



universität
wien

MASTERARBEIT/MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Ein multidisziplinäres Ausbildungsangebot für Ferndolmetscher:innen
und Medizinstudent:innen

verfasst von / submitted by

Dott. Lucrezia Favetta

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

Wien, 2022/ Vienna 2022

Studienzahl It. Studienblatt /

degree program code as it appears on
the student record sheet:

UA 070 348 331

Studienrichtung It. Studienblatt /

Degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Translation UG2002 Italienisch
Deutsch

Betreut von / Supervisor:

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Univ. Prof. Mag. Dr. Mira Kadrić-Scheiber,

Dr. phil. Ivana Havelka, Bakk.phil., MA

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich einigen Personen meinen Dank aussprechen, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit und während meines Studiums unterstützt haben.

Ein großes Dankeschön an meine Familie, die mich immer unterstützt hat, an meine Mitbewohner, die mich immer verstehen, an Maria, die mich immer motiviert und der lieben Viktoria, die mich immer verbessert hat.

Weiters möchte ich auch den Betreuerinnen meiner Masterarbeit, Univ. Prof. Mag. Dr. Mira Kadrić-Scheiber und Dr. phil. Ivana Havelka, Bakk.phil., MA, für ihr Vertrauen in meine Fragestellung, ihre Expertise und die Betreuung meiner Masterarbeit meinen Dank aussprechen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Dolmetschen im Gesundheitswesen	6
1.1 Aktueller Stand der Ausbildung für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen	7
1.2 Aspekte der Sprachvermittlung im Gesundheitswesen in den USA	11
1.3 Interdisziplinäre Ausbildung für Medizin-und Dolmetschstudent:innen	17
1.4 Die Rolle der Praxis in der theoretischen Dolmetscherausbildung	23
2 Ferndolmetschen im Gesundheitswesen	26
2.1 Lernprogramme für das Ferndolmetschen	28
2.2 Geschichte des Ferndolmetschens in Österreich	34
3 Mehr Dialog und Kollaboration zwischen Fachpersonal und Dolmetscher:innen	37
3.1 Die Kollaboration muss im akademischen Bereich starten	37
3.2 Theoretische professionelle Weiterbildungen oder praxisorientierte akademische Ausbildungen?	39
4 Pilotprojekte für das Dolmetschen im Gesundheitswesen	43
4.1 Pilotprojekt in Genf 2015	43
4.2 Forschungsergebnisse der Universität Alcalá, Spanien	45
4.3 Der interdisziplinäre Ansatz Australiens im Rahmen der Dolmetschausbildung	47
4.4 <i>Working effectively with interpreters</i> : Eine Studie über mögliche Fachvertiefungen für Medizinstudent:innen	52
5 Empirische Studie	56
5.1 Methoden	56
5.2 Die Arbeitsbedingungen der Ferndolmetscher:innen beim HLS	57
5.3 Quantitative Umfrage	65
5.4 Qualitative Umfrage	66
5.5 Einschränkungen	68
5.6 Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Umfragen	71
6 Auswertung	86
7 Fazit	93
8 Literatur	95
Anhang	101
Abstract (Deutsch)	126
Abstract (Englisch)	127

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 effective use of interpreters checklist according to Marion et al. (2008: 616)	54
Abb. 2 Dolmetschplattform “Boostlingo”, eigene Darstellung (2022).....	59
Abb. 3 Dolmetschplattform “United Language Group”, eigene Darstellung (2022)	59
Abb. 4 “Micro SIP” Gerät, eigene Darstellung (2022)	60
Abb. 5 Notwendige Zertifizierungen auf Boostlingo, eigene Darstellung (2022).....	61
Abb. 6 Notwendige Dokumentation auf Boostlingo, eigene Darstellung (2022).....	62
Abb. 7 Frage 1 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	71
Abb. 8 Frage 2 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	72
Abb. 9 Frage 3 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	73
Abb. 10 Frage 4 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	74
Abb. 11 Frage 5 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	75
Abb. 12 Frage 6 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	75
Abb. 13 Frage 7 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	76
Abb. 14 Frage 8 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	77
Abb. 15 Frage 9 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	78
Abb. 16 Frage 10 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	79
Abb. 17 Frage 11 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	79
Abb. 18 Frage 12 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	80
Abb. 19 Frage 13 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	80
Abb. 20 Frage 14 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	81
Abb. 21 Frage 15 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	82
Abb. 22 Frage 16 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	82
Abb. 23 Frage 17 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	84
Abb. 24 Frage 18 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)	84

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Umfrage mittels Google Forms	101
Anhang 2: Interview B1	106
Anhang 3: Interview B2	110
Anhang 4 : Interview B3	114
Anhang 5: Interview B4	117
Anhang 6 : Interview B5	122

Einleitung

Für Dolmetscher:innen und Übersetzer:innen ist es immer wichtiger, im Rahmen ihrer theoretischen Ausbildung gut auf den praktischen Arbeitsalltag im Gesundheitswesen vorbereitet zu werden (vgl. Angelelli 2014). Dafür ist es wichtig, bereits während des Studiums mit Situationen aus dieser Praxis in Kontakt zu kommen. Bei der Umsetzung des in den verschiedenen Universitätsmodulen erworbenen theoretischen Wissens "in die Praxis" zeigt sich schnell eine Kluft zwischen Theorie und Praxis beziehungsweise eine Fokussierung auf eine dieser beiden Dimensionen (vgl. Angelelli 2014). Dies betrifft vor allem jene praktischen Situationen, die Dolmetschstudent:innen im Rahmen ihrer Ausbildung nicht realistisch üben und erleben können, wie etwa Rollenkonflikte, den Umgang mit terminologischer Unwissenheit, falschen Erwartungen seitens des Fachpersonals und die kulturellen Unterschiede zwischen Patient:innen und Ärzt:innen (vgl. Downing 2021: 165ff.).

