprechpassagen eigenständig Pausen einlegt, damit die Dolmetscher:innen dolmetschen können. Sie nennt diese Pausen *temporäre Aussetzungsstellen* (Hansen & Svennevig 2021: 144).

Wie lang diese Stückelungen jeweils andauern, variiert laut Hansen und Svennevig (2021: 160) von Teilsätzen bis hin zu vollständigen Aussagen. Die Autor:innen (2021: 147–148) beobachten in einem Gespräch etwa, dass das Krankenhauspersonal längere Gesprächsschritte in kurze Teilsätze stückelt und mit einem kurzen Blick zur Dolmetscherin, einem leichten Anstieg der Intonation am Ende des Teilsatzes und einer kurzen Sprechpause

signalisiert, dass gedolmetscht werden soll<sup>9</sup>. In einem anderen Gespräch stellen Hansen und Svennevig (2021: 147) fest, dass das Krankenhauspersonal längere Passagen stückelt und abermals mit einem Blick zur Kamera des:der Videodolmetscher:in signalisiert, dass er:sie nun dolmetschen kann.

Bei Wadensjö (1998) heißt diese Stückelung einer längeren Aussage *fragmentation*, Licoppe und Veyrier (2020) nennen sie *chunking* und Hansen und Svennevig (2021) bezeichnen sie als *temporary suspension points*. Bei Wadensjö (1998) sind es die Dolmetscher:innen, denen diese koordinierende Aufgabe zufällt, ebenso bei Licoppe und Veyrier (2020), wo es die Dolmetscher:innen sind, die die Asylsuchenden mehr oder weniger subtil unterbrechen, um dolmetschen zu können. Bei Hansen und Svennevig (2021) ist es das medizinische Personal, das seine längeren Aussagen bewusst unterbricht, sodass der:die Dolmetscher:in dolmetschen kann.

### 4.3. Rückkopplungsverhalten

Was in der Dolmetschwissenschaft als Rückkopplungsverhalten bekannt wurde, umfasst generell gesagt alle verbalen und nonverbalen Hörrückmeldungen der zuhörenden Person während eines Dialogs (Henne & Rehbock 1995: 177): Das reicht von einem einfachen Kopfnicken, über Partikeln wie *mhm* bis hin zu vollständigen Sätzen *ich verstehe*. Auf diese Weise versichert die Hörerin ihre Aufmerksamkeit der Sprecherin gegenüber (1995: 177). Henne und Rehbock unterscheiden dabei zwischen dem Überbegriff Rückkoppelungsverhalten, der alle Verhaltensweisen der Zuhörer:in umfasst, und dem Unterbegriff Rückkopplungspartikel (1995: 26), der lexikalische Partikel der Hörrückmeldungen meint. Das Rückkopplungsverhalten geht per definitionem immer von der hörenden Gesprächspartei aus, die gerade nicht am Wort ist. Es ist auch nicht immer eindeutig, ob es sich um Rückkopplungsverhalten oder um einen eigenen Gesprächsschritt handelt (Henne & Rehbock 1995: 27).

Duncan (1974: 166) hat fünf Typen von Rückkopplungsverhalten erarbeitet; die deutschen Entsprechungen stammen von Henne und Rehbock (1995: 27):

(1) „*mhm, right, yes, exactly, I see*“ etc.: „hm, richtig, ja, genau, ich verstehe“ usw.

---

<sup>9</sup> Im Gegensatz dazu gibt eine Videodolmetscher:in aus der Interviewstudie von Koller und Pöchlhammer (2018: 99) an, dass solche kurze Satzteile oft sehr schwierig zu übersetzen sind, da nicht klar ist, worauf der:die Sprecher:in hinauswill.

- (2) „sentence completion”: Satzvollendung
- (3) „request for clarification”: „Bitte um Klärung”, z.B. “Was meinst du damit?” oder „Wie bitte?”
- (4) „brief statement”: „kurze Nachformulierungen“, in denen Teilaussagen des:der Sprecher:in nachformuliert werden.
- (5) „head nods and shakes”: nonverbale Mittel, wie z.B. Kopfnicken oder -schütteln

Auch Wadensjö (1998: 113) behandelt Rückkopplungsverhalten in ihrem Grundlagenwerk zum Dialogdolmetschen, allerdings nennt sie es *unterstützende Rückmeldung*: Ein knappes *ja* zwischendurch fungiere als unterstützende Rückmeldung und bestätige aufmerksames Zuhören.

Gavioli (2012) analysiert Minimalrückmeldungen von Dolmetscher:innen beim Dialogdolmetschen im Gesundheitswesen. Gaviolis Datenkorpus umfasst 150 präsenzgedolmetschte Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen in Italien. Diese Gespräche wurden auf Tonband – nicht auf Video – aufgezeichnet. Gavioli räumt ein, dass ohne eine Videoaufzeichnung der bedeutende nonverbale Teil der Kommunikation jedoch fehlt (2012: 205).

Gavioli beobachtet einige Arten von Minimalrückmeldungen bei den Dolmetscher:innen. In einem Beispiel wiederholt der:die Ärzt:in etwa die von der Dolmetscher:in genannte Zahl, wie um nachzufragen, ob er:sie die Zahl korrekt verstanden hätte, und die Dolmetscher:in bestätigt dies mit einem knappen *ja* (Gavioli 2012: 206). In einem weiteren Beispiel fängt der:die Dolmetscher:in seine:ihre Gesprächsschritte mehrmals mit einem *okay* an, was gleichzeitig das Verständnis des eben Gesagten anzeigt und den Sprecher:innenwechsel einleitet (2012: 208–209).

Diese Minimalrückmeldungen bei Gavioli (2012: 211–215) werden ebenso dazu genutzt, um lange Sprechpassagen der Ärzt:innen oder Patient:innen zu strukturieren: Bei solchen langen Turns (siehe „extended turns“ bei Hansen & Svennevig 2021) bestätigt der:die Dolmetscher:in ihr Zuhören und ihr Verständnis des Gesagten an strategisch hervorstechenden Gesprächsstellen. Wenn also der:die Ärztin beispielsweise eine Behandlung vorschlägt bzw. begründet und dazu eine längere Sprechpassage vornimmt, bestätigt der:die Dolmetscher:in ihr Zuhören an gewissen Punkten des langen Turns mit Partikeln wie *mhm*, *ah okay*, *ja*, *das ist okay* usw. (Gavioli 2012: 212–213) Die Dolmetscher:innen erreichen damit mehrere Ziele gleichzeitig: Einerseits offenbaren sie ihr Verständnis auf diese Weise übersprachlich allen Gesprächsbeteiligten und andererseits signalisieren sie der gerade nicht sprechenden Gesprächspartei (der:dem Patienten in diesem Beispiel): „Let me listen to this now. I’ll be back to you

soon.“ (Gavioli 2012: 214). Gavioli schließt daraus, dass die Gesprächsteilnehmer:innen das Gespräch durch die Minimalrückmeldungen der Dolmetscher:innen gemeinsam ko-konstruieren (2012: 213).

Lee (2020) untersucht neben vielen anderen Aspekten auch das Rückkopplungsverhalten beim VRS (Video Relay Service, also das Videodolmetschen für gehörlose Menschen) und beim VRI (Video Remote Interpreting, also dem Videodolmetschen, im Sinne der eingangs definierten Bedeutung). Auch Lee stellt fest, dass das Rückkopplungsverhalten in erster Linie Aufmerksamkeit signalisiert, zudem aber auch Nähe zum:r Sprecher:in (2020: 116). Die verwendeten Mittel reichen von Kopfnicken bis hin zu Gesten und verbalen Äußerungen wie *mhm*. Je nachdem, wie im- oder explizit die Rückkopplung geäußert wird und inwiefern andere Aspekte wie Blickverhalten und Körperhaltung damit zusammenspielen, wird laut Lee eine geringe oder hohe Nähe zum:r Sprecher:in demonstriert. Dabei ist schon die Sitzkonstellation ausschlaggebend: Wenn ein:e Dolmetscher:in bei ko-präsenten Dolmetschsituationen sich z.B. hinter eine der Gesprächspartei setzte, zeigt das geringe Nähe (Lee 2020: 117). Gleichzeitig kann jene geringe Nähe zur einen Gesprächspartei im Umkehrschluss große Nähe zur anderen bedeuten oder zumindest als solche verstanden werden. Das wiederum kann eine nicht zu unterschätzende Auswirkung auf die wahrgenommene Unparteilichkeit des:der Dolmetscherin haben und demnach auch das entgegengebrachte Vertrauen beeinflussen (Lee 2020: 117).

Beim Videodolmetschen ist es durchaus möglich, dass die Videodolmetscherin nicht alle primären Gesprächsparteien gleichermaßen sieht. Dies kann ihr Vermögen, sich gleichmäßig und angemessen auf alle Beteiligten einzustellen, stark beeinträchtigen, was unbeabsichtigte Auswirkungen auf die Situation nach sich ziehen kann. Darüber hinaus ist die Videodolmetscherin möglicherweise nicht in der Lage, verdeckte Rückkopplungssignale zu verwenden, die den Gesprächsfluss weniger unterbrechen würden (Lee 2020: 121).

Rückkopplungsverhalten signalisiert der Gesprächspartnerin also kurz gesagt das Zuhören (Henne & Rehbock 1995; Duncan 1974). Dies ist sowohl bei dyadischen als auch bei gedolmetschten Gesprächen der Fall (Wadensjö 1998). Dabei können die Dolmetscher:innen dieses Rückkopplungsverhalten strategisch einsetzen, um aktives Verständnis zu signalisieren und gleichzeitig die Gesprächsführung zu beeinflussen (Gavioli 2012). Das Videodolmetschsetting, bei dem die Sicht auf die jeweiligen Gesprächsparteien mitunter ungleich ist, erschwert den Einsatz von Rückkopplung möglicherweise (Lee 2020).

#### 4.4. Gestik

Wenn eine Person spricht, bewegt sie ihren Körper: den Mund, den Kiefer, aber auch Augen und Augenbrauen. Oft bewegen sich zudem Hände und Arme in einer bestimmten Art und Weise mit; diese Arm- und Handbewegungen nennt man nach dem Anthropologen Kendon *gesticulation* (2011). All diese Bewegungen können mitunter Informationen vermitteln und werden als Teil der Aussage angesehen: „These movements may become complex and extensive and they are generally recognized as being intimately linked to the activity of speaking and are often regarded as part of the speaker's total expression” (Kendon 2011: 207).

Die Erforschung der Gestik – insbesondere in medizinischer Interaktion – nahm im letzten Jahrzehnt rasant zu. Die norwegischen Mediziner:innen Gerwing und Dalby analysieren etwa die Gestik von Allgemeinärzt:innen und inwiefern sie die verbale Kommunikation unterstützt. Der Untersuchungsrahmen umfasst acht medizinische Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, die allesamt per Video aufgezeichnet wurden (2014: 308). Diese Daten stammen aus einer größer angelegten Datensammlung zur Untersuchung von klinischer Kommunikation, wenn es eine Sprachbarriere zwischen Ärztin und Patientin zu überwinden gilt. Allerdings fokussiert diese Teilstudie nicht den Aspekt des Dolmetschens, sondern ausschließlich die Gestik der Ärzt:innen. Gerwing und Dalby (2014: 310) unterscheiden folgende Arten von Gesten:

- (1) **semantische Geste:** Diese Geste stellt eine Aktivität nach, z. B. die Ärztin rotiert die Schultern, um der Patientin verstehen zu geben, dass sie ihre Schultern dehnen soll. Semantische Gesten sind entweder konkret – sie beziehen sich auf ein konkretes Objekt oder eine Aktivität – oder abstrakt, beziehen sich also auf ein abstraktes Konzept oder eine Idee.
- (2) **Geste zur Unterstreichung:** Diese Handbewegung zeichnet sich durch mehr oder weniger kontinuierliches Auf- und Abbewegen der Hände aus. Die Geste stellt nicht direkt eine Aktivität nach, sondern betont vielmehr bestimmte Wörter oder Aussagen.
- (3) **interaktive Geste:** Diese Handbewegung ist direkt auf das Gegenüber gerichtet, indem z. B. mit Fingern oder Händen auf die Gesprächspartnerin gezeigt wird.

Anhand einer Mikroanalyse der acht aufgezeichneten Gespräche finden Gerwing und Dalby (2014: 313) heraus, dass annähernd die Hälfte aller analysierten Gesten semantische waren. Gesten und verbale Aussagen ergänzen sich dabei; beide Modalitäten vermitteln Informationen mit dem einzigen Unterschied, dass die verbalen Aussagen den Gesten ihre Mehrdeutigkeit nehmen. Mit anderen Worten: Gesten alleine sind mehrdeutig und erst, wenn sie im Kontext

einer verbalen Aussage gelesen werden, erhalten sie ihre eindeutige Bedeutung (Gerwing & Dalby 2014: 313).

Davitti und Pasquandrea (2017) untersuchen Präsenzdolmetschen in Eltern-Lehrer:innen-Gesprächen (siehe auch 4.1). Sie analysieren, wie die Gesprächsparteien multimodale Kommunikationsmittel, wie Blick, Gestik, Körperpositionierung, Proxemik und Objektmanipulation, einsetzen, um Teilhabe am Gespräch zu demonstrieren.

Sie schließen aus ihrer Untersuchung u. a., dass multimodale Mittel auch als solche analysiert werden müssen, nämlich multimodal (Davitti & Pasquandrea 2017: 124): Es sind komplexe Kommunikationsmittel, die nicht getrennt voneinander, sondern gemeinsam analysiert werden sollen, also gemeinsam mit verbalen Äußerungen, Blickverhalten, Proxemik usw. Genauso wird dies auch in der vorliegenden Arbeit gehandhabt werden.

Hansen (2020b: 4) untersucht Videoaufzeichnungen von elf videogedolmetschten Gesprächen in Krankenhäusern. Die Dolmetscher:innen wurden wie im vorliegenden Fall per Video zugeschaltet. Drei Gespräche wurden vom Standort der Dolmetscher:innen aus gefilmt, drei im Krankenhaus aus Sicht der Ärzt:innen und Patient:innen und sieben Gespräche wurden von beiden Standorten zugleich gefilmt. In Hansen (2020b) werden die sieben Gespräche, die an beiden Standorten zugleich gefilmt wurden, analysiert.

Auf diese Weise kann Hansen beobachten, dass bestimmte Gesten der Gesprächsparteien über die Verbindung des Videolinks teilweise nicht bemerkt werden (Hansen 2020b: 17–19). Sie führt ein Beispiel an, in dem die Gesprächsparteien Schwierigkeiten haben, den nächsten Turn zu koordinieren. Der Arzt möchte dem ein Ende setzen, indem er mit einer Handgeste in Richtung der über Video zugeschalteten Dolmetscherin gestikuliert. Da die Hand des Arztes sich jedoch außerhalb des Kameraradius befindet, kann die Dolmetscherin die Handgeste nicht sehen. Nachdem der Arzt sich schließlich darüber bewusst wird, übergibt er der Dolmetscherin verbal den Turn.

Im selben Beispiel bei Hansen (2020b: 19–21) versucht die Dolmetscherin durch eine Handgeste, zur nächsten Gesprächsphase überzuleiten. Die anderen Gesprächsparteien können ihre Hand und folglich auch ihre Geste aufgrund der eingeschränkten Sicht auf die Videodolmetscherin nicht sehen. Nach kurzer Stille ist es wiederum der Arzt, der die Situation gewissermaßen löst: Er fragt „okay?“ in Richtung der Videodolmetscherin, was sie bejaht, und somit wird die nächste Gesprächsphase eingeleitet.

Gesprächsparteien greifen also auf verbale sowie auf nonverbale Mittel zurück. Vranjes und Brône (2021) sehen beide als Teil einer holistischen Sicht auf Interaktionen: verbale und

nonverbale Mittel komplementieren sich zu einer gemeinsam zu verstehenden Information. Dazu gehören Rede sowie Gesichtsausdruck, Gestik, Kopf- und Rumpfbewegung, Blick, die Manipulation von Objekten, Berührungen, usw. (Vranjes & Brône 2021: 86). Diese holistische Analyse von Kommunikation wird häufig unter dem Begriff Multimodalität zusammengefasst (Vranjes & Brône 2021; Mondada 2019; siehe auch 5.4.3).

Vranjes und Brône (2021: 86) untersuchen Daten aus zwölf vor Ort gedolmetschten Treffen zwischen Russisch sprechenden Studierenden und Niederländisch sprechenden Universitätsangestellten an den Universitäten Leuven und Ghent. Diese Treffen wurden per Video aufgezeichnet und multimodal analysiert. Vranjes und Brône (2021: 87–93) heben hervor, dass die Dolmetscherinnen mehrmals Handgesten benutzen, um klarzustellen, von wem die gedolmetschte Aussage stammt. In zwei Fällen zeigt die Dolmetscherin am Ende ihrer Wiedergabe mit beiden Händen in Richtung der Studentin mit den Worten „says Natasha“ (Vranjes & Brône 2021: 87–88). In einem weiteren Fall nutzt die Dolmetscherin ebenso eine zeigende Handgeste, ohne diese jedoch verbal hervorzuheben: Während sie die Aussage der Universitätsangestellten wiedergibt, zeigt sie mit Blick auf die Studentin auf erstere, wie um zu vermitteln, dass das nicht ihre Aussage ist, sondern die der Universitätsangestellten (Vranjes & Brône 2021: 92–93). Die Analyse von Vranjes und Brône (2021) zeigt, dass die Nutzung von Gesten die Gesprächsparteien dabei unterstützen kann, Aussagen zu verdeutlichen. Somit kann Missverständnissen vorgebeugt werden, ohne verbale Mittel nutzen zu müssen.

#### **4.5. Zwischenfazit**

Es gibt einige Literatur, die den Aspekt der Gesten in konsekutiv gedolmetschten Gesprächen behandelt: Licoppe und Veyrier (2017), Davitti und Pasquandrea (2017), Vranjes und Brône (2021) bei vor Ort gedolmetschten Gesprächen, Hansen (2020b) beim Videodolmetschen, usw. In der vorliegenden Analyse soll ein Teil zur Erforschung der Gestik beim Videodolmetschen beigetragen werden.

Alle oben beschriebenen Aspekte können nicht unabhängig voneinander analysiert werden. Die Position bzw. die Existenz des Bildschirms beim Videodolmetschen bedingt die Sitzordnung, die Sitzordnung bedingt das Blickverhalten, das Blickverhalten korreliert mit dem Rückkopplungserhalten, die Gestik beeinflusst die Organisation des Sprecher:innenwechsels, usw. Die Analyse muss also jedenfalls multimodal unternommen werden, so wie das in den neueren diskutierten Studien der Fall ist (Davitti & Pasquandrea 2017; de Boe 2020; Pöchhacker 2020; Hansen 2020a; Vranjes & Bot 2021).

Mit den Zwiegesprächen soll an dieser Stelle ein weiterer Aspekt thematisiert werden: In Dialogdolmetschsituationen kommt es vor, dass Zwiegespräche zwischen der Dolmetscherin und einer der beiden primären Gesprächsparteien entstehen. Zwiegespräche und v. a. der professionelle Umgang damit spielen eine bedeutende Rolle in der Praxis des Dialogdolmetschens, fanden bisher jedoch wenig Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Forschung. Beim Videodolmetschen kommt hier technikbedingt noch eine weitere zu untersuchende Komplexitätsebene hinzu.

Im Interview des Arztes von *neunerhaus* (Amesberger & Klammer 2018) gibt der befragte Arzt an, dass es nicht selten vorkommt, dass die Patientin mit der Videodolmetscherin ein kurzes Zwiegespräch führt. Dies kann nach Meinung des Arztes der Fall sein, wenn die Patientin sich sehr freut, ihre Muttersprache sprechen zu dürfen, v. a. bei Sprachen, wo es in Österreich keine große Community gibt und die Menschen daher nicht oft die Möglichkeit haben, ihre Muttersprache zu sprechen: „Also manche beginnen dann wirklich ihre ganze Lebensgeschichte auszubreiten und mit dem Dolmetscher oder mit der Dolmetscherin in ein, in ein Zwiegespräch zu gehen und über die Herkunftsländer und die Dörfer und die Familien zu reden“ (Amesberger & Klammer 2018: 42). Ausschweifende Zwiegespräche sind selbstverständlich auch eine Kostenfrage. Ein Videodolmetschservice wird in der Regel per Minute bezahlt und es liegt im Interesse des Kostenträgers, die Gespräche auf das Wesentliche fokussiert zu halten. Im Analysekapitel wird zwei solche Zwiegespräche unter die Lupe genommen, insbesondere unter Berücksichtigung des Umgangs der Videodolmetscherin damit.

„*There is no way in which language can be context-less*”

Blommaert & Jie (2010: 7)

## 5. Methode

Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wurde im Oktober 2019 ein videogedolmetschtes Gespräch zwischen einem deutschsprachigen Arzt und einem bulgarischsprachigen Patienten videoaufgezeichnet. Das Gespräch fand im Gesundheitszentrum *neunerhaus* statt, die Autorin der vorliegenden Arbeit war während des ganzen Gesprächs anwesend. Anschließend wurde die Audioaufnahme des Gesprächs mittels *Dragon Naturally Speaking* und die Videoaufnahme mittels ELAN transkribiert und gesprächsanalytisch, ethnografisch, multimodal analysiert. In diesem Kapitel werden der Untersuchungsrahmen präsentiert, der Vorgang der Datengewinnung detailliert beschrieben und die Methodenwahl ausführlich begründet.

### 5.1. Untersuchungsrahmen: Gesundheitszentrum *neunerhaus*

*neunerhaus* ist eine Wiener soziale Organisation, die wohnungs- und obdachlose Menschen in vielfältiger Weise unterstützt. Gegründet wurde *neunerhaus* 1999 im neunten Wiener Gemeindebezirk als „Wohnprojekt für obdach- und wohnungslose Menschen“ (*neunerhaus* 2022a). Die Organisation bietet Wohnlösungen durch die Schwesterorganisation *neunerimmo*, Beratung durch Sozialarbeiter:innen, Essen im *neunerhaus Café*, medizinische Versorgung für Mensch und Tier und viele weitere Leistungen an (*neunerhaus* 2022a). Heute bietet *neunerhaus* ein Gesundheitszentrum in der Margaretenstraße, das eine Allgemein-, Zahn- und Tierarztpraxis umfasst (*neunerhaus* 2022b). Zusätzlich gibt es noch mobile Ärztinnen und Ärzte, Gruppentherapieangebote und vor Kurzem wurde eine fachärztliche Gruppenpraxis im zehnten Wiener Gemeindebezirk eröffnet, wo man Versorgung in den Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe, Innere Medizin, Orthopädie, Schmerzmedizin, Urologie, Augenheilkunde, Chirurgie sowie Physio- und Ergotherapie findet (*neunerhaus* 2022b).

Für all diese Angebote bei *neunerhaus* ist es nicht notwendig, sozialversichert zu sein. Nicht versicherte, obdach- und wohnungslose Menschen können hier in diesem Sinne niederschwellig gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen (*neunerhaus* 2022b).



*Abbildung 5 Videodolmetschen im neunerhaus Gesundheitszentrum (ORF 2019)*

Seit 2014 nimmt das Gesundheitszentrum *neunerhaus* Leistungen der SAVD Videodolmetschen in Anspruch (SAVD 2022d). Nach dem Pilotprojekt wurde die SAVD Videodolmetschen GmbH mit Sitz in Wien im Juni 2014 gegründet (SAVD 2022a; Kletečka-Pulker & Parrag 2015; Havelka 2018). In der Pilotphase wurde das Videodolmetschen ausschließlich im Gesundheitsbereich genutzt; ein Jahr nach der Unternehmensgründung wurde auf andere Branchen ausgeweitet (SAVD 2022a). Heute werden Video- und Telefondolmetschungen neben dem Gesundheitsbereich auch für öffentliche Einrichtungen (Gemeindeämter, Arbeitsmarktservice, Polizei, Sozial- und Pensionsversicherungen sowie im Asylbereich) und für soziale, nicht-profitorientierte Organisationen angeboten (SAVD 2022b). Der Homepage zufolge ist SAVD mittlerweile Marktführer im Bereich Audio- und Videodolmetschen in Österreich und Deutschland (SAVD 2022a). Nach Eigenangabe der SAVD laufen zudem Projekte in der Schweiz und seit März 2020 auch an zwei österreichischen Gerichten (SAVD 2022a).

Die SAVD Videodolmetschen GmbH bietet Audiodolmetsch- und Videodolmetschdienste in mehr als 50 Sprachen an (SAVD 2022b). Dabei ist es möglich, die Dolmetschungen im Vorhinein terminlich zu vereinbaren oder direkt über die Plattform anzurufen. SAVD gibt an, dass die „aktuell relevantesten Sprachen“ innerhalb von maximal 120 Sekunden verfügbar sind (SAVD 2022b). Zudem sind die Dolmetschdienstleistungen für alle Endgeräte verfügbar – Computer, Laptops und mobile Geräte wie Tablets oder Smartphones (SAVD 2022a). Die Testphase ergab, dass eine stabile WLAN-Verbindung essenziell ist (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 21). Die meisten Dolmetscher:innen bei SAVD haben eine universitäre,

translationswissenschaftliche Ausbildung oder sind gerichtlich beeidigt, da dies ein Zugangskriterium bei der Bewerbung darstellt (SAVD 2022c).