Die vorliegende Masterarbeit legt den Schwerpunkt auf eben diese Schwierigkeit, die Lücken zwischen der gelehrten Kompetenzen der Dolmetschausbildung und der im Praxisbereich des Gesundheitswesens geforderten beruflichen Kenntnisse zu schließen und sieht die Multidisziplinarität (und zwar die Zusammenarbeit und das gemeinsame Training) von Dolmetsch- und Medizinstudent:innen als eine Möglichkeit, diese Leerstelle zu schließen. Im Rahmen dieser Arbeit soll eine Auswahl an bisherigen Ausbildungsprogrammen auf ihre Praxisorientiertheit und -tauglichkeit untersucht und Ansätze gefunden werden, wie eine gelungene (theoretische) praxisorientierte Dolmetscherausbildung aussehen kann. Als Ergebnis dieser Analyse werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit mögliche Anwendungsbeispiele für eine konkrete Umsetzung der aus der empirischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse vorgestellt. Ziel ist es, die existierenden Unterschiede zwischen theoretischer Dolmetscherausbildung und praktischem Arbeitsalltag für Einsätze im Gesundheitswesen durch eine multidisziplinäre Lösung zu schließen und gemäß der Forschungsfrage herauszufinden, wie das Dolmetschstudium in diesem Bereich praxisorientierter gestaltet werden kann, sodass Absolvent:innen der Medizin- und Dolmetschuniversitäten dank gemeinsamer Fachmodule ganzheitlicher auf den Berufseinstieg vorbereitet werden.

Das Ziel, ein gewisses Maß an Multidisziplinarität und Zusammenarbeit zwischen den Translationswissenschaften und der Ausbildung an medizinischen Hochschulen

sicherzustellen, ist derzeit ein sehr wichtiges Thema im Dolmetscherwesen. Wichtig dabei ist, dass Dolmetscher:innen immer häufiger mit medizinischen Fachleuten (Ferndolmetscher:innen oder vor Ort Dolmetscher:innen) zusammenarbeiten. Auch das medizinische Personal selbst muss sich den Erwartungen und Besonderheiten der Rolle der Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen verstärkt bewusst werden (vgl. Angelelli 2014).

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit wird sich daher auf bereits bestehende sowie noch zu entwickelnde Angebote und Programme fokussieren, bei welchen Student:innen dieser Studiengänge die Möglichkeit geboten wird, gemeinsame Übungen und Rollenspiele durchzuführen, damit sie sowohl mehr fachbezogenes Wissen, als auch die Fähigkeit erlangen, besonders auf jene Situationen zu reagieren, die in ihrem (zukünftigen) beruflichen Alltag sehr häufig auftreten können (Rollenkonflikt zwischen Ärzt:innen und Dolmetscher:innen, kulturelle Unterschiede zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, Misstrauen der Patient:innen gegenüber den Dolmetscher:innen und so weiter) (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

Der empirische Teil der Arbeit beruht auf einer Datenerhebung, für die sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Forschung vorgesehen ist. Dafür werden 30 Dolmetscher:innen, die freiberuflich bei dem in Florida ansässigen Unternehmen „*Homeland Language Services*“ tätig sind, befragt. Nach einem ersten Teil der Befragung mittels eines quantitativen Fragebogens (Kurzfragen mit Antwortmöglichkeit „Ja,, oder „Nein,,) folgt das Interview sowie der qualitative Teil der Umfrage mit jenen Dolmetscher:innen, die den höchsten Prozentsatz der Fragen des quantitativen Fragebogens mit „Ja,, beantwortet haben.

Die Fragen, die den Proband:innen während des Interviews gestellt werden, konzentrieren sich auf die Ausbildung, die diese Dolmetscher:innen durchlaufen haben, sowie auf ihre persönliche Meinung und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal. Die zu beantwortenden Fragen behandeln mögliche Aspekte, die in der Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher:innen und medizinischem Personal verbessert werden können, um möglichen Missverständnissen aufgrund von Unwissenheit zwischen den beiden Berufsgruppen vorzubeugen. Auf Basis der dadurch gewonnenen Ergebnisse sollen Weiterbildungsmöglichkeiten und Schulungsformen für das medizinische Personal für die Nutzung von Ferndolmetschplattformen analysiert werden. So können Maßnahmen gefunden werden, die die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Berufsgruppen noch verbessern können (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Anhand dieser empirischen Forschung soll final die Frage beantwortet werden können, ob Bildung und Multidisziplinarität mögliche

Lösungsansätze für die geschilderten Divergenzen zwischen Theorie und Praxis darstellen können.