*SAVD Videodolmetschen* bietet ihren Nutzer:innen eine technische Einführung an, jedoch keine translatorische: Es wird demnach erklärt, welche technischen Voraussetzungen man erfüllen muss (z. B. welche Internetgeschwindigkeit jedenfalls notwendig ist), jedoch nicht, was man als Nutzer:in tun kann, um die Dolmetschung zu optimieren (z. B., dass alle Gesprächsteilnehmer:innen im Bild zu sehen sein sollten, dass man langsam und deutlich sprechen sollte usw.) Das Gesundheitszentrum nutzt zur Nutzung der Videodolmetschleistungen nach eigenen Angaben stationär eine LAN-Verbindung und einen PC, am Empfang oder im *neunerhaus Café* nutzen die Mitarbeiter:innen mitunter die WLAN-Verbindung und einen Laptop (Amesberger & Klammer 2018). Laut einem Bericht des ORF (2019) kam Videodolmetschen im Jahr 2018 rund 1000 Mal in der Ordination zum Einsatz. Das ist ein Fünftel aller Patient:innengespräche. Die Patient:innen kommen aus fast 70 Ländern und es wird in und aus rund 45 Sprachen gedolmetscht. Die Videodolmetschgespräche dauern meist 15 bis 20 Minuten, die erste Viertelstunde wird pauschal verrechnet, ab dann pro Minute (ORF 2019).

## 5.2. Datengewinnung

### 5.2.1. Vorbereitung: Feldzugang

Im Jahr 2016 führten Lena Amesberger und ich im Rahmen des universitären translationswissenschaftlichen Seminars *Theorien und Methoden: Dolmetschen* ein Experteninterview mit dem Arzt und Leiter des Gesundheitszentrum *neunerhaus* durch (Amesberger & Klammer 2016). Der befragte Arzt hatte großes Interesse an der wissenschaftlichen Erforschung des Videodolmetschens bei *neunerhaus* in einem größeren Ausmaß und daraus entstand das vorliegende Forschungsprojekt.

Im September 2019 wurden Vorgespräche zur Planung des Forschungsprojektes durchgeführt. Ich traf mich mit der medizinischen und der organisatorischen Leitung des Gesundheitszentrums, um die Rahmenbedingungen zu vereinbaren. Ein großes Anliegen beiderseits war der strenge Schutz der persönlichen Patient:innen-Daten. Aus diesem Grund einigte man sich in jenem Vorgespräch darauf, dass das Gesicht der Patient:innen nicht gefilmt wird. Ich wies die im Vorhinein vorbereitete Datenschutzmitteilung sowie die Verschwiegenheits- und

Einverständniserklärung vor (nach der Vorlage des Studienpräses der Universität Wien 2018, siehe Anhang) und die Leitung stimmte zu.

Das ursprüngliche Forschungsvorhaben sah vor, dass ich in der Ordination hospitiere und spontan benötigte Dolmetschungen aufzeichne. Der Arzt wäre zwar grundsätzlich damit einverstanden gewesen und seines Ermessens nach wohl auch die Patient:innen, aber er war auch der Meinung, dass die Dolmetscher:innen einer solchen spontanen Videoaufzeichnung aus Datenschutzgründen eher nicht zugestimmt hätten.

Auf Anraten der Verantwortlichen des Gesundheitszentrums und aufgrund der Praktikabilität wurden demnach Termindolmetschungen – und nicht spontane Dolmetschungen – als Untersuchungsgegenstand gewählt. Im Gesundheitszentrum gibt es Wochen im Vorhinein geplante Dolmetschgespräche, sogenannte Termindolmetschungen. Die beiden nächsten Termindolmetschungen wurden als Untersuchungsgegenstände herangezogen. Diese beiden Gespräche fanden zufällig direkt aufeinanderfolgend statt.

Die Leitung des Gesundheitszentrums bot sich an, im Vorhinein bei *SAVD Video-dolmetschen* das Einverständnis der beiden zuständigen Dolmetscherinnen einzuholen. Die Datenschutzmitteilung, die Verschwiegenheits- und die Einverständniserklärung (siehe Anhang) wurde den Dolmetscherinnen auf ebendiesem Wege übermittelt. Der Arzt stimmte nach Einsicht der Datenschutzmitteilung und der Verschwiegenheitserklärung ebenfalls zu. Der Patient und die Patientin wurden aufgrund der sprachlichen Barriere vor Ort und mithilfe einer Dolmetschung um ihr Einverständnis gefragt.

Im Oktober 2019 fand der festgesetzte Termin statt. Bei der ersten Termindolmetschung funktionierte alles wie geplant: Die Dolmetscherin hatte ihr Einverständnis bereits über E-Mail bekannt gegeben und der Patient wurde von einer bulgarischsprachigen Sozialarbeiterin über die Videoaufzeichnung aufgeklärt und gab sich ebenfalls einverstanden. Bei der zweiten Termindolmetschung hingegen konnte der Arzt die Dolmetscherin, deren Einwilligung vorab eingeholt wurde, nicht erreichen. Nach einigen erfolglosen Versuchen wurde dann eine andere, gerade verfügbare Dolmetscherin herangezogen. Da diese ihre Zustimmung für die Videoaufzeichnung nicht gab, liegt vom zweiten Gespräch keine Videoaufzeichnung vor. In der vorliegenden Arbeit wird demnach nur ein Gespräch analysiert.

### **5.2.2. Durchführung**

Die aufgezeichnete Termindolmetschung fand am 9. Oktober 2019 im Gesundheitszentrum *neunerhaus* statt. Bevor der Patient in den Ordinationsraum geführt wurde, wurde alles für die

Videoaufzeichnung vorbereitet. Die Kamera, eine Canon EOS 600S, wurde aufgestellt und auf einem Stativ fixiert. Sie wurde so ausgerichtet, dass der Arzt und der Bildschirm im Fokus waren. Der Arzt bat mich, die Kamera noch etwas nach hinten zu versetzen, damit der Patient genügend Platz hatte. Ich selbst bekam vom Arzt einen Stuhl und setzte mich auf seine Aufforderung hin in die Ecke des Raumes. Dem Arzt wurde ein vorbereitetes Dokument gereicht, das als optionales Briefing für den Patienten dienlich sein sollte (siehe Anhang). Er nutzte es aber nicht und führte das Briefing selbstständig und mündlich durch.

Der Patient wurde von einer Sozialarbeiterin begleitet in den Ordinationsraum geführt. Der Arzt und die Sozialarbeiterin unterhielten sich auf Deutsch. Der Arzt bat die Sozialarbeiterin, die auch Bulgarisch sprechen konnte, dem Patienten zu sagen, warum ich hier war, und sein Einverständnis für die Videoaufzeichnung einzuholen. Nach ihrer Widergabe auf Bulgarisch gab der Patient seine Einwilligung und die Sozialarbeiterin verließ den Raum. Daraufhin schaltete ich die Videokamera an und begann die Videoaufzeichnung. Zeitgleich startete ich auf meinem Mobiltelefon, einem Samsung S4 Mini, eine Audioaufzeichnung. Zudem notierte ich handschriftlich Feldnotizen.

Das Gespräch dauerte zehn Minuten (siehe auch 6.1.4). Nach der Verabschiedung des Patienten durch den Arzt verließ ersterer den Raum. Sowohl die Video- als auch die Audioaufzeichnung wurde gestoppt. Anschließend stellte ich dem Arzt informell ein paar Fragen zum Gespräch, welche der Kontextualisierung dienlich waren (siehe auch Kap. 6).

### **5.2.3. Feldnotizen**

Die handschriftlichen Feldnotizen des Gesprächs wurden zeitnah abgetippt und in sehr geringem Maße detaillierter ausformuliert. Um aber keine falschen Wahrnehmungen aus dem Gedächtnis in das Dokument aufzunehmen, wurden diese Ausformulierungen nur dann vorgenommen, wenn sie der Lesbarkeit dienlich waren.

Außerdem muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Forscherin auf das direkte Mitschreiben auf einem Laptop verzichtete, weil das Tippgeräusch die Untersuchung wohl gestört hätte. Das ist laut Tuma et al. (2013) ein methodisches Problem der Videographie: Schon die alleinige Anwesenheit der Forscherin und ihrer Kamera beeinflussen Dolmetschgespräche, was in der Sozialforschung als Reaktanz bezeichnet und jedenfalls in der Analyse des Datenmaterials berücksichtigt werden muss (Tuma et al. 2013: 13).

### 5.3. Transkription

Für die Auswertung wurde das gesamte Audio- und Videomaterial transkribiert. Die Transkription des Audiomaterials erfolgte mithilfe von *Dragon Naturally Speaking*, einer Spracherkennungssoftware, die vom ZTW zur Verfügung gestellt wird. Ich diktierte das gesamte Audiomaterial (56 Minuten) und die Software verschriftlichte das Gesagte. Während des *Respeakings* wurden gleichzeitig den Sprecher:innenwechsel, die Interpunktion und die Zeitmarkierung eingefügt. Anschließend erfolgte die Nachbearbeitung: Die Transkription wurde überprüft und wenn notwendig korrigiert. Mit dieser Methode konnte der Zeitaufwand, den eine Transkription normalerweise mit sich bringt, erheblich reduziert werden.

Die fremdsprachigen Redebeiträge wurden nicht von mir transkribiert, da ich kein Bulgarisch beherrsche. Die Audioaufnahme wurde an eine professionelle Bulgarisch-Deutsch-Übersetzerin übermittelt, die wiederum alle bulgarischen Sequenzen transkribierte und eine Arbeitsübersetzung auf Deutsch anfertigte. Die Videoaufnahme wurde ihr bewusst vorenthalten, um weiterhin für die Anonymität des Patienten zu sorgen.

Folgendes Zeicheninventar wurde für die Transkription benutzt (nach Wadensjö 1998):

*Tabelle 5 Transkriptionsregeln (nach Wadensjö 1998)*

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| DOC     | Arzt                           |
| PAT     | Patient                        |
| INT     | Dolmetscherin                  |
| OBS     | Beobachterin                   |
| (( ))   | nonverbale Mittel              |
| (xxx)   | nicht hörbar                   |
| ähm, äh | Häsitationslaut                |
| :       | lange Betonung auf einem Vokal |
| /       | Unterbrechung                  |
| ◀       | Blickrichtung                  |
| ***     | Namen anonymisiert             |

Nachdem der Transkription des Audiomaterials wurde das Videomaterial mittels Annotationssoftware ELAN transkribiert (Hellwig & Van Uytvanck 2021). Diese Software erlaubt es, das Videomaterial korrelierend mit dem verschriftlichen Audio zu sichten. Mit dieser Methode können verbale und nonverbale Mittel multimodal – also in direktem Zusammenhang miteinander – analysiert werden. Man kann beliebig viele beschreibende Zeilen hinzufügen und diese je

nach Aktant farblich markieren. Auf diese Weise fügte ich das Blickverhalten, die Körperzuwendung und die Gestik des Arztes hinzu. Dies erlaubte mir, eine quantitative Analyse dieser anzulegen (siehe auch 6.2.1).

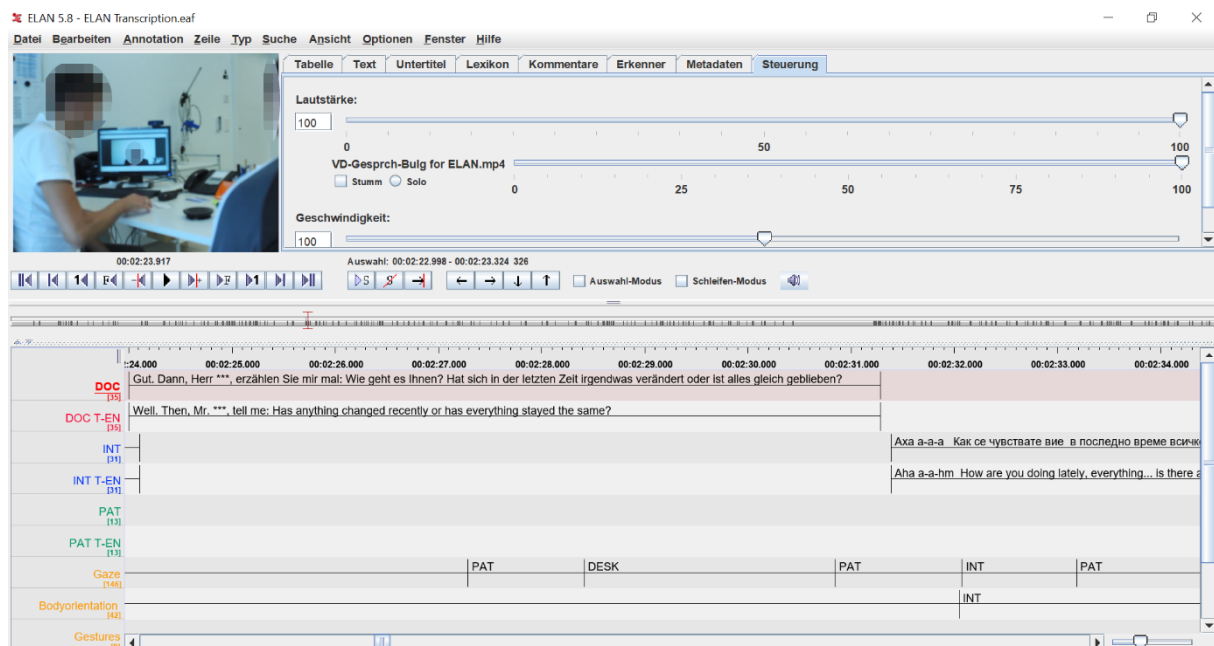


Abbildung 6 Videotranskription mittels ELAN

Anhand Abbildung 6 ist erkenntlich, dass ich für den Arzt die Farbe rot benutze, für die Dolmetscherin blau, der Patient bekam grün zugeordnet und die nonverbalen Mittel markierte ich gelb. Ebenfalls ist sichtbar, dass ich für die verbalen Äußerungen je Aktant zwei Zeilen benutze, weil für den zuvor verfassten wissenschaftlichen Artikel eine englische Hilfsübersetzung angefertigt wurde (Klammer & Pöchhacker 2021).

ELAN erlaubt es also, sowohl verbale als auch nonverbale Mittel zu transkribieren und multimodal zu analysieren. Sobald alle Daten eingegeben sind, besteht die Möglichkeit, sie auf verschiedenste Weise passgenau zu extrahieren und zu analysieren. Dies ist für die vorliegende Arbeit von Vorteil, weil dadurch viele Kommunikationsmittel simultan und in Kombination untersucht werden können.

## 5.4. Videoanalyse

Kern der vorliegenden Arbeit ist die multimodale Analyse eines videogedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächs. Da es bis dato kein einheitliches Modell zur Analyse von audiovisuell aufgezeichneten Videodolmetschgesprächen gibt, handelt es sich in der vorliegenden Arbeit um eine Kombination aus Gesprächs-, ethnografischer und multimodaler Analyse. Zunächst

wird auf die Methode der Videoanalyse allgemein eingegangen, hauptsächlich in Bezug auf René Tuma, Bernt Schnettler und Hubert Knoblauch (2013). Anschließend wird auf Grundlagen der Gesprächsanalyse zurückgegriffen. Helmut Henne und Helmut Rehbock (1995), zwei deutsche Linguisten, und Cecilia Wadensjö (1998), schwedische Dolmetschwissenschaftlerin und Pionierin der Gesprächsanalyse von gedolmetschten Interaktionen. Darauf folgt ein Abschnitt über ethnografische Analyse, die notwendig für die Analyse des Kontextes ist. Daraufhin wird die multimodale Analyse vorgestellt, deren Definitionsschwierigkeiten und es wird begründet, warum sie dennoch für die vorliegende Arbeit ideal ist. Zu Wort kommen in diesem Abschnitt hauptsächlich die italienische Dolmetschwissenschaftlerin Elena Davitti (2019), Sergio Pasquandrea (Davitti & Pasquandrea 2017), ein auf Interaktionsanalyse spezialisierter Literaturwissenschaftler, und Lorenza Mondada (2013), eine Schweizer Linguistin der Universität Basel. Schlussendlich werden die Erkenntnisse aus Gesprächs-, ethnografischer und multimodaler Analyse zusammengeführt und damit die Methode der vorliegenden Arbeit begründet.

Die Basis der Analyse in der vorliegenden Arbeit bildet eine audiovisuelle Aufzeichnung eines Videodolmetschgesprächs. Der Grund für die audiovisuelle Aufzeichnung ist einerseits, dass bisher kaum audiovisuelle Aufnahmen von Videodolmetschgesprächen analysiert wurden (Havelka 2018: 12; Braun & Taylor 2012: 45). Die Forschungsarbeit von Hansen (2020a) stellt hier eine bedeutende Ausnahme dar. Andererseits stellen audiovisuelle Daten eine „Fülle von Wahrnehmungsaspekten“ dar (Tuma et al. 2013: 31). Tuma, Schnettler und Knoblauch (2013), drei deutsche Soziologen der TU Berlin und der Universität Bayreuth, befassen sich eingehend mit Video als Datenquellen in der Qualitativen Sozialforschung. Zu den Vorzügen von Video als Datenquelle zählen sie die Kombination von verbalen und visuellen Eindrücken:

„Neben der Rolle von Sprache, Gestik, Mimik sowie Körperhaltung und -formationen wird mit Videoaufzeichnungen ebenso die Rolle von Accessoires, Bekleidung, Prosodie und Geräuschen sowie Setting und sozialer Ökologie für die Interaktionsanalyse greifbar. Diese Elemente können mit Video in ihrem jeweiligen Zusammenspiel (synchron) wie auch in ihrer zeitlichen Abfolge, also diachron, betrachtet werden.“ (Tuma et al. 2013: 31)

Auf diese Weise können die Daten „innerhalb ihres natürlichen Kontexts“ (Tuma et al. 2013: 31) gesammelt und analysiert werden. Dies bietet eine „weitaus unverstellteren Blick“ (Tuma et al. 2013: 31) als die Methode der Befragung, Beobachtung, usw. Zudem zeichnen

sich Videodaten durch ihre Permanenz aus: erstens, weil die Daten im Gegensatz zur Beobachtung technisch gesehen permanent aufgezeichnet sind und zweitens, weil sie einen dauerhaften, also permanenten Zugang bieten (Tuma et al. 2013: 33). Man kann das Material wieder und wieder sichten, es verlangsamen, vorspulen, die Lautstärke regulieren, u.v.m. Die technischen Gegebenheiten bieten in diesem Sinne eine Fülle an Analysemöglichkeiten.

Nach Tuma et al. (2013: 44–46) ist die vorliegende Analyse interpretativer Natur. Beim interpretativen Ansatz geht es darum, den „Sinn der Handlungen zu verstehen und anschließend zu erklären“ (Tuma et al. 2013: 45). Die Analysekategorien stehen nicht von vornherein fest, sondern entwickeln sich induktiv aus dem Material heraus (Tuma et al. 2013: 46). Dies steht im Gegensatz zu der standardisierten Analyse – eine Methode die häufig in der Psychologie Anwendung findet: Hierbei werden die Analysekategorien aufgrund theoretischer Annahmen vor der Datenerhebung festgelegt und danach deduktiv auf das Material angewandt (Tuma et al. 2013: 44).

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich nach der Definition von Tuma, Schnettler und Knoblauch (2013: 53–59) außerdem um konversationsanalytische Videoanalyse. Als Vorbilder der Konversationsanalyse seien hier Harvey Sacks (1974) und Erving Goffman (1974, 1994) der Universität Berkeley in California zu nennen. Wichtig sei, dass die Untersuchungsgegenstände natürlich – im Gegensatz zu künstlich – aufgenommene Daten sind. Es geht schließlich um die Analyse „alltäglicher Gesprächszusammenhänge“ (Tuma et al. 2013: 55). Zudem zeichnet sich die konversationsanalytische Videoanalyse durch ihren hohen Grad an Detailliertheit aus (Tuma et al. 2013: 55). Es soll auf alle noch so nichtig scheinenden Details geachtet werden mit dem Ziel, eine Ordnung darin zu finden (Tuma et al. 2013: 55–56).

Eine ähnliche Vorbildfunktion für die vorliegende Analyse hat Christian Heath vom Londoner *King's College* inne. Auch er beschäftigt sich gemeinsam mit seinen Kollegen Hindmarsh und Luff mit Videos als Datenquelle für qualitative Forschung (Heath, Hindmarsh & Luff 2011). Bereits frühe Studien von Heath behandelten die Videoanalyse von Arzt-Patienten-Interaktionen (1986). Dabei vertritt auch er den Ansatz, dass bei der Videoanalyse von Interaktionen minutiös auf alle Details geachtet werden muss, da nur so der Gesprächsablauf aus dem Material Schritt für Schritt herausgearbeitet und analysiert werden kann (nach Tuma et al. 2013: 56).

Tuma, Schnettler und Knoblauch (2013) gehen noch einen Schritt weiter und verbinden die Videoanalyse mit Ethnografie. Dies nennen sie (Tuma et al. 2013: 63, Hervorhebungen im

Original) *Videographie*: „Videographie bezeichnet die Verknüpfung von ethnografischer *Feldarbeit* mit Analysen von Videoaufzeichnungen »natürlicher« Interaktionen“. Die ethnografische Feldarbeit ist ihrer Meinung nach entscheidend, weil Interaktionen schließlich immer in einem Kontext stattfinden (Tuma et al. 2013: 63; Blommaert & Jie 2010: 7).

Innerhalb des letzten Jahrzehnts verbreitete sich ein weiterer Ansatz der Videoanalyse, nämlich die multimodale Analyse (Mondada 2013; Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019; Vranjes & Bot 2021; Vranjes & Brône 2021 usw.) Diese Methode soll auch in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung kommen.

#### 5.4.1. Gesprächsanalyse

Will man ein Gespräch analysieren, kommt man selbstverständlich nicht umhin, sich mit der Gesprächsanalyse zu befassen. Die Gesprächsanalyse soll hier als Grundlage für die verbale Analyse des Arzt-Patienten-Gesprächs dienen.

Laut Hansen (2020a: 34) wird in der Gesprächsanalyse systematisch untersucht, wie in alltäglichen Situationen gesprochen wird. Man erhofft sich, durch eine äußerst detaillierte Untersuchung von Gesprächen herauszufinden, wie Gespräche strukturiert sind und wie die Interaktant:innen miteinander kommunizieren (Hutchby & Wooffitt 2008: 12–13). Hierbei können noch so klein scheinende Details eine enorme Aussagekraft in sich bergen (Sacks 1984: 24).

Laut Sacks (1984: 24–25) sollen *alle* Gesprächsphänomene – sowohl die minimal scheinenden als auch die großen – gleichermaßen untersucht werden. Allen soll die gleiche Aufmerksamkeit zukommen, genauso wie die Sprachwissenschaft Verben, Adjektive oder Sätze gleichwertig analysiert. Auf diese Weise kann man herausfinden, woraus sich eine Gesprächstätigkeit („activity“ laut Sacks 1984: 24) zusammensetzt. Dabei muss man auf Beobachtung authentischer, natürlicher Gespräche setzen, statt auf die Analyse hypothetischer Gespräche (Sacks 1984; vgl. auch Tuma et al. 2013). Die detailorientierte Beobachtung authentischer Gespräche dient Sacks (1984: 25) als Grundlage für seine Gesprächstheorien. Dies ist deckungsgleich mit der ethnografischen Analyse, bei der man von der Beobachtung realer Praktiken in der Gesellschaft ausgeht, um auf deren Basis breitere Schlüsse ziehen zu können (Breidenstein et al. 2015).

Henne und Rehbock (1995: 20) unterscheiden die gesprächsanalytischen Kategorien nach drei übergeordneten Ebenen: die Kategorien der Makroebene (die Gesprächsphasen), die Kategorien der mittleren Ebene (z. B. Sprecher:innenwechsel) und die Kategorien der Mikroebene (z. B. lexikalische Elemente). Die vorliegende Analyse wird sich größtenteils auf

die mittlere Ebene beschränken. Analysekategorien der mittleren Ebene sind nach Henne und Rehbock (1995: 20) folgende: Gesprächsschritt, Sprecher:innenwechsel, Rückkopplungsverhalten, Analyse der Gesprächssequenzen, der Sprech- bzw. Hörverstehensakt und das Gliederungssignal. Zum Zwecke der multimodalen Analyse werden die ersteren drei Kategorien der mittleren Ebene der Gesprächsanalyse übernommen.

#### 5.4.2. Ethnografische Analyse

Gespräche geschehen aber nicht im luftleeren Raum, sondern immer in einem Kontext. Für ein holistisches Verständnis der Kommunikation ist es wichtig, das Umfeld, in dem ebenjene stattfindet, ethnografisch zu erfassen (Wadensjö 1998: 96–97). Ebenso ist das hier vorliegende Video nicht in einem Vakuum aufgezeichnet worden: Laut Tuma et al. (2013: 63–65) soll die Videoanalyse mit fokussierter ethnografischer Feldarbeit verknüpft sein. Mit fokussiert meinen sie – im Gegensatz zu konventioneller Ethnografie – folgendes: kurzfristige Feldaufenthalte und audiovisuelles Aufzeichnen von Situationen und ergänzende Feldnotizen, Auswertung in Form von Datensitzungen in Forschungsgruppen, eine auf kommunikative Aktivitäten fokussierte Forschungsfrage mit dem Ziel, Interaktionssituationen zu analysieren und mithilfe von Hintergrundwissen zu interpretieren (Tuma et al. 2013: 64).

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Analyse des Videomaterials oder viel mehr auf dessen ausführlicher und detailorientierter Beschreibung. Nach Breidenstein et al. (2015) ist das *Be-schreiben* allein schon eine gewinnbringende Methode der *Ethno-grafie*:

Die besondere Bedeutung des Schreibens in der Ethnografie liegt jedoch darin, dass im schreibenden Beobachten zugleich eine sprachliche Erschließung von Phänomenen stattfindet, die noch gar nicht in sprachlicher Form vorliegen, sondern erst durch die Beschreibungen zur Sprache gebracht werden. Durch die Verschriftlichung des Ethnografen wird die vielschichtige soziale Welt nicht nur in eine zweidimensionale Form – die Schrift – übersetzt, sondern erst in Sprache überführt, das heißt benannt und bezeichnet. (Breidenstein et al. 2015: 35)

Ethnografie geht demnach also viel weiter als Gesprächsanalyse. Sie untersucht nicht nur das Gesagte, sondern auch den Kontext.

Man kann nun argumentieren, dass erst durch das detailorientierte Beschreiben von Daten und die Einbettung in einen theoretischen Rahmen Rückschlüsse auf eine größere Kategorie gezogen werden können. Dass man vom Einzelfall auf das Allgemeine schließen kann, weil man konstatiert, dass das Einzelne ein Beispiel für das Allgemeine ist. Diese Position kommt aus der anthropologischen Richtung der Ethnografie (Walford 2007: 164) und ist stark umstritten. Während Blommaert und Jie (2010: 12) die Position vertreten, dass Ethnografie generalisieren darf, ja, es sogar ihre Aufgabe sei, nimmt Walford (2007) eine Gegenposition ein. Wenn

man von einem Fall auf einen anderen Fall schließen möchte, muss man genauso viel über den zweiten Fall wissen wie über den ersten, so Walford (2007: 159). Die Argumentation, dass logisches Schlussfolgern statistische Daten ersetzen kann, hält laut Walford (2007: 159) nicht stand. Das Problem besteht meist darin, dass man kaum beweisen kann, dass der vorliegende Fall „typisch“ für eine größere Kategorie ist, denn dafür muss man definieren können, welche Merkmale diese größere Kategorie aufweist (Walford 2007: 160). Kurz gesagt: Man kann die Daten eines einzelnen Falls nicht generalisieren (Walford 2007: 159).

Dass man von einem Einzelfall ausgehend nicht generalisieren darf, muss aber nicht als Schwäche der Ethnografie gesehen werden (Walford 2007: 164). In der Tat können solche Fallstudien große Beiträge leisten: Sie informieren und lassen die Leser:innenschaft in ein Setting eintauchen, zu dem man in der Regel keinen Zugang hat (Walford 2007: 159). Man kann daraus vielleicht keine Rückschlüsse auf das große Ganze ziehen, sehr wohl aber über die Vielfältigkeit menschlicher Interaktion informieren bzw. informiert werden (Walford 2007: 164).

Angesichts dieser berechtigten Kritik an theoriebasierter Generalisierung eines Einzelfalls werden in der vorliegenden Masterarbeit keine Rückschlüsse auf andere Fälle geschlossen. Der untersuchte Fall ist ein Einzelfall, der mittels multimodaler Analyse über das Videodolmetschen und den Umgang damit informiert.

### **5.4.3. Multimodale Analyse**

In der dolmetschwissenschaftlichen Literatur ist im letzten Jahrzehnt immer häufiger von multimodaler Analyse die Rede (Krystallidou 2014, 2016; Licoppe 2017; Brône et al. 2017; Davitti & Pasquandrea 2017; de Boe 2020; Hansen 2020a; Licoppe & Veyrier 2020; Vranjes & Bot 2021; Vranjes & Brône 2021). Dabei ist Multimodalität keine Erfindung der Dolmetschwissenschaft (Davitti & Pasquandrea 2017: 108): Das Konzept kommt ursprünglich aus der Sprachwissenschaft, u. a. aus der Gesprächsanalyse, der Kritischen Diskursanalyse und der Semiotik. Diese und weitere Disziplinen untersuchen Interaktion und Kommunikation aus multimodaler Sicht.

Eine einheitliche Definition bzw. ein einheitliches Analysemodell liegen noch nicht vor (Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019). Jewitt et al. (2016: 1) sehen diesen Mangel an einheitlichen Richtlinien als potenziell problematisch an: „it is very difficult and potentially problematic to talk about multimodality without making explicit one’s theoretical and methodological stance“. Die Modellbildung ist ähnlich wie die Bezeichnung von Videodolmetschen eine kontinuierliche und noch nicht abgeschlossen (Jewitt 2014: 450).

Eine mögliche Definition der Multimodalität stammt von Lorenza Mondada (2019: 47): „the diversity of resources that participants mobilize to produce and understand social interaction as publicly intelligible actions, including language, gesture, gaze, body postures, movements, and embodied manipulations of objects”. Multimodalität beschreibt demnach die Vielfalt an kommunikativen Mitteln, die Gesprächsparteien nutzen, um miteinander zu interagieren. Diese Mittel umfassen Sprache ebenso wie Gestik, Blickverhalten, Körperhaltung, Bewegungen und Objektmanipulation. Dies bestätigen auch Vranjes und Brône (2021: 86) und halten fest, dass es bei Multimodalität darum geht, mit welchen Mitteln die Gesprächsparteien einen kommunikativen Austausch ko-konstruieren.

Davitti und Pasquandrea vertreten den Ansatz der Multimodalen Gesprächsanalyse (2017: 108): Die traditionelle Gesprächsanalyse wird erweitert durch die nonverbalen Kommunikationsmittel, die in Interaktionen genutzt werden. Die Methode soll *bottom-up*, also induktiv, angewandt werden: “empirical approach to the observation of data, with a view to collecting and comparing instances of naturally-occurring interaction and identifying recurrent patterns of social practices” (Davitti & Pasquandrea 2017: 108). An die Materie soll empirisch herangegangen werden, man sammelt und vergleicht Momentaufnahmen authentischer Interaktion und versucht wiederkehrende Muster sozialer Praktiken zu erkennen.

Das Konzept der Multimodalität steht zudem im Konflikt mit der konventionellen Sprachwissenschaft: Teilte man bisher Kommunikationsmittel in verbal und nonverbal, ist die Multimodalität allumschließend. Kendon nimmt hier eine Vorreiterrolle ein und vertritt bereits vor 50 Jahren den Ansatz, dass es keinen Sinn ergibt, Kommunikation in verbale oder nonverbale Mittel zu unterteilen (1972: 443). Das bestätigt Mondada (2014: 138) und argumentiert: Die negative Partikel *non* impliziert, dass es nichts mit dem Verbalen zu tun hat – ebenso bei den deutschen Ausdrücken sprachlich und außersprachlich, die suggerieren, dass Kommunikationsmittel wie Gesten außerhalb der Sprache wären, also nichts mit Sprache zu tun hätten. Es geht aber vielmehr darum, beide Arten von Kommunikation als in- und miteinander verschränkt anzusehen (Mondada 2014: 138). Alle Kommunikationsmittel sollten in einem holistischen Gesamtkonzept als gleichwertig betrachtet werden: Man behandelt „linguistic and embodied resources in principle in the same way, without prioritizing a priori one type of resource over other ones“ (Mondada 2014: 139).

Davitti (2019) fordert eine multimodale Wende in der Dialogdolmetschforschung. Nach gründlicher Sichtung dialogdolmetschwissenschaftlicher Literatur stellt sie den Versuch an, Prinzipien der multimodalen Analyse zusammenzufassen (2019: 12–13):

- (1) Multimodale Forschung muss *alle* semiotischen Mittel in die Analyse miteinbeziehen. Die sprachlichen Mittel dürfen nicht alleinig im Vordergrund stehen, sondern sollen im Zusammenspiel mit den anderen Mitteln untersucht werden. Daher sollte man auch von der Dichotomie *verbal* und *nonverbal* Abstand nehmen. Davitti schlägt hier nach dem Vorbild des australischen Linguisten Nick Enfield (2005) die folgenden Bezeichnungen vor: „vocal-aural“ für die sprachlichen und prosodischen Mittel und „visuo-spatial“ für Gesten, Blickverhalten und räumliche Anordnung, wie etwa Sitzordnung oder Objektmanipulation (Davitti 2019: 12)
- (2) In der Dialogdolmetschforschung muss allgemein anerkannt werden, dass nonverbale Mittel ebenso zur Interaktion beitragen wie verbale. Bisher werden nonverbale Mittel in der Dialogdolmetschwissenschaft oft übersehen (Davitti 2019: 12).
- (3) Wenn man nun alle semiotischen Mittel gemeinsam betrachtet, muss in der multimodalen Analyse ebenso untersucht werden, wie diese zusammenspielen. Ein nützliches Instrument ist hierfür das Konzept der Zeitlichkeit: Es ist ein Unterschied, ob die Kommunikationsmittel simultan oder sequentiell genutzt werden (Davitti 2019: 13).
- (4) Der Fokus soll in der multimodalen Analyse auf alle Gesprächsparteien gleichermaßen gerichtet werden und das während des Sprechens genauso wie während des Zuhörens. Denn, wie Lee (2017: 672) argumentiert, ko-konstruieren Sprecherin und ZuhörerIn gemeinsam die Interaktion.

Davitti (2019: 22) schließt daraus, dass Interaktionen umfassend und holistisch betrachtet werden müssen. Das Ziel ist dabei nicht, Muster zu erkennen und Generalisierungen abzuleiten, sondern detailliertes Wissen über die Dynamiken und die Variabilität gedolmetschter Gespräche zu erlangen (Davitti 2019: 22), was sich wiederum im Grundprinzip mit Walford (2007) deckt.

In Summe lässt sich festhalten, dass zwar kein einheitliches Analysemodell für Multimodalität in der Kommunikation vorliegt (Jewitt 2014; Jewitt et al. 2016; Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019), es aber breiten Konsens über einige Grundprinzipien gibt: Multimodalität erkennt die Vielfalt menschlicher Kommunikation an und strebt eine gleichwertige Analyse aller kommunikativen Mittel an (Davitti 2019; Mondada 2019; Vranjes & Brône 2021). Interaktion soll holistisch betrachtet werden, wobei ein besonderes Augenmerk darauf gelegt wird, wie die vielfältigen kommunikativen Mittel zusammenspielen (Mondada 2014; Davitti

2019). Umstritten bleibt, ob man es bei einer detaillierten Beschreibung von Einzelfällen belassen sollte oder generalisieren darf (Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019; Walford 2007).

Es existiert also kein allgemeingültiges Analysemodell für die vorliegende Videoanalyse. Vielmehr handelt es sich um eine Kombination von Gesprächs-, ethnografischer und multimodaler Analyse. Diese drei Ansätze haben gemein: maximale Detailorientiertheit, eine Beschreibung von Daten und die gleichwertige Behandlung aller Details bzw. kommunikativen Mittel. Daher wird im folgenden Kapitel zunächst der Kontext genauestens beschrieben. Anschließend wird das Gespräch multimodal analysiert. Es werden Blickverhalten sowie Sprecher:innenwechsel, Rückkopplungsverhalten, Gestik und Zwiegespräche analysiert.

In der Literatur ist man sich uneinig darüber, ob Generalisierungen grundsätzlich vertretbar sind (Blommaert & Jie 2010; Walford 2007). In der vorliegenden Arbeit wird nicht generalisiert: Da es sich hier um einen einzelnen aufgezeichneten Fall handelt, der außerdem wegen dünner Forschungslage mit keinem anderen verglichen werden kann, kann nicht von ihm auf einen anderen Fall geschlossen werden. Man kann dennoch nützliches Wissen aus der Analyse schöpfen: Er gewährt Einblicke in das bisher wenig erforschte Feld authentischer videogedolmetschter Arzt-Patienten-Interaktion. Man kann zwar nicht daraus schließen, welche Muster allgemein im Videodolmetschen vorzufinden sind, aber die Analyse wird zeigen, wie *ein* Fall beschaffen ist und was daraus zu lernen ist.

## 6. Multimodale Analyse

Die Analyse beginnt bei der Makroebene, also der ethnografischen Kontextualisierung, in der der situative Hintergrund, die Interaktant:innen Arzt und Dolmetscherin, die räumlichen und technischen Gegebenheiten und Ablauf und Ziel des Gesprächs präsentiert werden. In der zweiten Hälfte der Analyse wird dann sukzessive ins Detail gegangen, hin bis zur Mikroebene der Gesprächs- und multimodalen Analyse. Grundlage dafür bilden die ausgewählten technikbedingten Einflussfaktoren, deren Theoriefundament im 4. Kapitel gelegt wurde: Blickverhalten, Sprecher:innenwechsel, Rückkopplungsverhalten, Gestik und Zwiegespräche werden untersucht.

### 6.1. Einbettung in den situativen Kontext

#### 6.1.1. Vorwissen und Erfahrung des Arztes

Im Wiener Gesundheitszentrum *neunerhaus* wird schon seit 2014 Videodolmetschen genutzt. Der Arzt weist zum Zeitpunkt der analysierten Konsultation (Oktober 2019) also eine fünfjährige Erfahrung mit Videodolmetschen auf. Nach eigenen Angaben benutzt der Arzt den Service in seiner Ordination mehrmals täglich (Amesberger & Klammer 2018).

Die technischen Voraussetzungen für das Videodolmetschen haben sich im Laufe der mehrjährigen Anwendung geändert. Dies geht aus einem von mir geführten Interview mit dem Arzt hervor (Amesberger & Klammer 2018). Es gab demnach zwei nennenswerte Veränderungen in der Anwendung von Videodolmetschen. Erstens ist das Gesundheitszentrum *neunerhaus* während des Anwendungszeitraums umgezogen: Zuvor war es im ersten Stock, wo die Internetverbindung laut Angaben des Arztes weniger zuverlässig war. Mit dem Umzug in das Erdgeschoss wurden Glasfaserkabel eingezogen, wodurch sich die Internetverbindung stabilisierte (Amesberger & Klammer 2018).

Zweitens wurden anfangs Mikrofon und Lautsprecher des Standcomputers benutzt (Marke und Modell unbekannt). Das hatte nach Angaben des Arztes zwei Nachteile: Einerseits war dadurch ein Hall hörbar und es kam bei den Videodolmetschungen zu Rückkopplungen. Der Grund dafür ging nicht klar aus dem Interview hervor (Amesberger & Klammer 2018). Andererseits war man durch die Unbeweglichkeit des PCs dazu gezwungen, sehr laut zu reden, wenn man sich zur etwas weiter entfernt positionierten Untersuchungsliege zum Zweck der körperlichen Untersuchung begab. Dies hatte wiederum zur Folge, dass man teilweise im

Nebenzimmer hörbar war, was für den Schutz der Privatsphäre eines Ärztin-Patientin-Gesprächs kontraproduktiv ist. Daher wurde vonseiten des Gesundheitszentrums beschlossen, auf einen kabellosen Bluetooth-Lautsprecher mit integriertem Mikrofon umzusteigen. Dieser Lautsprecher hat den Vorteil, dass er mobil ist und sich problemlos in jede Untersuchungssituation mitnehmen lässt. So kann vermieden werden, dass laut gesprochen wird und dass man im Nebenzimmer hörbar ist (Amesberger & Klammer 2018).

Nach der Einführung von Videodolmetschen im Gesundheitszentrum *neunerhaus* im Jahr 2014 besuchte der Arzt den Firmensitz der *SAVD Videodolmetschen* und ließ sich dort genauestens erklären, worauf als Nutzer zu achten sei, um eine möglichst hohe Qualität der Dolmetschung zu erreichen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Arzt langjährige Erfahrung, kontinuierliches Bestreben, die technischen und translatorischen Voraussetzungen zu verbessern, und hohes (Forschungs-)Interesse am Videodolmetschen aufweist.

### **6.1.2. Situativer Hintergrund und Ziel der Konsultation**

Aus informellen Gesprächen mit dem Arzt geht hervor, dass das vorliegende Gespräch das zehnte Gespräch mit Videodolmetschung zwischen diesem Arzt und diesem Patienten ist. Die zehn Gespräche verteilten sich auf einen Zeitraum von mehreren Monaten. Nach Angaben des Arztes hat die Dolmetscherin, die bei dem vorliegenden Gespräch dolmetscht, schon einige Male zuvor gedolmetscht, was bedeutet, dass diese spezielle Konstellation für die drei Gesprächsteilnehmer:innen nicht neu ist.

Grund für die ärztliche Konsultation ist der folgende: Der Patient hat eine Lippenspalte, eine angeborene Fehlbildung der Lippe. Der Arzt versucht, dem Patienten einen OP-Termin zur Spaltenkorrektur zu verschaffen. Da der Patient nicht krankenversichert ist, muss der OP-Termin unentgeltlich stattfinden, was laut dem Arzt nicht ohne Weiteres zu organisieren ist. Es gab schon einen durch den Arzt organisierten OP-Termin in einem Krankenhaus, welcher aber nicht stattfand. Im untersuchten Gespräch geht es nun darum, dass der Arzt den Patienten über einen neuerlichen Termin in einem anderen Krankenhaus informiert. Dieser ist noch kein OP-Termin, sondern ein Untersuchungstermin, bei dem festgestellt werden soll, ob der Patient dort operiert werden kann oder nicht.

Ziel des Gesprächs ist es demnach, den Patienten über den Termin zu informieren und mithilfe der Dolmetscherin sicherzugehen, dass er am richtigen Ort und zur vereinbarten Zeit erscheinen wird.

### 6.1.3. Räumliche Anordnung und technische Voraussetzungen

Da der Arzt den Patienten schon aus vorangehenden Gesprächen kennt und weiß, dass er auf eine Bulgarisch-Deutsch-Dolmetschung angewiesen ist, vereinbarte der Arzt bereits im Vorhinein eine Termindolmetschung (siehe auch 5.2). Wie oben beschrieben, gibt es bei SAVD *ad hoc* Gespräche, bei denen sozusagen spontan und bei Bedarf die Hotline angerufen wird, oder eben Termindolmetschungen, bei denen bereits im Vorhinein eine Dolmetschung gebucht werden kann. Da der Arzt den Termin im Vorhinein gebucht hatte, bereitete er den Untersuchungsraum für die Videodolmetschung vor, bevor der Patient diesen überhaupt betrat – im Unterschied zu spontanen Dolmetschungen, bei denen der Arzt die räumlichen Veränderungen in Anwesenheit des Patienten vornehmen würde.

In diesem Fall werde ich als Erste in den Raum geführt. Während der Arzt noch mit einer anderen Person außerhalb des Ordinationszimmers beschäftigt ist, positioniere ich die Videokamera und setze mich auf den angewiesenen Stuhl in der Ecke des Raumes. Die Position der Kamera wurde in der Vorbesprechung genauestens mit dem Arzt vereinbart: Der Arzt bestand trotz der Versicherung, dass alle Daten des Patienten anonymisiert werden, darauf, dass das Gesicht des Patienten in der Videoaufnahme in keinem Szenario zu sehen ist. Daher wird die Kamera schräg hinter dem Stuhl des Patienten aufgestellt.

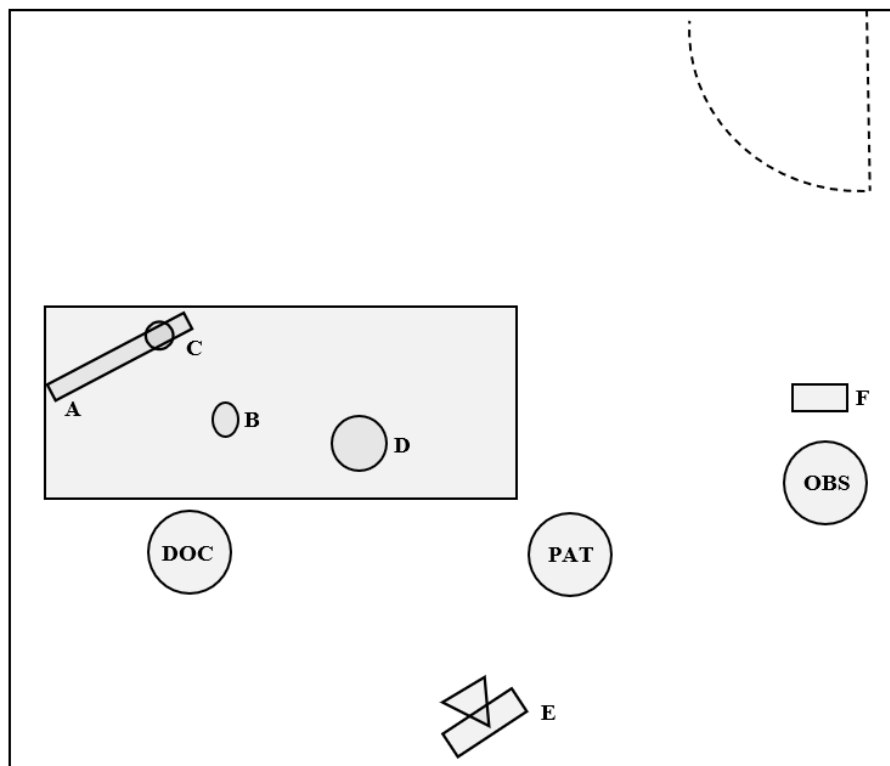


Abbildung 7 Räumliche Anordnung

Aus Abbildung 7 geht die räumliche Anordnung hervor. Während des Videodolmetschgesprächs sind drei Personen physisch im Raum anwesend: der Arzt, der Patient und die Beobachterin. Die vierte Person, die Dolmetscherin, ist virtuell zugeschaltet. Die Beobachterin sitzt schräg hinter dem Patienten, um die Konsultation mit ihrer Anwesenheit so wenig wie möglich zu beeinflussen.

Nachdem der Arzt die Beobachterin angewiesen hat, wo sie die Kamera platzieren und sitzen soll, bereitet er selbst den Raum für die Videodolmetschung vor. Der Stuhl des Patienten würde in der Regel dem Arzt gegenüber auf der anderen Seite des Tisches stehen. Für die Zwecke des Videodolmetschgesprächs stellt der Arzt den Stuhl des Patienten aber neben sich, damit dieser den Bildschirm bequem sehen kann und damit auch die Dolmetscherin, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht zugeschaltet ist, sowohl den Patienten als auch den Arzt sehen kann. Der Patient wird in den Raum geführt und setzt sich auf den angewiesenen Stuhl. Der Arzt platziert den kabellosen Bluetooth-Lautsprecher (D) zwischen sich und dem Patienten (

Abbildung 8). Der Arzt dreht den Bildschirm des PC so, dass die Webcam (C), die am oberen Rand des Bildschirms (A) fixiert ist, den Arzt und den Patienten gemeinsam aufnimmt. Die Beobachterin ist nicht im Bild (Abbildung 10). Der Arzt benutzt zudem eine Computermaus (B).



## *Abbildung 8 Technische Voraussetzungen*

Der Bildschirm des Arztes (A) hat eine zweifache Funktion: Es ist der alltägliche Arbeitscomputer des Arztes und beim Videodolmetschgespräch gleichzeitig die Bildfläche, auf der die Dolmetscherin erscheint.<sup>10</sup>

### **6.1.4. Ablauf der Konsultation**

Zu Beginn der Videoaufnahme (siehe auch 5.2.2) verbindet der Arzt sich über einen gängigen Browser mit der Videodolmetsch-Plattform von SAVD. Der Patient ist bereits im Raum anwesend und wurde soeben von der bulgarischsprachigen Sozialarbeiterin über die Anwesenheit der Beobachterin aufgeklärt. Da dies eine Termindolmetschung ist, ruft der Arzt bei der Hotline an, woraufhin er von einer Hotline-Mitarbeiterin zur Bulgarisch-Dolmetscherin weiterverbunden wird. Vom ersten Aufrufen der Videodolmetschplattform bis zum Erscheinen der Dolmetscherin auf dem Bildschirm vergehen 78 Sekunden (01:18 Min.). In der nachfolgenden Minute holt der Arzt abermals die Einwilligung der beiden Gesprächsbeteiligten in die Videoaufnahme ein, zunächst die der Dolmetscherin und dann mit ihrer Hilfe die des Patienten. Die Einwilligung der Dolmetscherin wird nicht auf Bulgarisch übersetzt.