In der vorliegenden Arbeit wird besonderes Augenmerk auf die wachsende Rolle des Telefondolmetschens im medizinischen Kontext gerichtet. Die gestellten Forschungsfragen begründen sich auf den steigenden Bedarf der Praxis, Dolmetscher:innen mit einem stärkeren Fokus auf Multidisziplinarität auszubilden, sodass sie eine intensivere und bessere Vorbereitung auf ihren Arbeitsalltag sowohl als Dolmetscher:innen im Allgemeinen als auch als Telefondolmetscher:innen im Besonderen im Gesundheitswesen erhalten.

Während die ersten Kapitel einen aktuellen Überblick über die Dolmetschausbildung mit besonderem Fokus auf das Gesundheitswesen geben, wird im darauffolgenden Teil auf die verschiedenen Vorschläge und Beispiele bezüglich innovativer – wie einer möglichen Einführung von Telefondolmetschmodulen im Rahmen der Dolmetschausbildung - und multidisziplinärer Ausbildungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit medizinischen Universitäten eingegangen. Im abschließenden Teil soll aufgezeigt werden, dass weltweit bereits einige Ausbildungsmodule eingeführt wurden, innerhalb welcher Dolmetschstudent:innen zusammen mit medizinischem Fachpersonal oder Medizinstudent:innen ihre zukünftige berufliche Zusammenarbeit üben können. Bei anderen Programmen wiederum (vgl. Major et al. 2012: 27ff.) gibt es keine Auseinandersetzung zwischen Medizin- und Dolmetschstudent:innen, sondern es geht darum, einen viel breiteren Zugriff für Dolmetschstudent:innen auf medizinische Berichte und Lernmaterialien zu ermöglichen, die für eine viel ausführlichere und ganzheitliche Vorbereitung auf medizinische Gespräche verwendet werden können. Inwiefern sich die Umsetzung dieser Ausbildungsmaßnahmen bisher als erfolgreich erwies, beziehungsweise welche Anregungen sie für weitere ähnliche Programme bieten könnte, soll im Folgenden untersucht werden.

1 Dolmetschen im Gesundheitswesen

Von allen Einsatzbereichen des Dialogdolmetschens ist das Dolmetschen im Gesundheitswesen, auch medizinisches Dolmetschen oder manchmal Krankenhausdolmetschen genannt, der Bereich mit den meisten Unterschiedlichkeiten (vgl. Angelelli 2001: 115ff.). Es umfasst das Dolmetschen in Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Art, in Universitätskliniken, Notaufnahmen und Notfallstationen sowie in privaten und regionalen Kliniken (vgl. Angelelli 2001: 116ff.). Es umfasst auch besondere Einsatzgebiete wie das Dolmetschen in der Psychiatrie, in der Zahnmedizin, der Pädiatrie, der Hospiz- und Palliativpflege, der Physiotherapie, dem Gesundheitstourismus und das Dolmetschen in Missionen wie Feldambulanzen oder Katastrophengebieten (vgl. Angelelli 2001: 116ff.). Neben dem Dolmetschen im religiösen Bereich ist die medizinische Branche jene mit der größten Anzahl an Dolmetscher:innen, die ohne akademischen Hintergrund und spezifische Vorbereitung arbeiten (z. B. Krankenschwestern und Krankenpfleger, Pflegehelfer:innen Ernährungsberater:innen, Datenerfasser:innen, Medizinstudent:innen und Sicherheitspersonal bis hin zu Familienmitgliedern, Freiwilligen, Freund:innen, anderen Patient:innen und sogar Ärzt:innen, die versuchen, mit ihren begrenzten Zweitsprachenkenntnissen mit den Patient:innen zu kommunizieren) (vgl. Angelelli 2001: 116ff.).

Im Gesundheitswesen kommen zahlreiche Dolmetscharten zum Einsatz: das Vor-Ort Dialogdolmetschen (auch kurzes Konsekutivdolmetschen genannt, bei dem Notizen aufgenommen werden müssen); das Telefondolmetschen für weniger verbreitete Sprachen, in kleineren Kliniken oder in abgelegenen ländlichen oder Bergregionen (vgl. Angelelli 2001: 116ff.); das Videodolmetschen, das auch in vielen großen medizinischen Einrichtungen in den Vereinigten Staaten als innerbetriebliche Dolmetschart eingesetzt wird, und das Vom-Blatt Dolmetschen (vgl. Angelelli 2001: 116ff.). Das Dolmetschen im Gesundheitswesen, das auf Konferenzen und Veranstaltungen der medizinischen- oder der Pharmaforschung stattfindet, gilt als Konferenzdolmetschen und nicht als Dialogdolmetschen (vgl. Angelelli 2001: 116ff.).

Die Frage, die sich daraus folgend ergibt, ist: Warum ist das Dolmetschen im Gesundheitswesen so wichtig?