Nach circa zweieinhalb Minuten (02:24 Min.) beginnt die eigentliche Konsultation mit dem Patienten. Der Arzt fragt, wie es dem Patienten im Moment geht und ob sich seit dem letzten Termin etwas verändert hat. Der Patient weist auf eine Wunde im Mund hin, welche der Arzt daraufhin untersucht. Der Arzt erklärt den mutmaßlichen Grund für die Wunde und bietet an, zu einem späteren Zeitpunkt ein Medikament dafür zu suchen. Nun möchte er nämlich über den anstehenden Krankenhaustermin sprechen.

Nachdem ein OP-Termin in einem anderen Krankenhaus nicht zustande gekommen war, hat der Arzt einen Termin in einem anderen Krankenhaus vereinbart. Er informiert den Patienten über Zeit und Ort des Termins und betont, dass dies nicht der OP-Termin ist, sondern ein Gespräch, bei dem entschieden wird, ob der Patient dort operiert werden kann.

---

<sup>10</sup> Dies kann sich mitunter als unpraktisch erweisen, wenn der Arzt zwischen Arbeitscomputer und Videodolmetschung hin und her wechseln muss. Dies war der Fall, bei dem Videodolmetschgespräch, dem die Beobachterin zusätzlich beiwohnte, das jedoch nicht aufgezeichnet wurde. Der Arzt wechselte zwischen dem Bildschirm-Fenster mit der Dolmetscherin und dem Bildschirm-Fenster, in dem er die Patientenakte einsah, hin und her. Das führte dazu, dass die Dolmetscherin zeitweise nicht zu sehen war und nur ihre Stimme zu hören war.

*Tabelle 6 Ablauf der Konsultation*

| <b>Zeit</b>                                                                              | <b>Dauer<br/>(min:sec)</b>                | <b>Tätigkeit</b>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Gesprächsphase (nach<br/>dem Calgary-Cambridge-<br/>Framework)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 00:00 – 01:18<br>01:18 – 01:42<br>01:42 – 02:24                                          | 01:18<br>00:24<br>00:42                   | DOC ruft bei der Hotline an<br>DOC holt die Einwilligung der INT ein<br>DOC holt mithilfe der INT die Einwilli-<br>gung des PAT ein                                                                                                                            | Gesprächsbeginn                                                       |
| <b>02:24</b> – 02:51                                                                     | 00:27                                     | DOC fragt nach dem aktuellen Gesund-<br>heitszustand des PAT                                                                                                                                                                                                   | Informationen sammeln                                                 |
| 02:51 – 03:33                                                                            | 00:42                                     | Körperliche Untersuchung des PAT                                                                                                                                                                                                                               | Körperliche Untersu-<br>chung                                         |
| 03:34 – 06:03<br>06:04 – 06:56<br>06:56 – 08:08<br>08:08 – 08:44<br><b>08:44 – 09:14</b> | 02:29<br>00:52<br>01:12<br>00:36<br>00:30 | DOC informiert den PAT über den an-<br>stehenden Termin<br>DOC steht auf und verlässt den Kamera-<br>radius<br>DOC reagiert auf Unsicherheiten des<br>PAT<br>DOC gibt dem PAT Auskunft über die<br>Medikamente<br>DOC wiederholt Zeit und Ort des Ter-<br>mins | Erklärung und Planung<br>der Behandlung                               |
| 09:14 – 09:20<br>09:20 – 09:28                                                           | 00:06<br>00:08                            | Verabschiedung der INT<br>Verabschiedung des PAT                                                                                                                                                                                                               | Gespräch beenden                                                      |

Anschließend steht der Arzt auf und verlässt das Sichtfeld der Kamera, um das versprochene Medikament für den Patienten zu suchen. Er bleibt zwar im Raum, aber die Dolmetscherin kann ihn aufgrund des eingeschränkten Kameraradius nicht mehr sehen. Die Beobachterin und der Patient können ihn im Gegensatz dazu sehr wohl sehen. Der Patient, dessen Redebeiträge bis zu diesem Zeitpunkt knapp ausgefallen sind, stellt der Dolmetscherin in genau diesem Moment eine Frage. Dies ist die erste und einzige Frage, die der Patient im gesamten Gespräch stellt. Die Dolmetscherin verweist ihn auf den Arzt und beide warten schweigend, bis dieser wieder im Sichtfeld der Dolmetscherin erscheint (siehe auch 6.2.5).

Der Arzt kommt zurück und setzt sich an seinen Platz. Die Dolmetscherin informiert den Arzt darüber, dass in der Zwischenzeit eine Frage vonseiten des Patienten aufgekommen ist, und stellt ebenjene Frage. Der Patient wollte wissen, wie sicher es ist, dass die Operation dieses Mal stattfinden wird. Der Arzt wiederholt, dass der Krankenhaustermin nur eine Voruntersuchung ist, er also nichts garantieren kann. Anschließend informiert er den Patienten darüber, dass er leider kein Medikament gefunden hat. Das Gesundheitszentrum erhält Medikamente nur auf Spendenbasis und offenbar ist das notwendige Medikament im Moment nicht vorrätig.

Abschließend wiederholt der Arzt ein weiteres Mal, wann und wo der Krankenhaus-Termin stattfinden wird. Er überreicht dem Patienten auch einen kleinen Zettel, auf dem Zeit und Ort vermerkt sind. Dann verabschiedet er sich zunächst von der Dolmetscherin und legt auf. Anschließend verabschiedet er sich (ohne Dolmetschung) auf Deutsch vom Patienten, der danach den Raum verlässt.

#### **6.1.5. Die Dolmetscherin: Professioneller Hintergrund**

Da die Videoaufzeichnung aus der Perspektive des Arztes und des Patienten vorgenommen wurde, gibt es wenig, was über die Videodolmetscherin als Individuum gesagt werden kann. Tatsache ist, dass sie bei der Plattform *SAVD Videodolmetschen* arbeitet (siehe 5.1). Bei dieser Firma kann man vor Ort im Wiener Büro arbeiten oder aber im Homeoffice. Im vorliegenden Fall gibt es keinerlei Hinweise darauf, ob die Dolmetscherin von der Firma oder vom Homeoffice aus zugeschaltet ist.

Die Dolmetscherin trägt ein Headset und man sieht auf dem Bildschirm passfotoähnlich ihren Kopf mit circa dem obersten Viertel ihres Torsos. Der Hintergrund ist rein weiß. Es sind keine Hintergrundgeräusche hörbar. Die Dolmetscherin macht, soweit auf der Videoaufzeichnung erkennbar, keine Notizen, und scheint sich auf ihr Kurzzeitgedächtnis zu verlassen. Dies ist beim Konsekutivdolmetschen wie bereits dargelegt durchaus üblich, wenn die zu übersetzenden Einheiten relativ kurz sind. Ebenso üblich ist es, dass die Dolmetscher:innen in der ersten Person Singular sprechen, und nicht in der dritten, wie sonst in der indirekten Rede. Auch diese übliche Charakteristik befolgt die Videodolmetscherin. Sie scheint außerdem keine offensichtlichen sprachlichen oder terminologischen Schwierigkeiten zu haben.

### **6.2. Technikbedingte Einflussfaktoren**

#### **6.2.1. Visueller Zugang und Blickverhalten der Gesprächsparteien**

Bevor der Patient den Raum betritt, ändert Arzt die Anordnung der Stühle: Während er bei einem nicht gedolmetschten Gespräch den Patienten vermutlich gegenüber von sich platzieren würde, positioniert er ihn in diesem Fall neben sich, damit beide visuellen Zugang auf die Webcam und den Bildschirm haben: So können PAT und DOC beide den Bildschirm – und damit die bald darauf erscheinende INT – sehen und sind gleichzeitig beide im Kameraradius der Webcam, können also vice versa von INT gesehen werden, ohne dass die Kamera bei jedem Sprecher:innenwechsel gedreht werden müsste.

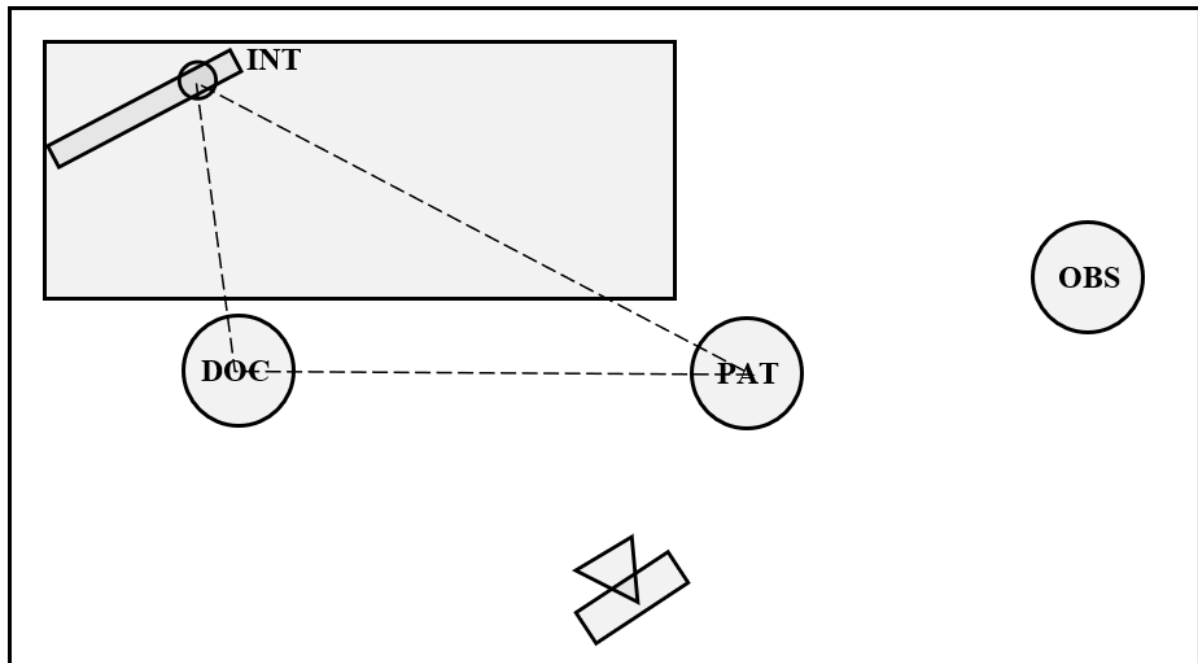


Abbildung 9 Visueller Zugang der Gesprächsteilnehmenden (gestrichelte Linie)

*DOC = Arzt, PAT = Patient, INT = Dolmetscherin, OBS = Beobachterin*

DOC und PAT sitzen also beide an der langen Seite des Tisches, der PAT schräg an der Ecke des Tisches. Alle können alle sehen (außer OBS, die nur von DOC gesehen wird), wenn auch nicht gleich groß bzw. nahe. Dies wird besonders eindrücklich in Abbildung 10 gezeigt: Die Dolmetscherin sieht den Arzt, weil er näher an der Kamera sitzt, deutlich größer, wohingegen der Patient kleiner und weiter entfernt erscheint. Im Umkehrschluss sieht auch der Patient die Dolmetscherin etwas weiter entfernt als der Arzt.

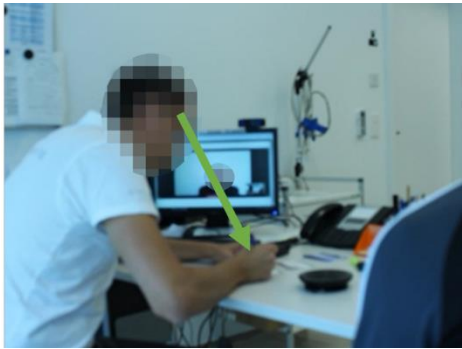
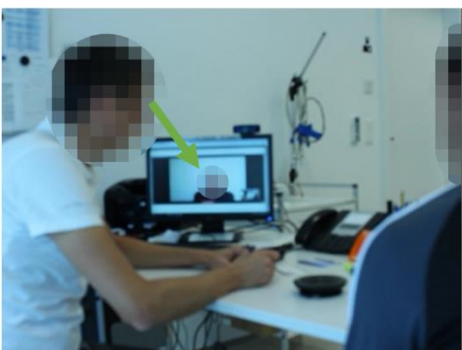
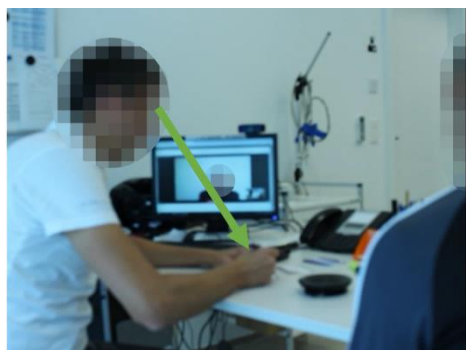
Der Arzt hingegen sitzt näher am Bildschirm als am Patienten, nur sieht er die Dolmetscherin natürlich nicht in Lebensgröße, da sie auf dem Bildschirm kleiner dargestellt wird. Da die drei Gesprächsteilnehmenden in einem Dreieck zueinander sitzen, ist der Arzt gezwungen, seinen Kopf hin- und herzudrehen, sobald er Blickkontakt zu der einen oder der anderen Gesprächspartei herstellen möchte.

#### **6.2.1.1. Aus Sicht des Arztes**

Transkriptauszug 1 illustriert die Kopfwendungen des Arztes. Die in den folgenden Transkriptauszügen angegebenen Zahlen stehen für die Gesprächsschritte in der Transkription. Im Gesprächsschritt 47 kommuniziert DOC die Hauptbotschaft des Gesprächs, nämlich die Übermittlung des vereinbarten Termins. DOC verändert seine Blickrichtung (grüner Pfeil) in einem sieben Sekunden andauernden Satz viermal. Er blickt zunächst auf das Blatt Papier, auf das er den Termin schreibt und welches er zu einem späteren Zeitpunkt in der Konsultation dem Patienten

übergibt (Gesprächsschritt 57, siehe Anhang). Dann blickt er zum Patienten, anschließend zur Dolmetscherin und schließlich wieder auf das Blatt Papier.

*Transkriptauszug 1 Blickverhalten des Arztes*

|                                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|   |   |
| <p><b>A</b><br/>47 DOC ◀ BLATT PAPIER<br/>Der Termin ist am Montag,</p>            | <p><b>B</b><br/>DOC ◀ PAT<br/>den einundzwanzigsten</p>                             |
|  |  |
| <p><b>C</b><br/>DOC ◀ INT<br/>Oktober.</p>                                         | <p><b>D</b><br/>DOC ◀ BLATT PAPIER</p>                                              |

Zusätzlich zur qualitativen Untersuchung des Blickverhaltens von DOC und INT wird das Blickverhalten von DOC auch quantitativ untersucht (Tabelle 7). Das Blickverhalten der Dolmetscherin kann nicht quantifiziert erhoben werden, da sie auf der Videoaufnahme zu klein dargestellt ist und die Bildqualität der Videoaufnahme nicht ausreichend ist. Das Blickverhalten des Patienten kann ebenfalls nicht erhoben werden, da sein Gesicht zum Schutz seiner Identität nicht zu sehen ist. Ebenso kann beidseitiges Anblicken („mutual gaze“, wie etwa bei Brône et al. 2017) im vorliegenden Fall nicht untersucht werden, weil nicht alle Gesprächsparteien von vorne zu sehen sind.

Forschungsliteratur zum Blickverhalten im Dialogdolmetschen legt nahe, dass DOC mit seinem Blickverhalten versucht, nonverbal seine Rede zu unterstreichen (Brône et al. 2017; Vranjes et al. 2018). Zunächst schaut er zum Patienten, seinem primären Gesprächspartner, und dann, noch bevor er den Satz beendet, zur Dolmetscherin. Es scheint, als wolle er mit einem Blick zur Dolmetscherin sichergehen, dass sie das Datum gehört hat.

Tabelle 7 zeigt das quantifizierte Blickverhalten des Arztes. Es gibt drei Hauptblickobjekte, allen voran der Blick zum PAT, dann zur INT und auf den Tisch. Die weiteren Blickobjekte, wie beispielsweise zur Beobachterin am Anfang der Videoaufnahme, auf den Bildschirm, bevor die Dolmetscherin darauf erscheint, oder der Blick in den Raum usw. werden hier vernachlässigt. Um als Blickkontakt zu zählen, müssen in dieser Analyse folgende Kriterien erfüllt werden: Der Kontakt muss eindeutig sein, im Falle des DOC muss aufgrund der oben besprochenen Sitzkonstellation der Kopf gewendet werden und länger als eine Sekunde andauern. Außerdem wird in Tabelle 7 das Blickverhalten des eigentlichen Gesprächs dargestellt, d. h. ab Minute 02:24 bis 09:14. Das Anrufen bei der Plattform, die Einholung der beiden Einwilligungen und die Verabschiedung wurden bei dieser Darstellung außen vor gelassen.

Die zweite Spalte in Tabelle 7 zeigt die Häufigkeit der Blickkontakte an, die dritte die Dauer in Sekunden, die vierte die Dauer in Prozent – also die Verteilung der Blickkontakte auf die Blickobjekte – und die fünfte gibt die Standardabweichung der Häufigkeit pro Minute an.

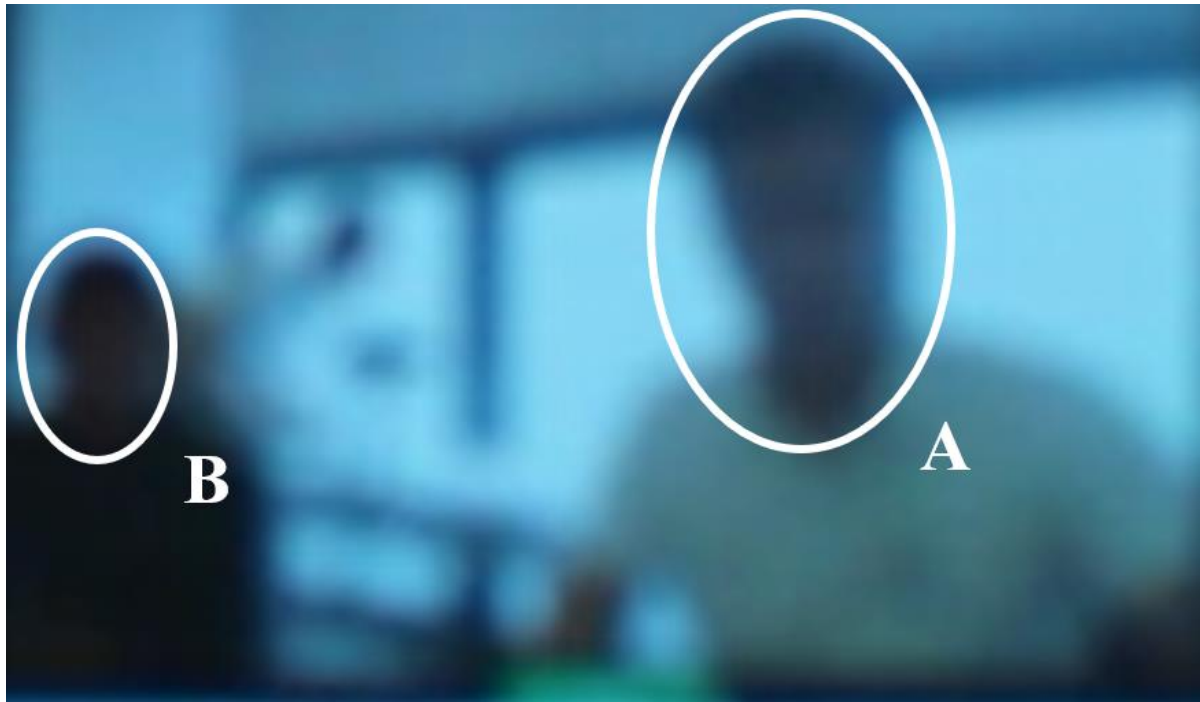
*Tabelle 7 Blickverhalten des Arztes*

|              | <b>Häufigkeit</b> | <b>Dauer in Sek.</b> | <b>Dauer in %</b> | <b>Häuf./Min.</b> |
|--------------|-------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| <b>PAT</b>   | 37                | 135                  | 41                | 6.2 (0.75)        |
| <b>INT</b>   | 36                | 114                  | 34                | 6.0 (2.37)        |
| <b>TISCH</b> | 27                | 83                   | 25                | 4.5 (2.88)        |
| <b>SUMME</b> | 100               | 332                  | 100               |                   |

Wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, schaut der Arzt den Patienten und die Dolmetscherin nahezu gleich häufig an, den Tisch hingegen deutlich weniger häufig. Der Blick zum Tisch ist jedoch im Vergleich zum Blick zum Patienten und zur Dolmetscherin länger andauernd, wie man der Standardabweichung entnehmen kann. Die Dauer der Blickkontakte schlägt sich ebenso in den Prozentsätzen nieder: Der Arzt schaut den Patienten 41 % der Zeit an, die Dolmetscherin mit 34 % geringfügig weniger. Auf den Tisch schaut der Arzt ein Viertel der Zeitdauer (27 %), vor allem dann, wenn er in seinen Unterlagen liest oder den Krankenhaustermin auf einen Zettel schreibt.

#### **6.2.1.2. Aus Sicht der Dolmetscherin**

Wie bereits oben erläutert, ist es aufgrund der unzureichenden Qualität der Videoaufnahme nicht möglich, das Blickverhalten der Dolmetscherin quantitativ zu untersuchen. Man kann aber qualitativ analysieren, was sie sieht, also was im Kameraradius der Webcam zu sehen ist, und dass ihre Sicht auch gelegentlich versperrt wird.



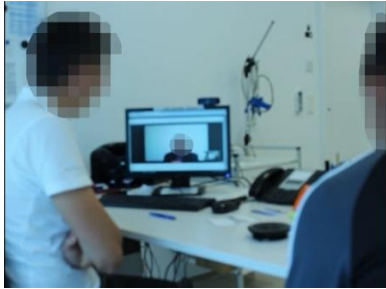
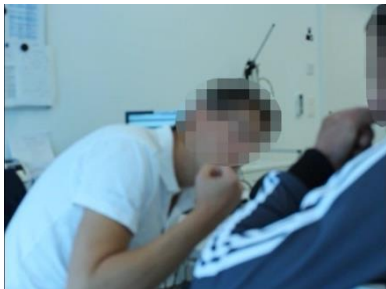
*Abbildung 10 Sichtfeld der Dolmetscherin*

Abbildung 10 wurde dem Bildschirm des Arztes entnommen, der auf der Videoaufzeichnung zu sehen ist. Es ist das Eigenbild des Arztes, also jenes Bild, das die Dolmetscherin auf ihrem Bildschirm sieht. Der Arzt (A) erscheint größer, weil er näher an der Kamera sitzt. Der Patient (B) sitzt weiter weg und erscheint daher kleiner. Der Patient wird außerdem an der Schulter vom Bild abgeschnitten. Die Beobachterin, die schräg hinter dem Patienten sitzt, ist nicht mit auf dem Bild für die Dolmetscherin zu sehen. Ob die Tatsache, dass die Dolmetscherin den Patienten kleiner als den Arzt sieht, ihre Wahrnehmung nonverbaler Kommunikationsmittel (wie Gestik, Gesichtsausdruck, usw.) der beiden Gesprächsparteien beeinflusst, kann in dieser Studie nicht erhoben werden (siehe im Gegensatz dazu Hansen (2020a), die Videoaufzeichnungen vom Standort des Krankenhauspersonals und vom Standort der Videodolmetscher:innen analysiert). Ebenso wenig ist bekannt, wie gut die Bildqualität der Dolmetscherin ist, wie groß ihr Bildschirm ist, was für ein Endgerät sie nutzt, ob sie die volle Fläche ihres Bildschirms nutzt oder gegebenenfalls ein Glossar bzw. andere Unterlagen auf dem Bildschirm offen hat (sie wusste ja bereits im Vorhinein, dass diese Dolmetschung stattfinden würde).

Die Sicht der Dolmetscherin auf den Patienten wird bei der kurzen körperlichen Untersuchung desselben für kurze Zeit versperrt. Die Frage des Arztes, ob sich seit dem letzten Termin etwas geändert habe, bejaht der Patient und führt aus, dass er nun Wunden im Mund bekommen habe. Der Arzt möchte die Wunden des Patienten untersuchen und beugt sich zu

diesem Zweck derart weit vor, dass er der Dolmetscherin den Rücken zuwendet und somit ihren Blick auf den Patienten verdeckt. Für die kurze Zeit, in der der Arzt sich vorbeugt (8 Sekunden) sieht sie weder den Patienten noch seine Wunden noch das Gesicht des Arztes. Ihre ohnehin schon eingeschränkte Sicht, die sie nicht zu steuern vermag, wird für kurze Zeit zusätzlich erschwert.

*Transkriptauszug 2 Körperliche Untersuchung*

|    |     |                                                                                                                 |                                                                                      |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 | PAT | Не, в смисъл само ми се е разранила<br>тука устата.<br><i>Nein, ich meine, ich habe nur Wunden<br/>im Mund.</i> |    |
| 27 | INT | Aah, okay. Nein, äh:m, er hat jetzt Wun-<br>den bekommen, äh, im Mund.                                          |                                                                                      |
| 28 | DOC | Mhm. Zeigen Sie mir das mal bitte.                                                                              |   |
| 29 | INT | Покажете!<br><i>Zeigen Sie!</i>                                                                                 |                                                                                      |
| 30 | PAT | Ето тука ми се е разранила.<br><i>Hier sind die Wunden.</i>                                                     |                                                                                      |
| 31 | DOC | Okay.                                                                                                           |                                                                                      |
| 32 | INT | Mhm. Äh, da bekomme ich äh/                                                                                     |  |
| 33 | DOC | Bei der Lippe, oder?                                                                                            |                                                                                      |
| 34 | PAT | Аха.<br><i>Aha.</i>                                                                                             |                                                                                      |
| 35 | DOC | Okay. [...]                                                                                                     |                                                                                      |

Zudem kommt es zu einem kurzen Zwiegespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten (Gesprächsschritte 33-35) und zu einem Abbruch des Gesprächsschrittes 32 der Dolmetscherin (Dolmetschung von Gesprächsschritt 30). Wie Transkriptauszug 2 zu entnehmen ist, sagt der Patient im Gesprächsschritt 30 „Hier sind die Wunden“ (deutsche Übersetzung kursiv). Da der Blick der Dolmetscherin blockiert ist, kann sie nur annehmen, was der Patient mit „hier“ meint. Ihre Unsicherheit spiegelt sich im Gesprächsschritt 32 wider, den sie mit dem Häsitationslaut „äh“ beginnt und dann unvollendet abbricht. Unklar ist, ob die Dolmetscherin abbricht, weil sie

vom Arzt unterbrochen wird, oder ob sie abbricht, weil ihr Sichtfeld eingeschränkt ist und sie nicht sicher sein kann, was der Patient genau mit „hier“ meint.

Auch wenn die Dolmetscherin kurzzeitig aus dem Gespräch ausgeschlossen wird, kann davon ausgegangen werden, dass Arzt und Patient sich in diesem Fall mittels Handzeichen verstehen: Der Arzt zeigt auf seine eigene Lippe und der Patient gibt daraufhin einen bejahenden Laut von sich. Es entsteht zusammenfassend ein kurzes Zwiegespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten (siehe auch 6.2.5).

### 6.2.2. Sprecher:innenwechsel und „Chunking“ des Arztes

In den nachfolgenden beiden Transkriptauszügen (3, 4) wird veranschaulicht, wie der Arzt im vorliegenden Gespräch eigenständig seine längere Sprechpassage stückelt, um der Dolmetscherin die Möglichkeit des Dolmetschens zu geben. Die Hauptaussage des Arztes, nämlich den Patienten über den anstehenden Krankenhaustermin zu informieren, wird durch ihn in sieben Teile gestückelt (von Gesprächsschritt 41 bis 60, = 148 Sekunden = 02:28 Minuten). Nach jeder Teilaussage (in den Transkriptauszügen grau hinterlegt) dolmetscht die Dolmetscherin.

#### *Transkriptauszug 3 „Chunking“ der Hauptaussage des Arztes - Teil 1*

|    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 41 | DOC | Okay. Zunächst möchte ich aber gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie es bezüglich der Operation weitergehen wird.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 42 | INT | А-а най-напред искам да обсъдя обаче с вас а-а-как ще протекат нещата оттук нататък с операцията.<br><i>Äh äh, zuerst möchte ich aber mit Ihnen besprechen, wie die Dinge mit der Operation weiter gehen werden.</i>                                                                                                                                                                                  |
| 43 | DOC | Okay? Ich habe jetzt endlich nach längerer Zeit einen Termin für Sie, in einem Krankenhaus, ähm wo sich das ein Spezialist nochmal anschauen wird und dann darüber entscheidet, ob sie dort operiert werden können.                                                                                                                                                                                   |
| 44 | INT | А-а-а след доста време най-сетне успях да организирам за вас термин в болница, където специалистът ще ви прегледа и ще прецени дали ще трябва да ви оперира там.<br><i>Äh ähm, nach einiger Zeit habe ich es endlich geschafft für sie einen Termin<sup>11</sup> im Krankenhaus zu organisieren, wo ein Spezialist Sie dort untersuchen wird und entscheiden wird, ob er Sie dort operieren muss.</i> |
| 45 | DOC | Okay? Das ist diesmal ein anderes Krankenhaus. Mit dem letzten Spital, wo sie ja schon waren, hat es dann leider nicht funktioniert.                                                                                                                                                                                                                                                                  |

<sup>11</sup> Die Dolmetscherin verwendet hier das deutsche Wort „Termin“ (Anmerkung der Bulgarischübersetzerin).

|    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 | INT | А-а-а това е друга болница, не е като та..., не е тази... ,която-о, в която бяхте последния път, а-а-а с нея нямаше да се направи този термин.<br><i>Ähm, das ist ein anderes Krankenhaus, ist nicht wie das... ist nicht das gleiche, wo Sie das letzte Mal waren, dort wäre der Termin<sup>12</sup> nicht möglich gewesen.</i> |
| 47 | DOC | Okay? Der Termin ist am Montag, den einundzwanzigsten Oktober.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 48 | INT | Аха. А-а- да...часът ви за преглед ще бъде в понеделник на двадесети и първи октомври.<br><i>Aha, ähm ja... der Untersuchungstermin wird am Montag, den 21. Oktober sein.</i>                                                                                                                                                    |
| 49 | PAT | Да.<br><i>Ja.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

DOC kündigt in Gesprächsschritt 41 an, was er nun besprechen möchte. In Gesprächsschritt 43 sagt er, dass er einen neuerlichen Termin vereinbaren konnte. In Gesprächsschritt 45 weist er darauf hin, dass dies nun ein anderes Krankenhaus sei als beim letzten Mal. In Gesprächsschritt 47 nennt er das Datum des Termins. Nach der Dolmetschung durch INT sagt PAT erstmals seit Beginn der Hauptaussage von DOC „ja“. INT dolmetscht dieses „ja“ hier jedoch nicht; der DOC fährt direkt fort.

#### Transkriptauszug 4 „Chunking“ der Hauptaussage des Arztes -Teil 2

|    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50 | DOC | Okay? Und ich hätte gerne, dass Sie um neun Uhr Früh <u>hierher</u> kommen, in <u>unser</u> Gesundheitszentrum, und <u>dann</u> wird Sie jemand <u>ins</u> Krankenhaus begleiten, der auch auf Bulgarisch übersetzen kann.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 51 | INT | А-а-а, ще дойдете на тази дата на двадесет и първи октомври в 9 часа тук, където се намирате в момента, в нашия здравен център, в <u>neunerhaus</u> ще дойдете, от тук до болницата ще ви придружи човек, който знае български език.<br><i>Ahm, Sie kommen an dem Tag, am 21. Oktober um 9 Uhr hierher, wo Sie sich im Moment befinden, in unserem Gesundheitszentrum, Sie kommen ins neunerhaus, von hier bis zum Krankenhaus wird Sie jemand begleiten, der Bulgarisch spricht.</i> |
| 52 | PAT | Да.<br><i>Ja.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 53 | DOC | Okay? Es ist wichtig, dass Sie wirklich um neun Uhr da sind, weil der Termin im Krankenhaus ist dann schon um zehn. Das heißt, es ist nicht viel Zeit, um dorthin zu fahren.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

<sup>12</sup> Die Dolmetscherin verwendet auch hier das deutsche Wort „Termin“ (Anmerkung der Bulgarischübersetzerin).

In Gesprächsschritt 50 sagt DOC, er wolle, dass PAT zur angegebenen Zeit und Ort erscheinen solle. PAT bejaht, die Dolmetscherin dolmetscht dies wieder nicht. In Gesprächsschritt 53 betont DOC die Wichtigkeit eines pünktlichen Erscheinens und den Grund dafür. Wieder bejaht der Patient, diesmal dolmetscht INT die Zustimmung ins Deutsche. In Gesprächsschritt 57 reicht DOC dem Patienten einen Zettel und erklärt, er habe alle Daten nochmals aufgeschrieben. Daraufhin wiederholt Zeit und Ort des Termins erneut. INT dolmetscht auch diese Aussage des DOC und DOC wartet keine Antwort des Patienten ab, sondern meint, er solle kurz warten, weil er nun ein Medikament für seine Wunden holen werde. Direkt im Anschluss an diese Aussage steht DOC wie bereits geschildert auf (siehe 6.1.4).

### **6.2.3. Rückkopplungsverhalten der Gesprächsparteien**

Im vorliegenden Fall zeigt die Dolmetscherin eine typische Form der Rückkopplung. Beinahe die Hälfte aller ihrer Gesprächsschritte beginnt sie mit einem bestätigenden „mhm“, manchmal von einem Kopfnicken begleitet. Konkret lässt sich festhalten: Von insgesamt 27 Gesprächsschritten (ausgenommen die Zwiesgespräche DOC-INT und INT-PAT, siehe dazu 6.2.5) beginnt die Dolmetscherin 13 Gesprächsschritte – also knapp die Hälfte – mit einem „mhm“, drei davon werden von einem Kopfnicken ihrerseits begleitet. 14 Gesprächsschritte beginnen ohne Rückkopplungspartikeln.

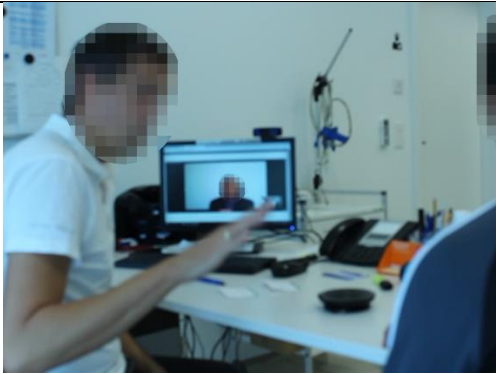
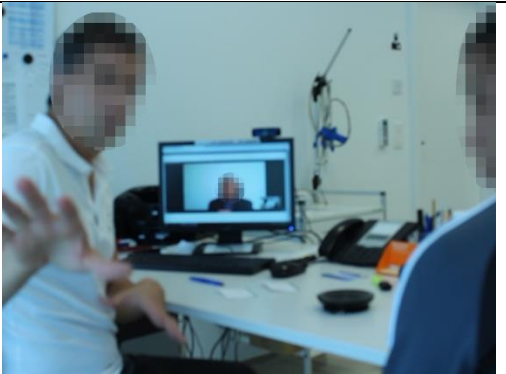
Der Arzt hingegen beginnt sehr viele seiner Gesprächsschritte mit einem fragenden „okay?“ in Richtung des Patienten. Von seinen insgesamt 25 Gesprächsschritten (ausgenommen Zwiesgespräche) beginnt er 16 Gesprächsschritte mit einem fragenden „okay?“ (Transkriptauszüge 3, 4). Er scheint damit sichergehen zu wollen, dass der Patient die Dolmetschung verstanden hat. Allerdings setzt er nach dem „okay?“ ohne Pause seinen Gesprächsschritt fort und lässt dem Patienten somit keine Möglichkeit zu antworten. Auch der Patient vermittelt durch Kopfnicken und das gesprochene „ja“, dass er aufmerksam zuhört und versteht, was die Dolmetscherin für ihn dolmetscht.

### **6.2.4. Gestik des Arztes**

Dadurch, dass im vorliegenden Fall nicht nur eine Audio-, sondern auch eine Videoaufnahme vorliegt, ist es möglich, die Gestik der Gesprächsparteien zu analysieren. Allerdings kann ausschließlich die Gestik des Arztes analysiert werden, da die Sicht auf die beiden anderen Gesprächsparteien eingeschränkt ist. Der Patient ist nur von schräg hinten sichtbar. Die

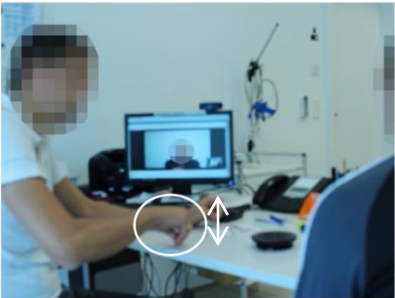
Dolmetscherin wird auf dem Bildschirm zu klein dargestellt und ihre Arme und Hände sind nicht zu sehen.

*Transkriptauszug 5 Gestik des Arztes*

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                                   |
| <p><b>A</b><br/>19 DOC <i>bewegt eine Hand beschwichtigend auf und ab in Richtung PAT Okay. Sie können sich darauf verlassen,</i></p> | <p><b>B</b><br/>DOC <i>zeigt mit flacher Hand auf Kamera dass das, was da aufgenommen wird,</i></p>                                 |
|                                                     |                                                  |
| <p><b>C</b><br/>DOC <i>zeigt mit beiden Händen in Richtung INT nicht nach außen dringt.</i></p>                                       | <p><b>D</b><br/>DOC <i>bewegt beide Hände zwischen sich und PAT hin und her Es geht auch gar nicht darum, was wir sprechen,</i></p> |
|                                                    |                                                                                                                                     |
| <p><b>E</b><br/>DOC <i>zeigt mit flacher Hand auf INT sondern wie ich mit der Dolmetscherin spreche.</i></p>                          |                                                                                                                                     |

Der Arzt macht ausladende Handbewegungen, wenn er mit dem Patienten spricht. Die Handbewegungen sind passend zu seiner Rede, wie um gewisse Punkte dieser nonverbal zu betonen. Am Anfang des Gesprächs in Gesprächsschritt 19 versichert der Arzt dem Patienten, dass die videoaufgezeichneten Daten vertraulich behandelt werden. Er beginnt seinen Gesprächsschritt, indem er beschwichtigend seine flache Hand in Richtung des Patienten auf und ab bewegt und sagt: „Sie können sich darauf verlassen“ (Bild A, Transkriptauszug 5). Dann gestikuliert er in Richtung Kamera und sagt, dass die Videoaufzeichnung („das, was da aufgenommen wird“, B), nicht an Dritte weitergegeben werde („nicht nach außen dringen wird“, C), und zeigt mit beiden Händen in Richtung INT. Er setzt seine Rede fort und erklärt, dass es nicht um den Inhalt des Gesprächs gehe („was wir sprechen“, D), und zeigt mit flachen Händen zwischen sich und dem PAT hin und her, sondern um die Art, „wie ich mit der Dolmetscherin spreche“ (E). Dabei macht er dieselbe Handbewegung wie zuvor, mit dem Unterschied, dass er nun mit nur einer flachen Hand zwischen sich und der Dolmetscherin hin- und herzeigt.

*Transkriptauszug 6 Gestik: Der Arzt zeigt „hierher“*

|    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 50 | DOC | Okay? Und ich hätte gerne, dass Sie um neun Uhr Früh <u>hierher</u> kommen, in <u>unser</u> Gesundheitszentrum, und <u>dann</u> wird Sie jemand <u>ins</u> Krankenhaus begleiten, der auch auf Bulgarisch übersetzen kann.                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 51 | INT | А-а-а, ще дойдете на тази дата на Двадесет и първи октомври в 9 часа тук, където се намирате в момента в нашия здравен център, в <i>neunerhaus</i> ще дойдете, от тук до болницата ще ви придружи човек, който знае български език.<br><i>Ähm, Sie kommen an dem Tag, am 21. Oktober um 9 Uhr hierher, wo Sie sich im Moment befinden, in unserem Gesundheitszentrum, Sie kommen ins neunerhaus, von hier bis zum Krankenhaus wird Sie jemand begleiten, der Bulgarisch spricht.</i> |                                                                                      |
| 52 | PAT | Да.<br>Ja.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |

In Transkriptauszug 6 betont DOC (Gesprächsschritt 50), dass er möchte, dass der Patient zum vereinbarten Termin „hierher“ komme (im Transkriptauszug hervorgehoben), also zum *neunerhaus*. Er führt die Fingerspitzen seiner rechten Hand zusammen und klopft damit mehrmals

auf den Tisch. Mit dieser Auf- und Abbewegung unterstreicht er nonverbal seine Aussage mittels einer semantischen Geste oder Geste der Unterstreichung (nach Gerwing & Dalby 2014: 310).

Es kann nicht eruiert werden, ob die Dolmetscherin diese Gesten repliziert, da ihre Hände auf dem Bildschirm nicht sichtbar sind. Allerdings fügt sie „където се намирате в момента“ („wo Sie sich im Moment befinden“) und „в neunerhaus“ („ins neunerhaus“) hinzu, um von ihrem entfernten Standort aus zu verdeutlichen, was der Arzt mit „hierher“ meint und wo genau der vereinbarte Treffpunkt ist.

### 6.2.5. Zwiegespräche

Im vorliegenden Gespräch interagieren drei Gesprächsparteien. Der Ablauf der Gesprächsschritte und des Sprecher:innenwechsels sollte idealerweise wie folgt strukturiert sein: Gesprächspartei A spricht, der:die Dolmetscher:in dolmetscht, Gesprächspartei B spricht, der:die Dolmetscher:in dolmetscht, Gesprächspartei A spricht, usw. (Wadensjö 1998: 234). In der bisherigen Analyse wurde bereits demonstriert, dass dies nicht immer der Fall ist. Längere Sprechpassagen wurden vom Arzt gestückelt, der Patient reagiert immer wieder verbal mit Rückkopplungspartikeln, aber er übernimmt nicht jeden zweiten primären Gesprächsschritt. Zudem kommt es in dem knapp zehnminütigen Gespräch zu zwei kurzen Gesprächseinheiten, in denen die Dolmetscherin mit einer der beiden Gesprächsparteien spricht, ohne für die andere zu dolmetschen bzw. nur mit Verzögerung.

#### *Transkriptauszug 7 Zwiegespräch DOC-INT*

|    |     |                                                                                                                                                     |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 | INT | Чao! Grüß Gott!                                                                                                                                     |
| 10 | DOC | Guten Tag.                                                                                                                                          |
| 11 | INT | *** mein Name, Dolmetscherin für Bulgarisch. Guten Tag.                                                                                             |
| 12 | DOC | Wunderbar. Ähm jetzt, ganz zu Beginn direkt eine Frage: Sie sind informiert, dass heute eine Studierende bei mir ist, die das Gespräch aufzeichnet? |
| 13 | INT | Ja!                                                                                                                                                 |
| 14 | DOC | Wunderbar.                                                                                                                                          |
| 15 | INT | Alles klar. Ja, ich hab die Datenschutzerklärung bekommen. Alles ist in Ordnung, ja?                                                                |
| 16 | DOC | Wunderbar. Dann möchte ich gerne gleich auch mit dem Patienten beginnen [...]                                                                       |

Das erste solche Zwiegespräch geschieht gleich zu Anfang der Zuschaltung der Dolmetscherin (Transkriptauszug 7). Sie erscheint auf dem Bildschirm, DOC begrüßt sie. Dann erkundigt er

sich bei ihr, ob sie die Einverständniserklärung erhalten habe. Dieser Gesprächsabschnitt wird nicht für den Patienten gedolmetscht, er sitzt schweigend daneben.

Das zweite Zwiegespräch findet ab Minute 06:11 (Gesprächsschritte 62 und 63) statt. Im Transkriptauszug 8 kann man noch den letzten Gesprächsschritt (60) von DOC sehen, bevor er aufsteht und das Sichtfeld der Dolmetscherin verlässt. Er befindet sich noch im Raum, PAT und OBS können ihn sehen, INT sieht ihn nicht mehr. Just in diesem Moment spricht der Patient die Dolmetscherin auf Bulgarisch an. Es ist auffallend, dass er genau in einem Moment, in dem der Arzt nicht direkt am Gespräch anwesend ist, das Wort ergreift. Seine Redebeiträge fielen bisher sehr kurz und knapp aus.

*Transkriptauszug 8 Zwiegespräch INT-PAT*

|                                                                           |     |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 60                                                                        | DOC | Okay? Jetzt warten Sie noch kurz. Ich schau noch wegen der Lösung für die Wunden. (steht auf und verlässt die Bildfläche)                |
| 61                                                                        | INT | Изчакайте така, ще погледна за разтвора за раните.<br><i>Warten Sie kurz, ich schaue wegen der Lösung für die Wunden.</i>                |
| 62                                                                        | PAT | Може ли да попитате дали ще има със сигурност операция?<br><i>Können Sie nachfragen, ob es mit Sicherheit eine Operation geben wird?</i> |
| 63                                                                        | INT | Ок, изчакайте така...<br><i>Ok, warten Sie ein Moment...</i>                                                                             |
| <i>Pause (DOC nicht im Sichtfeld der Kamera): 06:15 – 06:55 (30 Sek.)</i> |     |                                                                                                                                          |
| 64                                                                        | INT | Ähm, in der Zwischenzeit kam eine Frage.                                                                                                 |
| 65                                                                        | DOC | Mhm.                                                                                                                                     |
| 66                                                                        | INT | Und zwar: Steht es tatsächlich fest, dass es eine OP geben wird oder wie sieht's aus?                                                    |

In Gesprächsschritt 62 wendet PAT sich jedenfalls an INT mit der Bitte, dass Sie genauer nachfragen solle, ob die geplante Operation tatsächlich stattfinden werde oder nicht. INT bejaht und bittet einen Moment zu warten. Sobald DOC wieder in ihrem Sichtfeld erscheint, informiert sie ihn, dass in der Zwischenzeit eine Frage aufgekommen sei, er nickt und bestätigt sein Verständnis mit der Rückkopplungspartikel „mhm“. Daraufhin stellt INT die von PAT gewünschte Frage.

## 7. Diskussion und Schlussfolgerungen

Der patient:innen- und beziehungsorientierte Ansatz und das gemeinsame Entscheidungsmodell gewinnen in der medizinischen Kommunikationsforschung immer mehr an Bedeutung (vgl. Silverman, Draper & Kurtz 2013). Gelingende Kommunikation ist erwiesenermaßen eine Grundvoraussetzung für den Behandlungserfolg (vgl. Silverman, Draper & Kurtz 2013). Dies gilt umso mehr, wenn Ärztin und Patientin nicht dieselbe Sprache sprechen. Das Gesundheitszentrum *neunerhaus* nutzt daher Videodolmetschdienste, um die große Sprachenvielfalt in ihrer Ordination professionell abdecken zu können.

Diese relativ junge Dolmetschart bedarf noch weiterer wissenschaftlicher Forschung. Bisher gab es einiges an Forschung aus dem medizinischen Bereich und etwas überschaubarer aus der Dolmetschwissenschaft. An authentische Daten aus medizinischen Konsultationen zu kommen, stellt eine große methodische Hürde dar. Die vorliegende Arbeit ist neben der Dissertation von Jessica Hansen (2020a) die einzige ihrer Art.

Aufgrund der spärlichen Forschungslage ist es unklar, inwieweit die audio-visuellen, technischen und räumlichen Beschränkungen des Videodolmetschens die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen beeinflussen. Die Ergebnisse der multimodalen Analyse werden zeigen, welche multimodalen Mittel dieser Arzt anwendet, um die Videodolmetschinhärenten Beschränkungen auszugleichen.

### 7.1. Diskussion

#### 7.1.1. Vorwissen und Erfahrung mit Videodolmetschen

Der Arzt verfügt über beträchtliches Vorwissen und ein vergleichsweise hohes Maß an Erfahrung im Umgang mit Videodolmetschen. Er nutzt Videodolmetschen bereits seit fünf Jahren (2014-2019) und besuchte die *SAVD Videodolmetschen* in ihrem Wiener Hauptsitz, um ein besseres Verständnis für deren Arbeitsweise zu erlangen. Zudem nutzt er Videodolmetschen nach eigenen Angaben mehrmals täglich in der Ordination, sei es für Termindolmetschen als auch für *ad hoc* Einsätze.

Hinzu kommt sein Forschungsinteresse an Videodolmetschen und sein Interesse, das Thema an die Öffentlichkeit heranzutragen. 2018 erklärte er sich bereit, ein Interview zu dieser Thematik zu führen (Amesberger & Klammer 2018). Er hatte sowohl Interesse am Zustandekommen der vorliegenden Masterarbeit als auch am damit verbundenen

wissenschaftlichen Fachartikel (Klammer & Pöchhacker 2021). Außerdem hätte er Interesse an weiterführender Forschung in Zusammenarbeit mit dem ZTW, wofür allerdings eine erfolgreiche Erwerbung von Projektmitteln nötig wäre. Zudem nimmt er an öffentlichen relevanten Gesprächsrunden Thema teil (IERM 2019) und spricht in Medien über seinen Umgang mit Videodolmetschen (z. B. OFR 2019).