Um die Frage zu beantworten, kann die Studie von Wasserman et al. (2014) herangezogen werden, die im *Journal for Healthcare Quality* veröffentlicht wurde. Diese Studie identifiziert klinische Hochrisikosituationen, in denen Kommunikationsfehler, zum

Beispiel bei Patient:innen mit eingeschränkten Englischkenntnissen, auftreten. Im Rahmen dieser Studie versucht Wasserman Maßnahmen zu berücksichtigen, um solche Missverständnisse zu vermeiden. Dabei wurden drei häufige Fehlerursachen identifiziert, die aufgrund unzureichender Englischkenntnisse der Patient:innen entstehen und auf den Umgang des Fachpersonals mit diesen LEP (Abkürzung für Limited-English-Proficient) Patient:innen zurückzuführen sind:

- Einsatz von Familienangehörigen, Freunden oder von nicht qualifiziertem Personal als Dolmetscher:innen.
- Ärzt:innen mit geringen Fremdsprachenkenntnissen, die ohne qualifizierte Dolmetscher:innen zu kommunizieren versuchen
- Kulturelle Überzeugungen und Traditionen, die die Behandlung beeinflussen (wie z.B. die Schwierigkeit muslimischer Frauen, über bestimmten Körperteile zu sprechen oder diese zu zeigen)

Diese und eine Reihe ähnlicher systemischer Studien, die die steigenden Migrationsströme in Betracht ziehen, sowie das Interesse der Krankenkassen an einer effizienteren Verwaltung des Gesundheitswesens und das weltweit wachsende Bewusstsein für die Rechte der Patient:innen, scheinen darauf hinzudeuten, dass das Dolmetschen im Gesundheitswesen auch in den kommenden Jahrzehnten einer der sich am stärksten entwickelnden Sektoren des Dialogdolmetschens sein wird (vgl. Angelelli 2001: 116ff.).

Die Frage, ob die Wichtigkeit dieses wachsenden Bereichs und des damit verbundenen Dolmetschmodus auch von den Ausbildungsinstitutionen als solche wahrgenommen wurde oder wird, wird im folgenden Kapitel behandelt.

1.1 Aktueller Stand der Ausbildung für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen

Die für diese Masterarbeit bearbeitete Hauptquelle (Şebnem & Spišiaková 2021) führte zu der Erkenntnis, dass heutzutage für die aktuelle Dolmetscherausbildung noch nicht genügend Studiengänge oder Fortbildungen im Gesundheitswesen existieren (vgl. Downing 2021: 179).

Dies ist ein erster Hinweis dafür, dass in diesem Bereich der Hauptfokus noch nicht auf der Praxis, sondern viel mehr auf der Theorie liegt und dass zwischen diesen beiden Bereichen

noch Lücken existieren, die es zu schließen gilt (vgl. Angelelli 2014). Es ist schwer vorstellbar, eine Menge von Dolmetscherkursen mit dem Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen zu entwickeln, wenn man den aktuellen Stand der Ausbildung im Bereich des Dolmetschens mit seinen potenziellen Schwachstellen und Chancen in Betracht zieht (vgl. Downing 2021: 165ff.).

Mit Blick auf einen Schwachpunkt in der Dolmetscherausbildung, genauer gesagt auf die mangelhafte Verbindung zwischen Theorie und Praxis, wurden schon konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Bachelor- und Masterstudiengänge im Bereich der Translation gemacht (Schmitz 2003), wo der Fokus auf anwendungsorientierteren Masterstudiengängen lag. Schmitz (2003) empfahl weiters, dass bei der Profilbildung der Hochschulen im Bereich der Masterstudiengänge für Dolmetscher:innen eine Abstimmung der einzelnen Spezialisierungen sinnvoll wäre. Für die Ausbildungspraxis könnte dies ein enormer Mehrwert sein. Es sei seiner Ansicht nach nicht notwendig, dass alle Ausbildungsinstitute einen Masterstudiengang für das „klassische Dolmetschen“ anbieten, da nicht überall die Voraussetzung dafür vorliegen und der „Markt“ beziehungsweise die Nachfrage für diese Qualifikation nicht überall gleich groß sei. Daher sei es zielgerichteter, zuerst die Marktverhältnisse zu beobachten und erst anschließend die Fachvertiefungen eines Lehrprogramms im Bereich Dolmetschen zu erarbeiten (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Oftmals stellt sich hier aber nicht nur die Frage, welche Inhalte bei den Fachvertiefungen angeboten werden sollen, sondern es müssten vorab auch die Struktur und der Aufbau dieser Bachelor- und Masterstudiengänge analysiert und betrachtet werden (vgl. Schmitz 2003: 4f.).

Das stufenweise aufgebaute Ausbildungsmodell mit Bachelor- und Masterstudiengängen sieht vor, dass ein Großteil der Absolvent:innen direkt nach dem Bachelorabschluss eine berufliche Tätigkeit aufnimmt. Das Interesse an einer weiteren wissenschaftlichen oder anwendungsorientierten Qualifikation für eine Fachvertiefung im Masterstudium kann im Laufe der Berufstätigkeit geweckt werden, wobei hierbei angemerkt werden muss, dass nicht alle Interessierten ihre Berufstätigkeit aufgeben wollen oder können (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Der Großteil der aktuell etablierten Ausbildungsstrukturen entspringt dem Versuch, den europäischen Bildungsraum zu vereinheitlichen (vgl. Schmitz 2003. 4ff.): Nach Schmitz (2003) waren die Zielsetzung der Bologna-Erklärung und die Beschlüsse des Kultusministeriums sowie der Hochschulrektorenkonferenz sicherlich vernünftig und führten zu einer in der heutigen Zeit