Seine langjährige Erfahrung und sein Interesse schlagen sich auch in seinem kontinuierlichen Bestreben, die technischen Voraussetzungen zu verbessern, nieder, beispielsweise beim Umstieg zu einer Internetverbindung mittels Glasfaserkabel und zur Nutzung von kabellosen Bluetooth-Lautsprechern. Dies gilt auch für den Fall der Sitzkonstellation. Der Arzt verstellt die Stühle und den Bildschirm bereits vor dem Eintreten des Patienten derart, dass alle drei Gesprächsparteien einen möglichst uneingeschränkten Blick aufeinander haben. Der Stuhl des Patienten stünde ihm bei einer regulären Untersuchung gegenüber auf der anderen Seite des Tisches, er stellt ihn aber neben sich, sodass der Patient den Bildschirm und auch die Dolmetscherin beide Gesprächsparteien sehen kann – wenn auch den Arzt größer als den Patienten. Die Sitzkonstellation beeinflusst ihrerseits das Blickverhalten in der Interaktion (siehe auch 7.1.3).

All das spricht dafür, dass der Arzt sich strategisch um die optimalen Bedingungen für den Einsatz des Videodolmetschens bemüht. Gewisse potenzielle Mängel des letzteren sind ihm bewusst: Hierzu gehören u. a. technische Gegebenheiten wie eine mangelhafte Internetverbindung, das Mikrofon, die Lautsprecher, die Webcam und das eingeschränkte Sichtfeld. Durch Erfahrung und Interesse an der Materie versucht er kontinuierlich, diese Bedingungen zu verbessern.

Interessant wäre an dieser Stelle ein Vergleich mit anderen Einrichtungen, die Videodolmetschen aktuell nutzen. Es wäre für die Forschung interessant zu eruieren, ob ein hohes Interesse an Videodolmetschen vonseiten der Nutzer:innen und deren Bestreben, die Rahmenbedingungen kontinuierlich zu optimieren, ein verbessertes Gelingen der Videodolmetscheinsätze zur Folge hat.

### **7.1.2. Ablauf der Konsultation**

Der Ablauf des Videodolmetschgesprächs entspricht sehr genau dem von Kurtz und Silverman vorgeschlagenen Calgary-Cambridge Guide (Abbildung 1). Dazu sei angemerkt, dass es sich beim vorliegenden Fall um ein verkürztes Gespräch handelt, das im situativen Kontext weiterer Gespräche in dieser Konstellation gesehen werden muss. Das vorliegende Gespräch ist bereits

das zehnte Gespräch zwischen genau diesem Arzt, genau diesem Patienten und teilweise sogar mit genau dieser Dolmetscherin. Der Arzt und der Patient hatten also schon die Möglichkeit, eine Beziehung zueinander aufzubauen, der Arzt weiß um die medizinischen Umstände des Patienten und sie einigten sich augenscheinlich bereits in vorangehenden Gesprächen auf ein Behandlungsziel, nämlich einen kostenfreien Eingriff zur Lippenspaltenkorrektur.

Im Detail entspricht das vorliegende Gespräch dem Calgary-Cambridge Guide wie folgt:

- (1) **Einleitung des Gesprächs:** Der Arzt bereitet den Raum vor, indem er den Stuhl des Patienten umstellt, sich mit der Videodolmetschplattform verbindet, den Bildschirm in Richtung des Patienten dreht und den Bluetooth-Lautsprecher passend platziert. Er begrüßt den Patienten und holt seine Einwilligung in die Videoaufzeichnung ein.
- (2) **Sammeln von Informationen:** Anschließend fragt der Arzt den Patienten nach seinem Befinden und ob sich in letzter Zeit irgendetwas geändert hat. Da es der Arzt selbst war, der um dieses Gespräch gebeten hatte, war es dem Anschein nach nicht notwendig, den Patienten nach den Grund seines Erscheinens zu fragen: Der Arzt bat den Patienten in das Gesundheitszentrum, um ihn über den anstehenden Krankenhaustermin zu informieren. Nichtsdestotrotz empfand der Arzt es offensichtlich als angebracht, den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten zu erfragen. Mit Erfolg, denn tatsächlich gab es eine Veränderung seit dem letzten Gespräch, da der Patient Wunden im Mund bekommen hat.
- (3) **Körperliche Untersuchung:** In Folge kommt es zu einer kurzen körperlichen Untersuchung, bei der der Arzt die Wunden des Patienten untersucht.
- (4) **Erklärung und Planung der Behandlung:** Diese Gesprächsphase findet auf zwei Ebenen Anwendung. Auf der ersten Ebene stehen die Erklärung und Behandlung der neu aufgetretenen Symptome, nämlich der Wunden im Mund des Patienten. Der Arzt erklärt den Grund für ihr Aufkommen und verspricht die Behandlung mit einem Medikament, das er zu einem späteren Zeitpunkt während des Gesprächs im Ordinationsraum sucht. Auf der zweiten Ebene steht die Behandlung der Lippenspalte, also der gewünschte operative Eingriff. Der Arzt erklärt dem Patienten, wann und wo der Termin stattfinden wird und was er sich davon erwarten darf.
- (5) **Beenden des Gesprächs:** In der letzten Gesprächsphase verabschiedet sich der Arzt von der Dolmetscherin und dem Patienten. Auffallend ist an dieser Stelle das durchaus abrupte Ende des Gesprächs (Transkriptauszug 9). Der Arzt fragt nicht, ob der Patient noch Fragen hat, wie es im Calgary-Cambridge Guide und in der gemeinsamen Entscheidungsbildung

üblich ist. Im Gesprächsschritt 81 äußert er zu Anfang der Aussage die Rückkopplungspartikel „okay?“, wie er sie häufig benutzt, und der Patient artikuliert ein leises „mhm“. Daraufhin schließt der Arzt das Gespräch ab und innerhalb von 17 Sekunden (09:11–09:28) verabschiedet er sich von beiden Gesprächsparteien, woraufhin der Patient den Raum verlässt.

*Transkriptauszug 9 Beenden des Gesprächs*

|    |     |                                                                             |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 80 | DOC | Okay? Gut. Dann sind wir für heute fertig. Vielen Dank für die Übersetzung! |
| 81 | INT | Sehr gerne. Ich wünsche einen schönen Tag noch! Okay!                       |
| 82 | DOC | So, Herr ***, alles Gute, ja? Bis zum nächsten Mal! Lassen Sie nur!         |

Der Arzt hält sich also zu weiten Teilen – bewusst oder unbewusst – an den Calgary-Cambridge Guide. Wie in Kapitel 2 beschrieben, steht dieses im Einklang mit dem Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsbildung. Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsbildung ist Kommunikation: Die beiden Gesprächsparteien wägen gemeinsam Vor- und Nachteile ab, argumentieren ihre Präferenzen, um am Ende eine gemeinsame und transparente Entscheidung zu treffen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass dem Arzt auf der Makroebene die gemeinsame Entscheidungsbildung ein großes Anliegen ist. Immerhin vereinbart er eigens einen Termin mit dem Patienten, um ihn über einen anstehenden Termin zu informieren. Für einen Patienten mit deutscher Erst- oder Bildungssprache hätte wahrscheinlich eine E-Mail oder ein Anruf zum Zweck der Informationsvermittlung ausgereicht. Da dies aber nicht der Fall ist, lädt der Arzt den Patienten zu sich in die Ordination ein und veranlasst eine für das *neunerhaus* kostenpflichtige Videodolmetschung. Beim Gespräch selbst wiederholt er ganze fünf Mal (Gesprächsschritte 47, 50, 53, 57, 78) den Ort und das Datum des Treffpunkts. Er nimmt also einigen Aufwand auf sich, um sicherzugehen, dass der Patient ihn versteht.

Auf der Mikroebene kann nicht vollends erschlossen werden, ob die Behandlungsentscheidung gemeinsam getroffen wurde. Insbesondere da die vorliegende Videoaufzeichnung nur ein Gespräch von bis dato zehn darstellt, kann nicht final analysiert werden, inwieweit die Entscheidungen gemeinsam getroffen wurden. Was jedoch bei dem vorliegenden Gespräch auffällt, ist, dass der Arzt dem Patienten insgesamt nur drei Fragen stellt: In Gesprächsschritt 24 fragt er nach seinem aktuellen Gesundheitszustand („Wie geht es Ihnen? Hat sich in der letzten Zeit irgendwas verändert oder ist alles gleichgeblieben?“) und in Gesprächsschritt 33 („Bei der Lippe, oder?“) und 35 („[...] haben Sie dieses Problem in der Vergangenheit schon öfter gehabt oder ist das zum ersten Mal?“) fragt er nach den körperlichen Symptomen. Danach stellt er dem Patienten keine expliziten Fragen mehr. Die

Rückkopplungspartikel „okay?“, die der Arzt häufig benutzt, werden hier nicht als explizite Fragen angesehen.

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass der Arzt sehr wohl zu weiten Teilen auf eine gemeinsame Entscheidungsbildung und auf eine wohlstrukturierte Kommunikation bedacht ist. Allerdings ist dies auf der Mikroebene des Gesprächs nicht in großem Ausmaß erkennbar. Grund dafür ist mutmaßlich Zeitdruck: Der Termin begann mit 30 Minuten Verspätung und direkt anschließend war der nächste Termin mit Videodolmetschung geplant, der dann ebenfalls in Verzug geriet. Es ist möglich, dass der Arzt aufgrund ebendieses Zeitdrucks dem Patienten nur wenige Fragen stellte.

### **7.1.3. Visueller Zugang und Blickverhalten der Gesprächsparteien**

Aus dem quantifizierten Blickverhalten des Arztes (Tabelle 7) lässt sich ersehen, dass der Arzt die Dolmetscherin und den Patienten ähnlich häufig und lang andauernd ansieht. Dafür können mehrere Gründe mutmaßlich identifiziert werden. Erstens schaut der Arzt nach jedem seiner Turns zur Dolmetscherin, wie um ihr zu signalisieren, dass sie nun dolmetschen soll: Er vervollständigt seinen Gesprächsschritt den Patienten anblickend, dreht dann den Kopf zur Dolmetscherin und fordert sie auf diese Weise nonverbal auf, seine Aussage zu dolmetschen. Zweitens blickt der Arzt zur Dolmetscherin, während sie die Aussagen des Patienten auf Deutsch wiedergibt, aber auch, wenn sie auf Bulgarisch spricht.

Tatsache ist, dass der Arzt die Dolmetscherin fast genauso häufig und nur geringfügig kürzer als den Patienten anblickt. Diese Ergebnisse decken sich nicht mit den Studien von Bot (2005) und Mason (2012), bei denen die Dolmetscher:innen vor Ort fast gar nicht oder nur ganz kurz angeblickt werden. Um jedoch Rückschlüsse auf das generelle Blickverhalten von videogedolmetschten Ärzt:innen-Patient:innen-Gesprächen zu ziehen, ist selbstverständlich ein weit- aus größerer und diversifizierter Korpus vonnöten.

Alle diese Faktoren beeinflussen die Sicht der Dolmetscherin auf die nonverbale Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt. Während die Analyse dieser Faktoren in der vorliegenden Studie nicht durchgeführt werden kann, wird dringlich vorgeschlagen, dies in weiteren Studien aus Sicht von Dolmetscher:innen zu untersuchen. Ergebnisse solcher Untersuchungen könnten eine Verbesserung der praktischen Arbeitsweisen von Videodolmetscher:innen und den Nutzer:innen ihrer Dolmetschungen mit sich führen.

#### 7.1.4. Sitzkonstellation und Blickverhalten

Die Sitzkonstellation bedingt in einem großen Maße die Blickmöglichkeiten von Gesprächsteilnehmenden. Im vorliegenden Fall gilt dies umso mehr, da eine Gesprächsteilnehmerin, die Dolmetscherin, ihr Blickfeld nicht unilateral verändern kann: Nur der Arzt verfügt über die Webcam, die Dolmetscherin kann darauf nichts selbstständig Einfluss nehmen. Der Arzt stellte die Webcam vor Beginn des Gesprächs so ein, dass die Dolmetscherin ihn und den Patienten im Blick hat, allerdings den Patienten deutlich kleiner als den Arzt. Es kann gemutmaßt werden, dass sie dadurch die nonverbalen Mittel des Patienten weniger gut erkennen bzw. lesen konnte.

Die befragten Videodolmetscher:innen bei Koller und Pöchlhammer (2018: 102) gaben an, dass sie durchaus Einfluss auf die Positionierung der Webcam nehmen könnten. Sie wurden von den anderen Gesprächsparteien gefragt oder baten eigenständig um eine Neuplatzierung der Kamera. Sie empfanden in dieser Hinsicht keinen Unterschied zum Präsenzdolmetschen. Im vorliegenden Fall hat die Dolmetscherin nichts dergleichen geäußert, woraus geschlussfolgert werden kann, dass sie mit der Platzierung der Kamera zufrieden war.

Das Blickverhalten des Arztes zeichnet sich dadurch aus, dass er in dieser Dreierkonstellation seinen Kopf immer wieder zwischen der Dolmetscherin und dem Patienten hin- und herdrehen muss. Dieselbe Konstellation ist bei Mason (2012: 192) zu finden, nur dass in seinem Fall der:die Dolmetscher:in seinen:ihren Kopf hin- und herdrehen muss. Die Sitzkonstellation gleicht einem stumpfwinkligen Dreieck, bei dem die Position des Arztes am stumpfen Winkel zu finden ist. Dies erfordert eine aufwendige Kopfbewegung vonseiten des Arztes und gleichzeitig eine Einschränkung seines Blickfeldes: Der Arzt kann seine beiden Gesprächspartner:innen nie gleichzeitig anblicken. Wenn man nun also bedenkt, dass der Arzt meist die Dolmetscherin anblickt, wenn diese mit dem Patienten spricht, kann man daraus schließen, dass der Arzt das nonverbale Rückkopplungsverhalten des Patienten nicht sieht. In anderen Worten: Wenn der Patient beispielsweise nickt oder den Kopf schüttelt, die Augenbrauen hebt oder auf sonstige Art seinen Gesichtsausdruck verändert, besteht die Möglichkeit, dass der Arzt dies übersieht, weil er in jenem Moment zur Dolmetscherin blickt. Dies würde nicht passieren, wenn das Dreieck gleichschenkelig wäre und alle Gesprächsteilnehmenden sich gleichzeitig anblicken könnten.

Die Sitzkonstellation hat also einen maßgeblichen Einfluss auf das Blickfeld und das Blickverhalten. Das Blickfeld und -verhalten wiederum bestimmt, ob die Gesprächs-

teilnehmenden nonverbale Kommunikationsmittel der anderen wahrnehmen. Wenn diese nicht wahrgenommen werden, wird der kommunikative Ablauf der Interaktion verändert.

#### **7.1.5. Sprecher:innenwechsel und „Chunking“ des Arztes**

Wie in der Analyse dargelegt, teilt der Arzt längere Sprechpassagen in kleinere Abschnitte, die die Dolmetscherin häppchenweise dolmetschen kann. Diese Aufteilung wird bei Wadensjö (1998) *fragmentation*, bei Licoppe und Veyrier (2020) *chunking* und bei Hansen und Svennevig (2021) *temporary suspension places* genannt. Der Arzt generiert seine Sprechpausen, in denen gedolmetscht werden soll, auf unterschiedliche Weise: Er richtet etwa am Ende seiner Teilaussage den Blick auf die Dolmetscherin oder lässt seine Intonation sinken oder hört einfach auf zu sprechen und die Dolmetscherin springt gleich ein. Es sind nonverbale Kommunikationsmittel, die die Dolmetscherin sofort auffasst. Der Arzt beginnt jede seiner Teilaussagen in dieser längeren Passage mit der rhetorischen Frage und Rückkopplungspartikel „Okay?“. Es scheint, als wolle er sichergehen, dass der Patient die Dolmetschung verstanden hat. Allerdings wartet der Arzt nie eine Antwort des Patienten ab, sondern setzt einfach wieder zum Sprechen an.

Die Analyse dieses Gesprächsteils bestätigt die Thesen der oben besprochenen Literatur (Wadensjö 1998; Licoppe & Veyrier 2020; bei Hansen & Svennevig 2021): Die primären Gesprächsteilnehmenden stückeln längere Aussagen in „dolmetschgerechte“ Happen. Die Koordination des Sprecher:innenwechsels wird in diesem Fall vollständig vom Arzt übernommen und geschieht mehr oder weniger explizit durch verschiedene nonverbale Kommunikationsmittel.

#### **7.1.6. Rückkopplungsverhalten der Gesprächsparteien**

Aus der Analyse des Rückkopplungsverhaltens im vorliegenden Fall geht hervor, dass alle drei Gesprächsparteien darauf bedacht sind, ihr Verstehen mittels Nicken und Partikeln wie „ja“ zu demonstrieren und bei den anderen Gesprächsparteien mittels Partikeln wie „okay?“ danach zu fragen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Gavioli (2012): Durch die Rückkopplung bzw. die Minimalrückmeldungen wird offensichtlich, dass die drei Parteien das Gespräch gemeinsam, also ko-konstruieren.

Diese Erkenntnisse sind ein weiterer Hinweis für die Art der Kommunikation des Arztes: Wie oben bereits erörtert, findet sich seine Kommunikationsweise wohl am ehesten in dem gemeinsamen Entscheidungsbildungsmodell wieder. Er ist darauf bedacht, dass der Patient

und er die Behandlungsentscheidung gemeinsam treffen. Daher ist es ihm auch ein Anliegen, dass der Patient ihn erstens sprachlich und zweitens auch fachlich versteht.

#### **7.1.7. Gestik des Arztes**

Der Arzt unterstreicht seine verbalen Aussagen mit nonverbalen Kommunikationsmitteln. Er nutzt dabei eine Kombination aus semantischen Gesten und Gesten zur Unterstreichung. Der Arzt greift insgesamt zu verbalen und nonverbalen – also zu multimodalen – Kommunikationsmitteln (Davitti & Pasquandrea 2017), um seine Nachricht zu übermitteln.

Die ausladende Gestik des Arztes fällt bei der Bearbeitung der Daten auf. Es kann gemutmaßt werden, dass er bei einem deutschsprachigen Patienten nicht so sehr auf seine nonverbalen Kommunikationsmittel bauen würde. Auf Basis der verfügbaren Daten kann jedoch nicht festgestellt werden, ob der Arzt ebenso stark gestikulieren würde, wenn er mit einem deutschsprachigen Patienten sprechen würde. Eine mögliche Hypothese ist, dass der Arzt so auffallend gestikuliert, weil er den Patienten – der ja die deutsche Aussage nicht versteht und auf die Dolmetschung warten muss – nonverbal in das Gespräch einbinden will und seine Aufmerksamkeit aufrechterhalten will.

#### **7.1.8. Zwiegespräche: „In der Zwischenzeit kam eine Frage auf“**

Zwiegespräche sollten zur Ausnahme in einem gedolmetschten Gespräch gehören. In einem idealen Gesprächsablauf wird nach jedem Gesprächsschritt gedolmetscht, damit die beiden primären Gesprächsparteien jederzeit wissen, wovon gerade gesprochen wird (Wadensjö 1998: 234). Im vorliegenden Gespräch kam es zu zwei kurzen Zwiegesprächen.

Im Zwiegespräch zwischen dem Arzt und der Dolmetscherin fragt er sie nach ihrer Einwilligung in die Videoaufzeichnung. Diese sieben Gesprächsschritte werden von der Dolmetscherin nicht ins Bulgarische übertragen. Infolgedessen kann der Patient also nur mutmaßen, worum es bei diesem kurzen Gespräch ging. Dies kann zur Folge haben, dass der Patient sich nicht miteinbezogen fühlt.

Anders ist es im zweiten Zwiegespräch, jenem zwischen dem Patienten und der Dolmetscherin. Die Dolmetscherin bedeutet dem Patienten, einen Moment zu warten, und stellt dem Arzt dann mit einer referierenden Einleitung (Gesprächsschritt 64: „Ähm, in der Zwischenzeit kam eine Frage auf...“) die Frage des Patienten auf Deutsch. Ihr Umgang mit dem zweiten Zwiegespräch zeugt von einem hohen Professionalitätsgrad. Sie antwortet nicht

direkt auf die Frage des Patienten, sondern verweist ihn auf den Arzt und schweigt, solange dieser außerhalb ihres Kameraradius ist.

Es ist aber auch möglich, dass es nichts mit ihrem Professionalitätsgrad zu tun hatte, sondern vielmehr mit der Art des Fragestellens vonseiten des Patienten. Er stellt die Frage nämlich nicht direkt an sie, sondern verweist selbst auf den Arzt, indem er sagt: „Können Sie nachfragen, ob [...]“ (Gesprächsschritt 62). So ist die Dolmetscherin gar nicht versucht, selbst zu antworten, sondern bejaht lediglich und bedeutet ihm, er solle einen Moment warten. In dieser Argumentation könnte ein weiterer Aspekt sein, dass der Umgang der Dolmetscherin mit dem ersten Zwiegespräch nicht professionell war. Sie dolmetscht nicht, was sie und der Arzt geredet haben, und schließt so den Patienten kurzzeitig aus. Grund hierfür kann auch ein dem Gespräch inhärenter Machtaspekt sein: Der Arzt ist der Kunde, er bzw. das Gesundheitszentrum sind diejenigen, die die Kosten tragen, daher wird versucht, für ihn alles zu dolmetschen, der Patient ist in diesem Szenario zweitrangig. Wenn diese Hypothese standhielte, hätte das enorme Auswirkungen auf das Neutralitäts- und Unparteilichkeitsverständnis von Dolmetscher:innen. Die Hypothese kann aber mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

Ein weiterer videodolmetschspezifischer Aspekt, der beim zweiten Zwiegespräch aufkommt, ist, dass die Dolmetscherin währenddessen nicht weiß, dass der Arzt sich noch im Raum befindet. Er steht auf und bewegt sich aus ihrem Kameraradius, ohne genaue Angaben, wohin er geht oder wie lange er dort bleiben wird. Die Dolmetscherin kann also nicht wissen, dass er sich noch im Raum befindet. Sie bittet den Patienten vielleicht auch aus diesem Grund, einen Moment zu warten: Wenn sie gewusst hätte, dass der Arzt sich noch im Raum befindet, hätte sie theoretisch auch ohne Blickkontakt die Frage stellen können. Dem ist aber nicht so und sie wartet ab, bis sie ihn wieder sieht. Bei einem Dolmetschgespräch vor Ort, bei dem die Sicht des:der Dolmetscher:in flexibler ist, wäre dies wahrscheinlich anders abgelaufen. Ein weiteres Argument dafür, dass die technischen Gegebenheiten den kommunikativen Ablauf des Gesprächs maßgeblich beeinflussen.

Alles in allem lässt sich also feststellen, dass es zu Zwiegesprächen kam und dass der Umgang der Dolmetscherin damit Fragen aufwirft. Das erste Zwiegespräch lässt sie unkommentiert und gibt es dem Patienten nicht wieder; das zweite Zwiegespräch zeichnet sich durch einen vorbildhaften Umgang ihrerseits aus. Was die Gründe für die unterschiedliche Handhabung sind, ist letztlich Spekulation.

## 7.2. Schlussfolgerungen

In der Diskussion wurden zwar einige Fragen beantwortet, aber noch mehr wurden aufgeworfen. Man kann aus der Analyse der Videoaufzeichnungen jedoch einige Erkenntnisse ziehen. Die Hauptschlussfolgerung aus der multimodalen Analyse dieses Einzelfalls ist folgende: Videodolmetschen ermöglicht das Gespräch und gleichzeitig beeinflusst es dieses in bedeutendem Ausmaß. In anderen Worten: Ohne Videodolmetschen gäbe es das Gespräch nicht, gleichzeitig ergeben sich dadurch aber auch bestimmte Aspekte, die den kommunikativen Ablauf des Gesprächs beeinflussen. Diese Aspekte sind videodolmetschspezifisch, d. h., sie ergeben sich durch dieses spezifische Setting und würden so beim Präsenzdolmetschen nicht vorkommen.

Der Einfluss der videodolmetschspezifischen Aspekte kann in zwei Bereiche unterteilt werden:

- (1) der Einfluss der technischen Gegebenheiten:** Die technischen Mittel beeinflussen die Kommunikation. Eine gute Internetverbindung ist fundamental für einen reibungslosen Ablauf. Nach Angaben des Arztes ist eine Verbesserung bei der Akustik und praktischen Handhabung zu vermerken, seit das Gesundheitszentrum auf einen kabellosen Bluetooth-Lautsprecher umgestiegen ist. Die Webcam will strategisch platziert werden und sollte eine ausreichende Bildqualität aufweisen, damit auch nonverbale Kommunikationsmittel wahrgenommen werden können. Ebenso üben die Platzierung, Größe und Auflösung des Endgeräts einen Einfluss auf die Kommunikation aus.
- (2) der Einfluss der räumlichen Gegebenheiten und die daraus folgenden audiovisuellen Einschränkungen:** Wie die Gesprächsparteien – ob physisch und virtuell anwesend – räumlich angeordnet sind, hat einen Einfluss auf die Kommunikation. Die vorliegende Sitzkonstellation hat beispielsweise zur Folge, dass der Arzt seinen Kopf aufwendig hin- und herdrehen muss, was bedeuten kann, dass er nonverbale Kommunikationsmittel seiner beiden Gesprächspartner:innen übersieht. Außerdem sieht die Dolmetscherin den Patienten größer als den Arzt und umgekehrt sieht der Patient die Dolmetscherin weiter entfernt als der Arzt sie sieht. Auch das kann zur Folge haben, dass wichtige nonverbale Mittel übersehen werden. Die bewegungseingeschränkte Position der Dolmetscherin beeinflusst die Kommunikation konkret bei der körperlichen Untersuchung, wo der Arzt ihr so den Rücken zudreht, dass er ihre Sicht auf den Patienten verhindert.