notwendigen Vereinheitlichung und Transparenz des europäischen Bildungsraumes (vgl. Schmitz 2003: 4ff.). Die von universitären Fachvertreter:innen geäußerte Kritik an den neuen (Aus-) Bildungsabschlüssen bezieht sich meist auf a das Beharren auf traditionellen Modellen sowie auf die geringe Flexibilität und die immer weniger sachlichen Themen, die Einzug in die translatorische Fachausbildung finden (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Der Wandel der Studiengänge im Bereich Dolmetschen hin zu einem Bachelor- und Mastercurriculum sei aber unumkehrbar (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Fast alle traditionellen translatorischen Ausbildungsinstitute an deutschen Hochschulen erachten die Idee einer echten Studienreform als notwendig, vor allem, weil dadurch die Studiengänge an die neuen berufspraktischen und wissenschaftlichen Anforderungen der Dolmetschwelt angepasst werden konnten (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Dies wird sicherlich in naher Zukunft nicht nur zu Studiengängen mit geringeren Abbruchquoten, sondern auch zu einer besseren Qualifikation der Dolmetscher:innen im Allgemeinen führen (vgl. Schmitz 2003: 4f.). In Bezug auf die Bachelor-Studiengänge ist eine Abstimmung der betroffenen Hochschulen hinsichtlich der spezifischen Studieninhalte noch erforderlich (vgl. Schmitz 2003: 4f.). Was die Master-Studiengänge betrifft, werden sich die einzelnen Hochschulen je nach individuell spezifischem Interesse und Schwerpunkt fachlich ausrichten (vgl. Schmitz 2003: 5).

Die bisher betrachteten Dolmetscherausbildungen erfolgten allesamt auf Hochschulniveau (vgl. Pöllabauer et al. 2021). Es soll an dieser Stelle jedoch auch angemerkt werden, dass unter Ausbildung nicht nur Lernprogramme, die von einer Hochschule angeboten werden, zu verstehen sind (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.). Viele Sprachvermittlungsunternehmen bieten im Rahmen des Einstellungsverfahrens Intensivkurse für Dolmetscher:innen an, in denen diese für fachspezifische Situationen zusätzlich geschult werden (vgl. Braun et al. 2018: 15ff.). Ein Beispiel dafür ist etwa die Vermittlung von besonderen Eigenschaften des medizinischen Gesprächs sowie auch von praxisrelevanter medizinischer Terminologie (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.). Dies lässt aber die Kritik laut werden, dass diese Art der Vertrautmachung mit dem Dolmetscheinsatz im Gesundheitswesen bereits im Rahmen der universitären Dolmetscherausbildung erfolgen sollte (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Die Frage, die sich an dieser Stelle stellt, ist folgende: Wie werden Dolmetscher:innen im Augenblick ausgebildet, besonders wenn sie sich auf Einsätze im Gesundheitswesen (jene Einsätze, die ein Dialogdolmetschen erfordern) spezialisieren möchten?

Die meisten Hochschulen bieten für die Einübung des Dialogdolmetschens Rollenspiele an. Dabei sind es häufig jedoch die Student:innen selbst, die die Rolle der Fachexpert:innen sowie jene der Patient:innen und Dolmetscher:innen verkörpern (vgl. Hagemann 2006). Unter Umständen werden auch manchmal echte Expert:innen in die Lehrveranstaltungen eingeladen, um die triadische Kommunikation und das Niveau der übermittelten Fachinformationen realitätsnaher vermitteln und üben zu können (vgl. Pöchhacker 2016: 182ff.). Nur in sehr seltenen Fällen sind diese Expert:innen jedoch tatsächlich Ärzt:innen oder Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens (vgl. Lee-Jahnke 2004: 59ff.). Im Sinne einer möglichst realitätsnahen-und praxisorientierten Ausbildung ist der Kontakt zwischen Dolmetscher:innen und dem Fachpersonal sehr wertvoll, weil diese auch im Arbeitsalltag gut zusammenarbeiten können sollen (vgl. Lee-Jahnke 2004: 59ff.). Dies betrifft sowohl die Dolmetscher:innen selbst als auch das medizinische Personal, das von den Dolmetschdienstleistungen betroffen, beziehungsweise in manchen Fällen, darauf angewiesen ist (vgl. Lee-Jahnke 2004: 59ff.).

Nachdem nun aber festgestellt wurde, dass sich auch Ärzt:innen bei der Inanspruchnahme von Dolmetschdienstleistungen für ihre Patient:innen häufig als sehr unerfahren erweisen (vgl. Ono et al. 2013: 606), könnte sich dieser multidisziplinäre Ansatz, der eine engere Verknüpfung von Praxis und Theorie forciert, für beide Gruppen– Dolmetscher:innen und Ärzt:innen – zur Vorbereitung auf ihre Zusammenarbeit als erfolgreich und durchaus zielführend erweisen (vgl. Ono et al. 2013: 607f.). In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, ob der Grund für die Tatsache, dass Ärzt:innen mit der Kollaboration mit Dolmetscher:innen meistens nicht sehr vertraut sind, auch in der Ausbildung letztgenannter gefunden werden kann, was an dieser Stelle besprochen werden soll (vgl. Ono et al. 2013: 607f.).

Der erste Aspekt, der hier zu erwähnen ist, besteht darin, dass die beruflichen und akademischen Ausbildungsmodelle des Gesundheitspersonals seit jeher darauf fokussiert sind, Patient:innen zu behandeln, die die gleiche Sprache sprechen (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). In den verschiedenen Ausbildungen im Gesundheitswesen wird diesbezüglich über eine vorherrschende sprachliche Konkordanz gesprochen (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Dabei wurde jedoch noch nicht in Betracht gezogen, dass die sprachliche Konkordanz in diesem Bereich in der Praxis heutzutage weltweit nicht mehr gegeben ist (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Die Folgen lassen sich nicht nur im Behandlungskontext von Patient:innen, sondern auch in den Ausbildungsmodalitäten des fachlich geschulten Gesundheitspersonals erkennen (vgl. Ono

et al. 2013: 604ff.). Selbst die fremdsprachigen wissenschaftlichen Artikel im Bereich der Medizin werden fast immer ins Englische übersetzt (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.), was bereits ein gewisses Maß an Mehrsprachigkeit voraussetzt (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.).

Betrachtet man rein das Dolmetschen im Gesundheitswesen, so wäre eine gemeinsame Ausbildung oder Einschulung für Medizinstudent:innen und Dolmetschstudent:innen sinnvoll und durchaus erforderlich, sodass diese verstehen können, wo der Schwerpunkt eines medizinischen triadischen Gesprächs liegt (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Um dieses Ziel zu erreichen beziehungsweise um herauszufinden, wie dieses erreicht werden kann, müssen die Ausbildungen dieser beiden Berufsgruppen genauer untersucht werden (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Nur so können zugrunde liegende Problematiken oder überholte Berufsvorstellungen überwunden werden (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Der Ausgangspunkt dieser Überlegungen besteht sicherlich darin, dass im Sinne einer optimalen Patient:innenbetreuung mehr Dialog zwischen den beiden Berufsgruppen entstehen muss (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.). Um dies zu erreichen, gilt es auch, zuerst einige Aspekte der gegenwärtigen Sprachvermittlung im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Dies wird im folgenden Unterkapitel beschrieben.

1.2 Aspekte der Sprachvermittlung im Gesundheitswesen in den USA

In Kalifornien (USA) werden 6,7 Millionen Menschen als Personen mit eingeschränkten Englischkenntnissen (Limited English Proficiency, LEP) eingestuft (vgl. Moreno et al. 2011). Für LEP Patient:innen besteht ein erhöhtes Risiko, eine schlechtere medizinische Betreuung zu erhalten, da die Kommunikation zwischen ihnen und den Ärzt:innen sprachlich bedingt problematischer sein kann (vgl. Squires 2017: 161ff.). Dadurch, dass die Sprachenvielfalt weltweit (besonders in Kalifornien und den USA) zunimmt, besteht ein wachsender Bedarf an Dolmetscher:innen beziehungsweise an Personal, das eine kulturell und sprachlich angemessene Betreuung und Behandlung anbieten kann (vgl. Moreno et al. 2011). Eine sprachliche Übereinstimmung zwischen Ärzt:innen und ihren LEP Patient:innen kann die Kommunikation zwischen diesen erleichtern und die Qualität der Betreuung dieser Patient:innen verbessern (vgl. Moreno et al. 2011).

Wie in den vorangegangenen Kapiteln (siehe Kapitel 1) erwähnt, bekommt das Thema der interkulturellen Mediation im Gesundheitswesen noch nicht genügend Aufmerksamkeit

geschenkt, wenn man die bisher durchgeführten Studien, Forschungen und ergriffenen Maßnahmen betrachtet (vgl. Squires 2017: 161ff.). Die in dieser Masterarbeit besprochenen Studien sind diejenigen, die die Schwachstellen bei der Umsetzung von dieser kulturellen und sprachlichen Vermittlung im Gesundheitswesen aufzeigen.

Das Ziel einer ersten beschriebenen Studie von Squires (2017) besteht darin, nach diesen Schwachstellen in der häuslichen Krankenpflege zu forschen, indem die Häufigkeit der medizinischen Besuche in den USA, in Australien, Schweden, Kanada, Südkorea, Ghana, Singapur, im Iran, in den Niederlande, in Großbritannien, Indien, Dänemark, Spanien, Brasilien und Finnland untersucht wird, in welchen die Patient:innen die Sprache des Fachpersonals nicht beherrschen und daher eine sprachliche Barriere entsteht (meistens werden diese in elektronischen Registern von Organisationen erfasst) (vgl. Squires 2017).

Die Studie beschränkt sich auf Krankenpfleger:innen sowie Physiotherapeut:innen, die den Großteil ihrer Dienstleistungen in der häuslichen Krankenpflege erbringen (vgl. Squires 2017: 161ff.).