Die initialen Forschungsfragen, welche technischen, räumlichen und kommunikativen Voraussetzungen das Videodolmetschgespräch ermöglichen und inwiefern diese das Gespräch beeinflussen, wurden somit beantwortet. Die dritte Frage, nämlich ob die dem Videodolmetschen im Gesundheitswesen eigenen Spezifika erfasst werden können, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben. Es können zwar Mutmaßungen angestellt werden, die aber ohne den direkten Vergleich mit Videodolmetschen in anderen Branchen nicht bewiesen werden können.

Abschließend soll auf die Limitationen der vorliegenden Studie hingewiesen werden. Es handelt sich beim vorliegenden Fall um einen Einzelfall. Um allgemeine Aussagen über Videodolmetschen treffen zu können, bedarf es einer größeren Datenmenge. Allerdings könnte an dieser Stelle wiederum argumentiert werden, dass man ohnehin nicht von einem Fall auf den nächsten schließen kann, denn dann müsste man über den zweiten genauso viel wissen wie über den ersten (Walford 2007: 159). Auch wenn also nicht auf andere Fälle geschlossen werden kann, könnten bei einer größeren Datenmenge dennoch summierte Aussagen über die untersuchten Fälle getroffen werden. Der vorliegende Fall kann auch nur sehr eingeschränkt mit der Forschungsliteratur verglichen werden, da er eine der ersten Videoaufzeichnungen ihrer Art darstellt.

Dennoch können Aussagen über diesen Einzelfall getroffen werden. Die Leser:innen können in das Setting des Videodolmetschens im Gesundheitswesen eintauchen, zu dem sie normalerweise keinen Zugang haben. Sie können darüber informiert werden, wie dieser konkrete Fall ablief, welche Vorkehrungen dieser bestimmte Arzt getroffen hat, wie der Umgang mit dieser Dolmetscherin war, usw. Daraus können zwar keine Generalisierungen abgeleitet werden, nichtsdestotrotz kann über das Thema informiert werden (Walford 2007: 164).

Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre es in jedem Fall interessant, eine größere Datenmenge zu untersuchen. So bestünde die Möglichkeit, die untersuchten Fälle untereinander zu vergleichen und allgemeinere Aussagen treffen zu können. Interessant wäre auch der Vergleich mit anderen Institutionen, seien es andere Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen oder andere Branchen wie Justiz oder Behörden. Eine weitere Möglichkeit könnte sein, die vorliegende Studie zu replizieren und bei *neunerhaus* einen weiteren Fall mit Video aufzuzeichnen. Damit könnte verglichen werden, ob bzw. was sich in einem bestimmten Zeitraum bei der Handhabung von Videodolmetschen in der Ordination des Gesundheitszentrums verändert hat.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, an die vorliegende Studie anzuknüpfen. Wie bereits erläutert, besteht im Bereich Videodolmetschen im Gesundheitswesen noch großer Forschungsbedarf. Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit füllen einen Teil dieser Forschungslücke und können als Grundlage für weitere Studien in diese Richtung dienen.

## Bibliografie

- Amesberger, Lena & Martina Klammer (2018) *Medizinisches Videodolmetschen bei neuerhaus. Befragung eines Nutzers*. Seminararbeit, Universität Wien.
- Angelelli, Claudia (2000) Interpreting as a communicative event: A look through Hymes' lenses. *Meta* 45 (4), 580–592.
- Angelelli, Claudia (2019) *Healthcare Interpreting Explained*. London/New York: Routledge.
- Azarmina, Pejman & Paul Wallace (2005) Remote interpretation in medical encounters: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11 (3), 140–145.
- Baraldi, Claudio & Laura Gavioli (eds.) (2012) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Blommaert, Jan & Dong Jie (2010) *Ethnographic Fieldwork: A Beginner's Guide*. Bristol/ Buffalo: Multilingual Matters.
- BMEIA – Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten (2019) „Statistisches Jahrbuch. migration & integration 2019“. <https://www.bmeia.gv.at/integration/integrationsbericht/> (26.04.20).
- Bot, Hanneke (2005) *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Amsterdam: Rodopi.
- Braun, Sabine (2004) *Kommunikation unter widrigen Umständen? Fallstudien zu einsprachigen und gedolmetschten Videokonferenzen*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Braun, Sabine (2007) Interpreting in small-group bilingual videoconferences: Challenges and adaptation. *Interpreting* 9 (1), 21–46.
- Braun, Sabine (2015a) Video conference interpreting. In: F. Pöchhacker (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 437–439.
- Braun, Sabine (2015b) Remote interpreting. In: R. Jourdenais & H. Mikkelsen (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London/New York: Routledge, 352–367.
- Braun, Sabine (2016) The European AVIDICUS projects: Collaborating to assess the viability of video-mediated interpreting in legal proceedings. *European Journal of Applied Linguistics* 4 (1), 173–180.
- Braun, Sabine (2019) Technology and interpreting. In: M. O'Hagan (ed.) *The Routledge Handbook of Translation and Technology*. London/New York: Routledge, 271–288.
- Braun, Sabine & Judith Taylor (eds.) (2012) *Videoconference and Remote Interpreting in Criminal Proceedings [based on the final AVIDICUS Symposium in 2011]*. Cambridge: Intersentia.

- Braun, Sabine, Elena Davitti & Sara Dicerto (2016) “AVIDICUS 3 Project. Research Report”.  
<http://www.videoconference-interpreting.net> (22.02.2022).
- Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff & Boris Nieswand (<sup>2</sup>2015) *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. Stuttgart/Konstanz: UTB/UKV.
- Brône, Geert, Bert Oben, Annelies Jehoul, Jelena Vranjes & Kurt Feyaerts (2017) Eye gaze and viewpoint in multimodal interaction management. *Cognitive Linguistics* 28 (3), 449–483.
- Bundeskanzleramt (2022) „Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten in Europa“. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/verfassung/grund-und-menschenrechte/europaeische-menschenrechtskonvention-europaratsuebereinkommen/schutz-menschenrechte-grundfreiheiten-europa.html> (18.02.2022).
- Charles, Cathy, Amiram Gafni & Tim Whelan (1997) Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44 (5), 681–692.
- Charles, Cathy, Amiram Gafni & Tim Whelan (1999a) Decision-making in the physician–patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49 (5), 651–661.
- Charles, Cathy, Tim Whelan & Amiram Gafni (1999b) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *The BMJ* 319 (7212), 780–782.
- Clifford, Andrew (2004) Is fidelity ethical? The social role of the healthcare interpreter. *TTR: traduction, terminologie, redaction* 17 (2), 89–114.
- Davitti, Elena & Sergio Pasquandrea (2017) Embodied participation: What multimodal analysis can tell us about interpreter-mediated encounters in pedagogical settings. *Journal of Pragmatics* 107, 105–128.
- Davitti, Elena (2019) Methodological explorations of interpreter-mediated interaction: Novel insights from multimodal analysis. *Qualitative Research* 19 (1), 7–29.
- De Boe, Esther (2020) *Remote Interpreting in Healthcare Settings. A Comparative Study on the Influence of Telephone and Video Link Use on the Quality of Interpreter-Mediated Communication*. Dissertation, University of Antwerp.
- Duncan, Starkey (1974) On the structure of speaker–auditor interaction during speaking turns. *Language in Society* 3 (2), 161–180.
- Enfield, Nick (2005) The body as a cognitive artifact in kinship representations: Hand gesture diagrams by speakers of Lao. *Current Anthropology* 46 (1), 51–81.

- Gavioli, Laura (2012) Minimal responses in interpreter-mediated medical talk. In: C. Baraldi & L. Gavioli (eds.) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 201–227.
- Gerwing, Jennifer & Anne Marie Landmark Dalby (2014) Gestures convey content: An exploration of the semantic functions of physicians' gestures. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 308–314.
- Goffman, Erving (1981) *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1994) *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Goodwin, Charles (1981) *Conversational Organization: Interaction Between Speakers and Hearers*. New York: Academic Press.
- Hale, Sandra Beatriz (2007) *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hansen, Jessica Pedersen Belisle (2020a) *Video-Mediated Interpreting. The Interactional Accomplishment of Interpreting in Video-Mediated Environments*. Dissertation, University of Oslo.
- Hansen, Jessica Pedersen Belisle (2020b) Invisible participants in a visual ecology: Visual space as a resource for organising video-mediated interpreting in hospital encounters. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality* 3 (3), 1–26.
- Hansen, Jessica Pedersen Belisle & Jan Svennevig (2021) Creating space for interpreting within extended turns at talk. *Journal of Pragmatics* 182, 144–162.
- Havelka, Ivana (2015) Videodolmetschen im Gesundheitswesen – ein österreichisches Pilotprojekt: Untersuchung zum Entfremdungsgefühl. In: Z. Bohušová & M. Kadrić (eds.) *Dolmetschen*. Wien: Praesens-Verlag, 141–155.
- Havelka, Ivana (2018) *Videodolmetschen im Gesundheitswesen: Dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme.
- Heath, Christian (1986) *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: University Press.
- Heath, Christian, Jon Hindmarsh & Paul Luff (2011) *Video in Qualitative Research: Analysing Social Interaction in Everyday Life*. Los Angeles: Sage Publications.
- Hellwig, Birgit & Dieter Van Uytvanck (2021) “Linguistic Annotator. ELAN. version 2.6. Manual”. [http://www.mpi.nl/tools/elan/ELAN\\_Manual.pdf](http://www.mpi.nl/tools/elan/ELAN_Manual.pdf) (31.01.2021).
- Henne, Helmut & Helmut Rehbock (1995) *Einführung in die Gesprächsanalyse*. Berlin/New York: De Gruyter.

- Hornberger, John, Count Gibson, William Wood, Christian Dequeldre, Irene Corso, Barbara Palla & Daniel Bloch (1996) Eliminating language barriers for non-English-speaking patients. *Medical Care* 34 (8), 845–856.
- Hutchby, Ian & Robin Wooffitt (2008) *Conversation Analysis*. Cambridge: Polity.
- Iacono, Katia (2021) *Dolmetschen im Medizintourismus*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- IERM (2019) „Neue Wege zur Chancengerechtigkeit – Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Einladung zum Round Table“. [https://ierm.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/i\\_ierm/Veranstaltungen/Videodolmetschen\\_im\\_Gesundheitswesen\\_06.11.2019.pdf](https://ierm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_ierm/Veranstaltungen/Videodolmetschen_im_Gesundheitswesen_06.11.2019.pdf) (20.04.2022).
- Jewitt, Carey (ed.) (2014) *The Routledge Handbook of Multimodal Analysis*. London/New York: Routledge.
- Jewitt, Carey, Jeff Bezemer & Kay O'Halloran (2016) *Introducing Multimodality*. London/New York: Routledge.
- Jones, David, Paramjit Gill, Robert Harrison, Richard Meakin & Paul Wallace (2003) An exploratory study of language interpretation services provided by videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare* 9 (1), 51–56.
- Kadrić, Mira (2006) *Dolmetschen bei Gericht. Erwartungen. Anforderungen. Konzepte*. Wien: Facultas.
- Kaelin, Lukas, Maria Kletečka-Pulker & Ulrich Körtner (Hrsg.) (2013) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich.
- Kendon, Adam (1972) Review of the book *Kinesics and context* by Ray Birdwhistell. *The American Journal of Psychology* 85 (3), 441–455.
- Kendon, Adam (2011) Gesticulation and speech: Two aspects of the process of utterance. In: M. R. Key. (ed.) *The Relationship of Verbal and Nonverbal Communication*. Berlin/Boston: De Gruyter Mouton, 207–227.
- Kerr, Jacqueline, Jutta Engel, Anne Schlesinger-Raab, Hansjörg Sauer & Dieter Hölzel (2003) Communication, quality of life and age: Results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology* 14 (6), 421–427.
- Klammer, Martina & Franz Pöchhacker (2021) Video remote interpreting in clinical communication: A multimodal analysis. *Patient Education and Counseling* 104 (12), 2867–2876.

- Kletečka-Pulker, Maria & Sabine Parrag (2015) „Pilotprojekt ‚Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen.‘ Endbericht“. [https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht\\_QVC.pdf](https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht_QVC.pdf) (28.6.2018).
- Kletečka-Pulker, Maria (2013) Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: L. Kaelin, M. Kletečka-Pulker & U. Körtner (Hrsg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich, 45–70.
- Kletečka-Pulker, Maria (2016) Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich – Reduktion des Haftungsrisikos durch Videodolmetschen. *GesR - GesundheitsRecht* 2016 (4), 206–213.
- Koller, Myriam & Franz Pöchhacker (2018) “The work and skills”: A profile of first-generation video remote interpreters. In: J. Napier, R. Skinner & S. Braun (eds.) *Here or There: Research on Interpreting via Video Link*. Washington: Gallaudet University Press, 89–110.
- Korak, Christina Anna (2010) *Remote Interpreting via Skype: Anwendungsmöglichkeiten von VoIP-Software im Bereich Community Interpreting – Communicate Everywhere?* Berlin: Frank & Timme.
- Krystallidou, Demi (2014) Gaze and body orientation as an apparatus for patient inclusion into/exclusion from a patient-centred framework of communication. *The Interpreter and Translator Trainer* 8 (3), 399–417.
- Krystallidou, Demi (2016) Investigating the interpreter's role(s): The A.R.T. framework. *Interpreting* 18 (2), 172–197.
- Kurtz, Suzanne & Jonathan Silverman (1996) The Calgary-Cambridge referenced observation guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education* 30 (2), 83–89.
- Kurtz, Suzanne, Jonathan Silverman & Juliet Draper (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Kurtz, Suzanne, Jonathan Silverman, John Benson & Juliet Draper (2003) Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine* 78 (8), 802–809.

- Lang, Ranier (1978) Behavioral aspects of liaison interpreters in Papua New Guinea: Some preliminary observations. In: D. Gerver & H. W. Sinaiko (eds.) *Language Interpretation and Communication*. Boston: Springer, 231–244.
- Lee, Josephine (2017) Multimodal turn allocation in ESL peer group discussions. *Social Semiotics* 27 (5), 671–692.
- Lee, Robert G. (2020) Role-space in VRS and VRI. In: H. Salaets & G. Brône (eds.) *Linking up with Video: Perspectives on Interpreting Practice and Research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 107–125.
- Licoppe, Christian (2017) Showing objects in skype video-mediated conversations: From showing gestures to showing sequences. *Journal of Pragmatics* 110, 63–82.
- Licoppe, Christian & Maud Verdier (2013) Interpreting, video communication and the sequential reshaping of institutional talk in the bilingual and distributed courtroom. *The International Journal of Speech, Language and the Law* 20 (2), 247–275.
- Licoppe, Christian & Clair-Antoine Veyrier (2017) How to show the interpreter on screen? The normative organization of visual ecologies in multilingual courtrooms with video links. *Journal of Pragmatics* 107, 147–164.
- Licoppe, Christian & Clair-Antoine Veyrier (2020) The interpreter as sequential coordinator in courtroom interaction: 'chunking' and the management of turn shifts in extended answers in consecutively interpreted asylum hearings with remote participants. *Interpreting* 22 (1), 56–86.
- Lion, Casey, Julie Brown, Beth Ebel, Eileen Klein, Bonnie Strelitz, Colleen Kays Gutman, Patty Hencz, Juan Fernandez & Rita Mangione-Smith (2015) Effect of telephone vs video interpretation on parent comprehension, communication, and utilization in the pediatric emergency department. *JAMA Pediatrics* 169 (12), 1117–1125.
- Locatis, Craig, Deborah Williamson, Carrie Gould-Kabler, Laurie Zone-Smith, Isabel Detzler, Jason Roberson, Richard Maisiak & Michael Ackerman (2010) Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of General Internal Medicine* 25 (4), 345–50.
- Locatis, Craig, Deborah Williamson, James Sterrett, Isabel Detzler & Michael Ackerman (2011) Video medical interpretation over 3G cellular networks: A feasibility study. *Telemedicine Journal and E-health* 17 (10), 809–813.
- Makoul, Gregory & Marla Clayman (2006) An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling* 60 (3), 301–312.

- Masland, Mary, Christine Lou & Lonnie Snowden (2010) Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. *Telemedicine Journal and E-health* 16 (6), 739–745.
- Mason, Ian (2012) Gaze, positioning and identity in interpreter-mediated dialogues. In: C. Baraldi & L. Gavioli (eds.) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 177–199.
- Menz, Florian (2013a) Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: F. Menz (Hrsg.) *Migration und medizinische Kommunikation: Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*. Göttingen/Wien: Unipress Vienna, 311–352.
- Menz, Florian (2013b) Wie viel Kommunikation braucht die Medizin? Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit. In: L. Kaelin, M. Kletečka-Pulker & U. Körtner (Hrsg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich, 3–17.
- Mondada, Lorenza (2013) The conversation analytic approach to data collection. In: J. Sidnell & T. Stivers (eds.) *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 32–56.
- Mondada, Lorenza (2014) The local constitution of multimodal resources for social interaction. *Journal of Pragmatics* 65, 137–156.
- Mondada, Lorenza (2019) Contemporary issues in conversation analysis: embodiment and materiality, multimodality and multisensoriality in social interaction. *Journal of Pragmatics* 145, 47–62.
- Moser-Mercer, Barbara (2003) *Remote interpreting: Assessment of human factors and performance parameters*. Joint project International Telecommunication Union (ITU), Université de Genève (ETI).
- Moser-Mercer, Barbara (2005) Remote interpreting: Issues of multi-sensory integration in a multilingual task. *Meta* 50 (2), 727–738.
- Mouzourakis, Panayotis (2003) “That feeling of being there: Vision and presence in remote interpreting”. <http://aiic.net/page/print/1173> (11.03.2022).
- Mouzourakis, Panayotis (2006) Remote interpreting: A technical perspective on recent experiments. *Interpreting* 8 (1), 45–66.

- Napier, Jemina (2012) Here or there? An assessment of video remote sign language interpreter-mediated interaction in court. In: S. Braun & J. Taylor (eds.) *Videoconference and remote interpreting in criminal proceedings [based on the final AVIDICUS Symposium in 2011]*. Cambridge: Intersentia, 167–714.
- Nápoles, Anna, Jasmine Santoyo-Olsson, Leah Karliner, Helen O’Brien, Steven Gregorich & Eliseo Pérez-Stable (2010) Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 21 (1), 301–317.
- neunerhaus (2022a) „Geschichte“. <https://www.neunerhaus.at/konzepte/organisation/geschichte/> (01.04.2022).
- neunerhaus (2022b) „Gesundheit“. <https://www.neunerhaus.at/hilfe/gesundheit/> (01.04.2022).
- Nicodemus, Brenda & Melanie Metzger (eds.) (2014) *Investigations in Healthcare Interpreting*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Niska, Helge (2002) Community interpreter training. Past, present, future. In: G. Garzone & M. Viezzi (eds.) *Interpreting in the 21<sup>st</sup> century. Challenges and opportunities; selected papers from the 1<sup>st</sup> Forlì Conference on Interpreting Studies*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 133–144.
- ORF (2019) „Dolmetscher im neunerhaus: 1.000 Gespräche“. <https://wien.orf.at/v2/news/stories/2960021/> (20.04.2022).
- Ozolins, Uldis (2015) Ethics and the role of the interpreter. In: R. Jourdenais & H. Mikkelsen (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London/New York: Routledge, 319–336.
- Plattform für Patientensicherheit (2022) „Videodolmetschen Pilotprojekt“. <https://www.plattformpatientensicherheit.at/themen-videodolmetschen.php> (28.02.2022).
- Pöchhacker, Franz & Miriam Shlesinger (eds.) (2007) *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pöchhacker, Franz (2000) Language barriers in Vienna hospitals. *Ethnicity and Health* 5 (2), 113–119.
- Pöchhacker, Franz (2014) Remote possibilities: Trialing simultaneous video interpreting for Austrian hospitals. In: M. Metzger & B. Nicodemus (eds.) *Investigations in Healthcare Interpreting*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 302–325.
- Pöchhacker, Franz (2016) *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.

- Pöchhacker, Franz (ed.) (2015) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz (2020) “Going video”: Mediality and multimodality in interpreting. In: H. Salaets & G. Brône (eds.) *Linking up with Video. Perspectives on interpreting practice and research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 13–45.
- Price, Erika Leemann, Eliseo Pérez-Stable, Dana Nickleach, Monica López & Leah Karliner (2012) Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 87 (2), 226–232.
- Prunč, Erich (2012) *Entwicklungslinien der Translationswissenschaft. Von den Asymmetrien der Sprache zu den Asymmetrien der Macht*. Berlin: Frank & Timme.
- Roat, Cynthia & Ineke Crezee (2015) Healthcare interpreting. In: R. Jourdenais & H. Mikkelsen (eds.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. New York: Routledge, 236–253.
- Roter, Debra & Judith Hall (1992) *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors. Improving Communication in Medical Visits*. Westport, CT: Auburn House.
- Roziner, Ilan & Miriam Shlesinger (2010) Much ado about something remote. Stress and performance in remote interpreting. *Interpreting* 12 (2), 214–247.
- Sacks, Harvey (1984) Notes on methodology. In: M. J. Atkinson & J. Heritage (eds.) *Structures of Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press, 21–27.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff & Gail Jefferson (1974) A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50 (4), 696–735.
- SAVD (2022a) „Über uns“. <https://www.savd.at/uber-uns/> (28.02.2022).
- SAVD (2022b) „Branchen“. <https://www.savd.at/branchen/videodolmetschen/> (23.02.2022).
- SAVD (2022c) „Jobs“. <https://www.savd.at/jobs/> (01.04.2022).
- SAVD (2022d) „neunerhaus“. <https://www.savd.at/portfolio-item/neunerhaus/> (01.04.2022).
- Schmidt-Glenewinkel, Annika (2013) *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion*. Berlin: Frank & Timme.
- Schulz, Thomas, Karin Leder, Ismail Akinci & Beverley-Ann Biggs (2015) Improvements in patient care: Videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Australian Health Review* 39 (4), 395–399.
- Silverman, Jonathan, Suzanne Kurtz & Juliet Draper (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

- Silverman, Jonathan, Suzanne Kurtz & Juliet Draper (<sup>3</sup>2013) *Skills for Communicating with Patients*. Boca Raton/London/New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Statistik Austria (2020) „Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2019)“. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html) (26.04.20).
- Statistik Austria (2021a) „Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2020)“. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html) (15.02.2022).
- Statistik Austria (2021b) „Bevölkerung mit Migrationshintergrund seit 2008“. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html) (15.02.2022).
- Studienpräses Büro (2018) „Anleitung zur studentischen sozialwissenschaftlichen Forschung: Auswirkungen der DSGVO für die Praxis“. <https://studienpraeses.univie.ac.at/infos-zum-studienrecht/wissenschaftliche-arbeiten/datenschutz-in-der-sozialwissenschaft/> (01.09.2019).
- Trummer, Ursula, Ulrich Müller, Peter Nowak, Thomas Stidl & Jürgen Pelikan (2006) Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling* 61 (2), 299–306.
- Tuma, René, Bernt Schnettler & Hubert Knoblauch (2013) *Videographie. Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden: Springer.
- Vranjes, Jelena, Geert Brône & Kurt Feyaerts (2018) Dual feedback in interpreter-mediated interactions: On the role of gaze in the production of listener responses. *Journal of Pragmatics* 134, 15–30.
- Vranjes, Jelena & Hanneke Bot (2021) A multimodal analysis of turn-taking in interpreter-mediated psychotherapy. *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 13 (1), 101–117.
- Vranjes, Jelena & Geert Brône (2021) Interpreters as laminated speakers: Gaze and gesture as interpersonal deixis in consecutive dialogue interpreting. *Journal of Pragmatics* 181, 83–99.
- Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*. London: Longman.

- Wadensjö, Cecilia (2001) Interpreting in crisis: The interpreter's position in therapeutic encounters. In: I. Mason (ed.) *Triadic Exchanges. Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome Publishing, 71–85.
- Walford, Geoffrey (2007) Everyone generalizes, but ethnographers need to resist doing so. In: B. Jeffrey, G. Troman & G. Walford (eds.) *Methodological Issues and Practices in Ethnography*. Amsterdam: JAI Press, 155–167.

## Anhang

### Datenschutzmitteilung

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten bzw. der persönlichen Daten der bei der Beobachtung anwesenden Personen (Arzt\_Ärztin, Dolmetscher\_innen, Patient\_innen) ist mir ein besonderes Anliegen. Die Daten werden daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 2f Abs 5 FOG) erhoben und verarbeitet. Diese Beobachtung wird im Zuge der Abfassung einer Masterarbeit an der Universität Wien erstellt. Die Daten können von der Lehrveranstaltungs-Leitung bzw. von dem Betreuer der wissenschaftlichen Arbeit, Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchhacker, für Zwecke der Leistungsbeurteilung eingesehen werden. Außerdem können sie einmalig und ohne Ton im Rahmen der Lehrveranstaltung Masterkolloquium zu wissenschaftlichen Vorführungszwecken gezeigt werden. Um Anonymität der Patient\_innen zu wahren, werden diese nur von hinten gefilmt.