Die Kommunikation im Rahmen der häuslichen Betreuung ist aus vielen Gründen in der Gesamtheit dieser Ländern schwer zu verfolgen (vgl. Squires 2017: 160ff.): Einerseits sind die Patient:innenakten unvollständig, andererseits ist auch das sprachliche Niveau des Pflegepersonals und der Ärzt:innen selbst häufig sehr schwer einzustufen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Außerdem ist die Dokumentation unterschiedlicher Formen von Dolmetscher:innen beziehungsweise Dolmetschmodi (z.B. per Telefon, durch Familienangehörige oder durch Laiendolmetscher:innen) sehr inkonsistent (vgl. Squires 2017: 160ff.). Ein weiterer Punkt, der die Dokumentation schwierig gestaltet, ist die Unterscheidungen zwischen unterschiedlichen Sprachen, die manchmal sogar falsch getroffen wird (z.B. der Unterschied zwischen Mandarin- und Kantonesischsprecher:innen wird nicht gemacht) (vgl. Squires 2017: 160ff.). In der Studie von Squires (2017) ist als weiterer Faktor sehr wichtig festzustellen, wie gut das Pflegepersonal eine zweite Sprache beherrscht, nachdem die Krankenpfleger:innen manchmal als Laiendolmetscher:innen improvisieren müssen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Wenn dies der Fall ist und das Fachpersonal keine Möglichkeit hat, Dolmetscher:innen für dringenden Aufträge einzusetzen, dann wäre schon die Bewertung der Sprachkenntnisse des Pflegepersonals im Vorfeld notwendig (vgl. Squires 2017: 160ff.): Eine formale Bewertung der Sprachkenntnissen kann beim Personal bis zu vier Stunden Zeit in Anspruch nehmen und 850 bis 1.000\$ pro Mitarbeiter:in kosten, was die Bewertung der Sprachkompetenz für einige Organisationen zu

kostspielig gestaltet (vgl. Squires 2017: 160ff.). Daher kann aus den Daten keine genaue Bewertung der tatsächlichen Sprachkenntnisse des Personals abgeleitet werden (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Die Schätzung, dass nur eine:r von fünf LEP Patient:innen eine Betreuungsperson erhält, deren Sprachkompetenz mit der von ihm/ihr gesprochenen Sprache übereinstimmt, ist daher möglicherweise zu hoch gegriffen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Dennoch ist dies ein Anfang und es handelt sich um eine der ersten Studien überhaupt, in der Personaldaten mit Patientendaten verknüpft werden, um die Häufigkeit der sprachlich übereinstimmenden Begegnungen besser einschätzen zu können (vgl. Squires 2017: 160ff.). Da die Zahl der in den USA lebenden LEP Patient:innen in den letzten 20 Jahren erheblich zugenommen hat (vgl. Squires 2017: 160ff.), ist es wichtig zu verstehen, wie Sprachbarrieren zwischen Patient:innen und Pflegepersonal in den verschiedenen Kontexten des Gesundheitswesens und in elektronischen Patientenakten erfasst werden, um Unterschiede in den Behandlungsergebnissen und andere Ursachen für Ungleichheiten in der Betreuung zu verstehen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Die Feststellung, in welchen Bereichen funktionale Einschränkungen bei der Erfassung dieser Informationen für das Pflegepersonal und ihrer Führungskräfte bestehen, kann den Organisationen helfen, die Datenerhebung zu optimieren und Unterschiede der Ergebnisse besser nachzuvollziehen (vgl. Squires 2017: 163ff.).

Weiters gibt es auch keinen Mindeststandard dafür, wie Organisationen, die sich um Betreuungen in denselben Sprachen bemühen, ihre Leistung tatsächlich verbessern könnten und welche Auswirkungen dies möglicherweise haben kann (vgl. Squires 2017: 160ff.). Daher sind die Behauptungen über die Notwendigkeit, die Betreuungsstandards für LEP Patient:innen zu verbessern, unterschiedlich interpretierbar (vgl. Squires 2017: 160ff.). Ein dritter im Rahmen der Patientenbesuche zu berücksichtigender Faktor ist das Engagement von kulturell und sprachlich übereinstimmendem Pflegepersonal (vgl. Squires 2017: 160ff.). Dabei handelt es sich um eine Strategie, die häufig im Bereich des ambulanten Pflegedienstes angewandt wird, um Minderheiten, die eine Sprachbarriere zu den behandelnden medizinischen Fachkräften haben, zu versorgen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Diesbezüglich formiert das *Visiting Nurse Service of New York* verschiedene koreanische Pflegeteams, die sich hauptsächlich aus koreanischsprachigen Krankenschwestern und Ärzt:innen zusammensetzen (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Ein vierter Faktor, den es zu berücksichtigen gibt, ist das Fehlen einer angemessenen Vergütung für Dolmetscher:innen und für Ärzt:innen mit mehreren (Fremd-)