Die erhobenen Daten dürfen gemäß Art 89 Abs 1 DSGVO grundsätzlich unbeschränkt gespeichert werden. Es besteht das Recht auf Auskunft durch die Verantwortliche an dieser Studie über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit.

Wenn Sie Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte gern an die Verantwortliche dieser Untersuchung: Martina KLAMMER [REDACTED], Studentin der Studienrichtung Master Translation mit Schwerpunkt Konferenzdolmetschen an der Universität Wien (Postadresse: [REDACTED]).

Für grundsätzliche juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO/FOG und studentischer Forschung wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universität Wien, Dr. Daniel Stanonik, LL.M. (verarbeitungsverzeichnis@univie.ac.at). Zudem besteht das Recht der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (bspw. über dsb@dsb.gv.at).

*Martina Klammer*

Martina Klammer, BA, Wien, 17.09.19

### Verschwiegenheitserklärung

Ich, die unterfertigte Martina KLAMMER, verpflichte mich – zusätzlich zu Einhaltung der DSGVO – zur Verschwiegenheit über personenbezogene Daten. Da es sich hier um vertrauliche Gespräche zwischen Arzt\_Ärztin und Patient\_in handelt, verpflichte ich mich zu einem besonders sensiblen Umgang mit den erhobenen Daten.

Die Patient\_innen und die Dolmetscher\_innen werden am Anfang der gedolmetschten Gespräche mündlich über deren Aufzeichnung aufgeklärt und es wird um ihre mündliche Einwilligung gebeten. Nur bei positiver Einwilligung werden die Gespräche aufgezeichnet. Diese Aufklärung kann wahlweise von mir oder dem Arzt erfolgen. Den Patient\_innen und Dolmetscher\_innen wird im Zuge dieser Aufklärung außerdem versichert, dass alle personenbezogenen Daten anonymisiert werden und nicht an Dritte weitergegeben werden.

*Martina Klammer*

Martina Klammer, BA, Wien, 17.09.19

## **Briefing für die Patient\_innen**

Wer: **Martina Klammer, Dolmetschstudentin** an der Uni Wien

Was: **Videoaufnahme** der Dolmetschung, danach analysieren  
**Keine Angst! Keine inhaltliche Analyse!** (Die Studentin interessiert sich nicht für den Inhalt)

Ihre Daten werden geschützt:

- **alle Daten anonymisiert**
- **keine persönlichen Daten veröffentlicht**
- **Datenschutzmitteilung und Verschwiegenheitserklärung** (von Studentin unterschrieben)
- **Mündliche Zustimmung** reicht

Die Dolmetscherin: ist **informiert** und hat **zugestimmt**

**Stimmen Sie der Videoaufnahme zu?**

**Vielen Dank!**

## Transkription

01 SAVD      Guten Tag.  
00:00:32.178 - 00:00:32.535

02 DOC      Ja guten Tag, hallo. \*\*\* \*\*\* mein Name, aus dem Gesundheitszentrum. Ich bin  
leider etwas spät dran mit meinem Patienten. Wir hatten um 10 einen Bulgarisch-Termin...  
00:00:32.392 - 00:00:40.000

03 SAVD      Ja.  
00:00:40.000 - 00:00:40.321

04 DOC      ...wo auch ausgemacht war, dass der Dolmetscher, die Dolmetscherin einver-  
standen ist, wenn er gefilmt wird von einer Studierenden.  
00:00:40.321 - 00:00:47.217

05 SAVD      Okay.  
00:00:47.217 - 00:00:47.576

06 DOC      Ich hoffe, dass die Person jetzt noch verfügbar ist.  
00:00:47.576 - 00:00:48.035

07 SAVD      Bleiben Sie kurz dran.  
00:00:48.750 - 00:00:50.214

08 DOC      Ja, dankeschön.  
00:00:50.037 - 00:00:50.986

SAVD      *Musik*      00:00:56.391 - 00:01:18.208

09 INT      Чao! Grüß Gott!  
00:01:18.774 - 00:01:20.864

10 DOC      Guten Tag.  
00:01:20.864 - 00:01:21.707

11 INT      \*\*\* mein Name, Dolmetscherin für Bulgarisch. Guten Tag.  
00:01:21.707 - 00:01:25.140

12 DOC      Wunderbar. Ähm jetzt, ganz zu Beginn direkt eine Frage: Sie sind informiert,  
dass heute eine Studierende bei mir ist, die das Gespräch aufzeichnet?  
00:01:24.500 - 00:01:32.535

13 INT      Ja!  
00:01:32.569 - 00:01:33.464

14 DOC      Wunderbar.  
00:01:33.464 - 00:01:33.928

15 INT        Alles klar. Ja, ich hab die Datenschutzerklärung bekommen. Alles ist in Ordnung, ja?  
00:01:33.928 - 00:01:38.442

16 DOC        Wunderbar. Dann möchte ich gerne gleich auch mit dem Patienten beginnen. Herr \*\*\*, vielen Dank, dass Sie auch einverstanden sind, dass das Gespräch aufgezeichnet wird.  
00:01:37.902 - 00:01:48.000

17 INT        А-а-а господин \*\*\*\* а-а-а-благодаря ви, че сте съгласен този разговор да се филмира, да бъде записван....  
Ü:        Ähm, Herr \*\*\* ä:hm, ich danke Ihnen, dass Sie damit einverstanden sind, dass dieses Gespräch gefilmt, aufgenommen werden kann...  
00:01:48.297 - 00:01:55.178

18 PAT        *hier spricht der Patient sehr undeutlich, „Kein Problem“, aber ich kann es nicht mit Sicherheit sagen. (Anm. der Bulgarischübersetzerin)*  
00:01:55.357 - 00:01:56.178

19 DOC        Okay. Sie können sich darauf verlassen, dass das, was da aufgenommen wird, nicht nach außen dringt. Es geht auch gar nicht darum, was wir sprechen, sondern wie ich mit der Dolmetscherin spreche.  
00:01:55.857 - 00:02:05.099

20 INT        Аха, а-а-а- това нещо, което се коментира в лекарския кабинет няма да излезе никъде, то си остава там, а-а-а- въпросът е а-а-а не дали...не това, което лекарят ще обсъжда с вас а как протича разговорът с а-а-а преводачката.  
Ü:        Aha, а-а-а-hm das was in der Arztpraxis kommentiert wird, wird nirgends herauskommen, es bleibt dort, а-а-а-hm die Frage ist а-а-а-hm ob...nicht das was der Arzt mit Ihnen bespricht, sondern wie das Gespräch mit der Dolmetscherin verläuft.  
00:02:05.327 - 00:02:22.06

21 PAT        Да.  
Ü:        Ja.  
00:02:22.244 - 00:02:22.573

22 DOC        Okay?  
00:02:22.998 - 00:02:23.324

23 INT        Ja.  
00:02:23.469 - 00:02:24.102

24 DOC        Gut. Dann, Herr \*\*\*, erzählen Sie mir mal: Wie geht es Ihnen? Hat sich in der letzten Zeit irgendwas verändert oder ist alles gleichgeblieben?  
00:02:24.000 - 00:02:31.285

25 INT            Аха а-а-а    Как се чувствате вие в последно време всичко, има ли някаква промяна или всичко е така, както си беше преди?

Ü:            Aha ä:hm, wie geht es Ihnen in der letzten Zeit, alles... gibt es eine Veränderung, oder ist alles gleichgeblieben?

00:02:31.386 - 00:02:40.048

26 PAT            Не...в смисъл , само ми се е разранила тука устата.    (*sehr undeutlich*)

Ü:            Nein... ich meine, ich habe nur Wunden im Mund.

00:02:40.586 - 00:02:44.328

27 INT            Aah, okay. Nein, ä:hm, er hat jetzt Wunden bekommen, äh, im Mund.

00:02:44.612 - 00:02:50.155

28 DOC            Mhm. Zeigen Sie mir das mal bitte!

00:02:50.095 - 00:02:51.943

29 INT            Покажете...

Ü:            Zeigen Sie...

00:02:52.290 - 00:02:53.194

30 PAT            Ето тука ми се е разранила.

Ü:            Hier sind die Wunden.

00:02:54.006 - 00:02:55.328

31 DOC            Okay.

00:02:55.399 - 00:02:56.052

32 INT            Mhm. Äh, da bekomme ich äh...

00:02:56.233 - 00:02:58.871

33 DOC            Bei der Lippe, oder? Mhm.

00:02:58.035 - 00:02:59.484

34 PAT            Аха.

Ü:            Aha.

00:02:59.750 - 00:03:00.520

35 DOC            Okay. Das ist vermutlich von den Zähnen. Ähm, haben Sie dieses Problem in der Vergangenheit schon öfter gehabt oder ist das zum ersten Mal?

00:03:01.464 - 00:03:08.133

36 INT            А-а-това най-вероятно е от зъбите а-а-а, този проблем имаште ли го и преди а-а-а или сега за първи път се появява?

Ü:            Ä:hm, das ist wahrscheinlich von den Zähnen ä:hm, hatten Sie das Problem in der Vergangenheit, oder ist das zum ersten Mal?

00:03:08.654 - 00:03:16.412

37 PAT            Сега за първи път ми се появява

Ü:            Es ist zum ersten Mal.

00:03:16.512 - 00:03:18.265

38 INT           Ja. Zum ersten Mal. Zum ersten Mal kommt es vor.  
00:03:18.545 - 00:03:21.315

39 DOC           Okay. Ähm, ich werde dann schauen, ob ich eine Lösung zum Pinseln habe, um diese Wunden zu behandeln.  
00:03:21.010 - 00:03:27.026

40 INT           А-а-ще погледна дали имам разтвор а-а-а за да намажа а-а-а, а-а-а раните, които са се появили.  
Ü:           Ähm, ich schaue, ob ich eine Lösung habe ä:hm um die Wunden ä:hm zu behandeln, die aufgetreten sind.  
00:03:27.250 - 00:03:34.200

41 DOC           Okay. Zunächst möchte ich aber gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie es bezüglich der Operation weitergehen wird.  
00:03:34.200 - 00:03:40.275

42 INT           А-а най-напред искам да обсъдя обаче с вас а-а-как ще протекат нещата оттук нататък с операцията.  
Ü:           Ä:h zuerst möchte ich aber mit Ihnen besprechen, wie die Dinge mit der Operation weiter gehen werden.  
00:03:40.860 - 00:03:47.300

43 DOC           Okay? Ich habe jetzt endlich nach längerer Zeit einen Termin für Sie, in einem Krankenhaus, ähm wo sich das ein Spezialist nochmal anschauen wird und dann darüber entscheidet, ob sie dort operiert werden können.  
00:03:47.380 - 00:04:02.246

44 INT           А-а- след доста време най-сетне успях да организирам за вас термин в болница, където специалистът ще ви прегледа и ще прецени дали ще трябва да ви оперира там.  
Ü:           Ä:hm nach einiger Zeit habe ich es endlich geschafft für sie einen Termin (*Die Dolmetscherin verwendet hier das deutsche Wort*) im Krankenhaus zu organisieren, wo ein Spezialist Sie dort untersuchen wird und entscheiden wird, ob er Sie dort operieren muss.  
00:04:02.873 - 00:04:15.230

45 DOC           Okay? Das ist diesmal ein anderes Krankenhaus. Mit dem letzten Spital, wo sie ja schon waren, hat es dann leider nicht funktioniert.  
00:04:15.453 - 00:04:23.770

46 INT           А-а-а това е друга болница, не е като та..., не е тази... ,която-о, в която бяхте последния път, а-а-а с нея нямаше да се направи този термин.  
Ü:           Ähm, das ist ein anderes Krankenhaus, ist nicht wie das... ist nicht das gleiche, wo Sie das letzte Mal waren, dort wäre der Termin (*erneut das deutsche Wort*) nicht möglich gewesen.  
00:04:24.724 - 00:04:34.430

47 DOC           Okay? Der Termin ist am Montag, den 21. Oktober.  
00:04:34.926 - 00:04:41.830

48 INT            Аха. А-а- да... часът ви за преглед ще бъде в понеделник на 21 октомври.  
Ü:            Aha, ähm ja... der Untersuchungstermin wird am Montag den 21 Oktober sein.  
00:04:42.540 - 00:04:51.120

49 PAT            Да.  
Ü:            Ja.  
00:04:51.220 - 00:04:51.670

50 DOC            Okay? Und ich hätte gerne, dass Sie um 9 Uhr Früh hierher kommen, in unser Gesundheitszentrum, und dann wird Sie jemand ins Krankenhaus begleiten, der auch auf Bulgarisch übersetzen kann.  
00:04:51.634 - 00:05:04.410

51 INT            А-а-а ще дойдете на тази дата на 21 октомври в 9 часа тук, където се намирате в момента в нашия здравен център, в neunerhaus ще дойдете, от тук до болницата ще ви придружи човек, който знае български език.  
Ü:            Ähm, Sie kommen an dem Tag, am 21. Oktober um 9 Uhr hierher, wo Sie sich im Moment befinden, in unserem Gesundheitszentrum, Sie kommen ins neunerhaus, von hier bis zum Krankenhaus wird Sie jemand begleiten, der Bulgarisch spricht.  
00:05:05.240 - 00:05:22.760

52 PAT            Да.  
Ü:            Ja.  
00:05:22.580 - 00:05:23.350

53 DOC            Okay? Es ist wichtig, dass Sie wirklich um 9 Uhr da sind, weil der Termin im Krankenhaus ist dann schon um 10. Das heißt, es ist nicht viel Zeit, um dorthin zu fahren.  
00:05:23.321 - 00:05:32.410

54 INT            А- много е важно наистина точно в 9 час а-а- защото а-а-а часът ви за преглед в болницата е в 10 часа и няма много време, нали, да се губи.  
Ü:            Ähm, es ist wirklich sehr wichtig, pünktlich um 9 Uhr ahm, weil der Termin für die Untersuchung im Krankenhaus wird um 10 sein, es wird also keine Zeit zum Verlieren geben.  
00:05:32.890 - 00:05:46.927

55 PAT            Да...  
Ü:            Ja...  
00:05:46.450 - 00:05:47.600

56 INT            Ja, okay.  
00:05:47.585 - 00:05:48.765

57 DOC            Okay? Ich habe Ihnen das hier nochmal aufgeschrieben: Montag, 21. Oktober, 9 Uhr, neunerhaus Gesundheitszentrum.  
00:05:48.460 - 00:05:55.510

58 PAT            Ок.  
Ü:            Okay.  
00:05:55.360 - 00:05:56.010

59 INT            Написах ви го на тази бележка в понеделник на 21 октомври в 9 часа в neunerhaus.

Ü:        Ich habe es Ihnen auf diesem Zettel aufgeschrieben, am Montag, den 21. Oktober, 9 Uhr, im neunerhaus.

00:05:55.810 - 00:06:02.614

60 DOC            Okay? Jetzt warten Sie noch kurz. Ich schau noch wegen der Lösung für die Wunden.

00:06:03.180 - 00:06:07.100

61 INT            Изчакайте така, ще погледна за разтвора за раните.

Ü:        Warten Sie kurz, ich schaue wegen der Lösung für die Wunden.

00:06:07.740 - 00:06:11.190

62 PAT            Може ли да попитате дали ще има със сигурност операция?

Ü:        Können Sie nachfragen, ob es mit Sicherheit eine Operation geben wird?

00:06:11.470 - 00:06:15.670

63 INT            Ок, изчакайте така...

Ü:        Ok, warten Sie ein Moment...

00:06:11.470 - 00:06:15.670

64 INT            Ähm, in der Zwischenzeit kam eine Frage.

00:06:55.620 - 00:06:57.580

65 DOC            Mhm.

00:06:57.580 - 00:06:58.220

66 INT            Und zwar: Steht es tatsächlich fest, dass es eine OP geben wird oder wie sieht's aus?

00:06:58.220 - 00:07:05.335

67 DOC            Also ich bin sehr zuversichtlich, dass das diesmal klappt. Die Entscheidung, ob es eine OP geben wird oder nicht, trifft aber auch dort wieder der der Experte im Krankenhaus.

00:07:05.335 - 00:07:14.798

68 INT            Аха. А-а-а Аз наистина съм а-а-а така обнадежден а-а-а, че този път наистина ще има операция, но решението се взема от -а-а лекаря специалист в самата болница.

Ü:        Aha, ahm... Ich bin wirklich hoffnungsvoll ahm, dass dieses Mal tatsächlich eine Operation geben wird, aber die Entscheidung wird ahm vom ärztlichen Spezialisten im Krankenhaus getroffen.

00:07:15.405 - 00:07:29.038

69 DOC            Okay? Das ist nicht ganz einfach, so eine Operation ohne Versicherung durchführen zu lassen. Aber ich bin guter Dinge, dass wir das schaffen.

00:07:28.860 - 00:07:37.443

70 INT            А-а-а не е много лесно а-а-а да се проведе такава операция, да се планира такава операция, без... когато човек не е здравно осигурен, но съм обнадежден и смятам, че ще успеем.

Ü:            Ä:hm, es ist nicht sehr einfach, ähm so eine Operation durchzuführen, so eine Operation zu planen, ohne... wenn man keine Krankenversicherung hat, aber ich bin guter Dinge, dass wir das schaffen.

00:07:38.000 - 00:07:50.620

71 DOC            Okay? Ich muss Sie nochmal um ein bisschen Geduld bitten, was das betrifft.  
00:07:53.025 - 00:07:59.126

72 INT            Потърпете още малко, имайте още малко търпение, надявам се, че нещата ще се уредят.

Ü:            Gedulden Sie sich ein bisschen, haben Sie noch ein bisschen Geduld, ich hoffe, dass sich alles regeln wird.

00:07:59.544 - 00:08:06.886

73 DOC            Okay? Und ich habe leider keine Lösung da für die Wunden im Mund. Das ist etwas, was wir auch nur auf Spendenbasis bekommen und ich habe so etwas leider heute nicht hier.

00:08:06.860 - 00:08:16.911

74 INT            За съжаление, не успях да намеря такъв разтвор за раните ви, тези разтвори ги получаваме само като дарения а-а-а и за съжаление в момента нямаме.

Ü:            Leider konnte ich keine Lösung für die Wunden finden, wir bekommen sie nur als Spenden und ähm leider haben wir sie im Moment nicht.

00:08:16.670 - 00:08:26.784

75 DOC            Okay? Wenn man das Problem operativ lösen kann, dann werden auch diese Wunden mit Sicherheit wieder verschwinden.

00:08:27.088 - 00:08:33.189

76 INT            Ако проблемът се реши оперативно, ако има операция, този проблем ще изчезне.

Ü:            Wenn sich das Problem operativ lösen lässt, wenn es eine Operation gibt, dann verschwindet dieses Problem.

00:08:33.367 - 00:08:41.376

77 PAT            Да...

Ü:            Ja...

00:08:41.464 - 00:08:42.248

78 DOC            Okay? Herr \*\*\*, dann würd ich Sie bitten, dass Sie am Montag, den 21.10., pünktlich um 9 Uhr wieder da sind. Und nach dem Termin im Krankenhaus, wissen wir dann, wie's weitergeht.

00:08:42.101 - 00:08:53.405

79 INT            Господин \*\*\*, затова ви моля наистина в понеделник на 21 октомври точно в 9 часа да се явите отново тук и след като мине прегледът в болницата вече ще знаем а-а-а как ще се процедира по-нататък, какво ще правим по-нататък.

Ü: Herr \*\*\*, deswegen bitte ich Sie wirklich am Montag, am 21. Oktober, pünktlich wieder hierher kommen und wenn die Untersuchung im Krankenhaus stattfindet, werden wir wissen ahm, wie es weiter gehen wird, was wir weiter machen werden.

00:08:53.708 - 00:09:10.607

80 DOC Okay? Gut. Dann sind wir für heute fertig. Vielen Dank für die Übersetzung!

00:09:11.139 - 00:09:16.519

81 INT Sehr gerne. Ich wünsche einen schönen Tag noch! Okay!

00:09:16.519 - 00:09:19.278

82 DOC So, Herr \*\*\*, alles Gute, ja? Bis zum nächsten Mal! Lassen Sie nur!

00:09:22.000 - 00:09:26.898

83 DOC So!

00:09:35.574 - 00:09:36.516

84 DOC (*unverständlich*)

00:09:39.126 - 00:09:39.860

## Kurzfassung

Die Nutzung von Videodolmetschen stieg in den letzten Jahren an. Im Kommunaldolmetschen wird es schon vielerorts angewendet, in Ordinationsräumen sowie bei der Polizei oder in Justizvollzugsanstalten. Diese neue Praxis birgt die Chance, den Markt im Kommunaldolmetschen zu bedienen, dessen steigender Bedarf bisher oft von Lai:innen abgedeckt wurde. Die Forschung zum Videodolmetschen – insbesondere im Gesundheitswesen – steckt allerdings noch in den Kinderschuhen (Havelka 2018, de Boe 2020, Hansen 2020a). Aus Gründen des Datenschutzes ist es schwierig, authentische Daten zu gewinnen. Schließlich geht es gerade im Gesundheitswesen um besonders schützenswerte Daten. Bis dato gibt es nur eine bekannte Arbeit zum Thema Videodolmetschen im Gesundheitswesen, die auf authentische Videodolmetschgespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zurückgreift, nämlich die Dissertation der norwegischen Kollegin Jessica Hansen (2020a). Diesem Vorbild schließt sich diese Masterarbeit an. Es liegt eine Videoaufzeichnung eines authentischen videodolmetsch-vermittelten Arzt-Patienten-Gesprächs im Gesundheitszentrum *neunerhaus* vor. Diese Aufzeichnung wird multimodal analysiert (Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019): Es werden technische und räumliche Gegebenheiten analysiert, ebenso werden verbale Äußerungen in Kombination mit multimodalen Kommunikationsmitteln wie Blickverhalten, Sprecher:innenwechsel, Rückkopplungsverhalten, Gestik und Zwiesgespräche untersucht. Die multimodale Analyse wird erweitert durch Analysemittel aus der Ethnografie und der Gesprächsanalyse. Ziel der Arbeit ist es, zu untersuchen, wie räumliche, audiovisuelle und technische Bedingungen beim Videodolmetschen, ein Arzt-Patienten-Gespräch mit Sprachbarriere beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Arzt gewisse vorbereitende räumliche und technische Maßnahmen für das Videodolmetschen trifft. Zudem nutzt er während des Gesprächs nonverbale Kommunikationsmitteln wie Körperorientierung, Blick und Gesten sowie spezifisches Sprecher:innenwechsel- und Rückkopplungsverhalten. Diese kommunikativen Mittel werden teilweise an das Videodolmetschen angepasst und teilweise nicht. Videodolmetschen ermöglicht medizinischen Fachkräften einerseits den Zugang zu professionellen Dolmetscher:innen, erfordert andererseits jedoch geeignete technische, räumliche und audiovisuelle Voraussetzungen. Ebenso erfordert es Nutzer:innen, die in der Lage sind, ihr kommunikatives Verhalten an das Videodolmetschen anzupassen.

## Abstract

The use of video remote interpreting (VRI) has increased in recent years. It is already used in many places in community interpreting, in administration as well as by the police or in prisons. This new practice offers the opportunity to serve the market in community interpreting, where the growing demand has often been met by lay interpreters. However, research on VRI – particularly in healthcare – is still rare (Havelka 2018, de Boe 2020, Hansen 2020a). For privacy reasons, it is difficult to obtain authentic data. After all, especially in the healthcare sector, the protection of privacy is particularly important. To date, there is only one known work on the topic of VRI in healthcare that uses authentic, VRI-mediated conversations between physicians and patients, namely the dissertation of the Norwegian colleague Jessica Hansen (2020a). This master thesis will follow her example. A video recording of an authentic VRI-mediated doctor-patient conversation in the *neunerhaus* healthcare centre is being analysed multimodally (Davitti & Pasquandrea 2017; Davitti 2019): Technical and spatial conditions are analysed, as well as verbal utterances in combination with multimodal communication devices such as gaze behaviour, turn-taking, backchannelling behaviour, gestures, and dyadic exchanges. The multimodal analysis is extended by means of analysis from ethnography and conversation analysis. The aim of the work is to investigate how spatial, audio-visual and technical conditions in VRI, influence a doctor-patient conversation with a language barrier. The results show that the physician takes certain preparatory spatial and technical measures for the VRI-mediated consultation. In addition, he uses specific embodied resources during the conversation, such as body orientation, gaze and gestures, as well as specific turn-taking and backchannelling behaviour. These communicative means are partly adapted to VRI and partly not. On the one hand, video interpreting gives medical professionals access to professional interpreters, but on the other hand it requires suitable technical, spatial and audio-visual conditions. It also requires users who can adapt their communicative behaviour to VRI.