Sprachkenntnissen, die einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt sind (vgl. Squires 2017: 160ff.). Hinzu kommt ein weiterer Faktor, der die Quote an Arztbesuchen beeinflusst (vgl. Squires 2017: 160ff.): Viele LEP Patient:innen sind entmutigt, sich untersuchen zu lassen, weil die Kommunikation mit den Ärzt:innen und mit dem Pflegepersonal für sie sehr kompliziert ist und sie sich oftmals gar nicht der Tatsache bewusst sind, dass sie auf Dolmetscher:innen zurückgreifen können (vgl. Squires 2017: 160ff.). Dazu kommen weitere Faktoren, die von der Sprachbarriere zwischen Ärzt:innen und LEP Patient:innen herrühren, wie etwa der Zeitpunkt des Besuchs oder die Dauer des Besuchs (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Ein letzter zu berücksichtigender Faktor ist die Verfügbarkeit von Ärzt:innen, die mehr als eine Sprache beherrschen, und die starken Einwanderungsströme in die USA (vgl. Squires 2017: 160ff.). Zu den sprachlichen Gemeinschaften, die bereits einen großen Teil der amerikanischen Patient:innen ausmachen, gehören zum Beispiel die griechische und italienische Gemeinschaft (vgl. Squires 2017: 160ff.). Bei diesen Patient:innen wird eine niedrigere Rate an Untersuchungen ohne Sprachbarriere beobachtet, da es an Ärzt:innen mangelt, die die Sprache des Patienten bzw. der Patientin sprechen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Der Grund dafür liegt darin, dass die meisten griechischen und italienischen Migrant:innen bereits in der zweiten, dritten oder vierten Generation in den USA leben und die Sprachkenntnisse von Einwandererkindern mit jeder Generation abnehmen (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Aus den Daten der spanischen Patient:innen in den USA geht beispielsweise hervor, dass es im Vergleich zum Bedarf zu wenige spanischsprachige Krankenpfleger:innen in der häuslichen Pflege gibt (vgl. Squires 2017: 160ff.). Wäre die individuelle Sprachkompetenz der Arbeitskräfte im amerikanischen Gesundheitswesen besser bekannt, könnten die Forscher:innen die Auswirkungen sprachlich übereinstimmender Begegnungen auf die Untersuchungserfolge besser analysieren (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Eine effektive Datenerfassung der bevorzugten Sprache der Patient:innen, der Sprachkenntnisse der Mitarbeiter:innen und der Ausbildung würde ebenfalls dazu beitragen, dieses Problem auf nationaler Ebene anzugehen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Diese Bemühungen können gleichzeitig einen Beitrag dazu leisten, Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit von Migrant:innen und anderer anfälliger Kategorien zu bekämpfen (vgl. Squires 2017: 160ff.). Deshalb müssen Strategien zur Personalentwicklung umgesetzt werden, die dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass diese Patient:innen zu einem angemessenen

Zeitpunkt sprachlich abgestimmte Behandlungen erhalten, die darauf abzielen, die Ergebnisse im Rahmen begrenzter Ressourcen zu optimieren (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Die Sicherstellung, dass sprachlich übereinstimmende Begegnungen über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg stattfinden, ist eine wichtige Strategie, um den Zugang zu einer frühzeitigen Versorgung zu verbessern, das Rückübernahmerisiko zu verringern und die Übergänge im gesamten Gesundheitssystem zu verbessern (vgl. Squires 2017: 160ff.). Durch die Untersuchung dieses Phänomens in der häuslichen Krankenpflege bietet diese Studie einen soliden Ausgangspunkt für die Behandlung des Problems in einem bisher wenig untersuchten Bereich (vgl. Squires 2017: 160ff.) und kann Aufschluss darüber geben, wie sprachbezogene Daten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens verwaltet werden (vgl. Squires 2017: 160ff.). Künftige Analysen, die sich aus dieser Studie ergeben, werden dazu beitragen, die optimale „Dosis“ an sprachlich abgestimmten Besuchen zu ermitteln, die wiederum erforderlich ist, um Ungleichheiten bei den Ergebnissen von Patient:innen in der häuslichen Krankenpflege zu verringern (vgl. Squires 2017: 160ff.).

Eine letzte Möglichkeit, die in der vorliegenden Masterarbeit als potentielle Lösung zur Überbrückung der lückenhaften Betreuung von LEP Patient:innen in den USA in Erwägung gezogen wird, besteht darin, der Frage nachzugehen, ob zweisprachige Ärzt:innen, um der LEP Gemeinschaft zu helfen, je nach Sprachenbedarf ihre Praxen zielgerichteter in verschiedenen Ortschaften ansiedeln sollten (vgl. Moreno 2011) oder nicht.

Ein kürzlich veröffentlichter Bericht mit dem Titel *California Medical Board Physician Licensure Survey (2001-2007)* über die sprachliche Vielfalt der kalifornischen Ärzteschaft zeigt, dass 18% beziehungsweise 13% der praktizierenden Ärzt:innen (61,138 Teilnehmer:innen) Spanisch beziehungsweise eine asiatische Sprache sprechen. Es muss aber noch erforscht und festgestellt werden, ob Ärzt:innen, die diese Sprachen fließend beherrschen, geografisch so verteilt sind, dass sie LEP Patient:innen den Zugang zu sprachkompetenten Ärzt:innen erleichtern. Der Grund, weshalb diese Fragestellung noch Gegenstand aktueller Forschung ist, ist einerseits, dass die meisten der bis jetzt durchgeführten Studien nur die spanische Sprache betreffen (vgl. Moreno et al. 2011). Andererseits wurde dieser Bedarf bereits dank des Telefondolmetschdienstes (vgl. Squires 2017: 160ff.) erfüllt.

Die Autor:innen Moreno, Walker, Morales und Grumbach (2011) untersuchen den Zusammenhang zwischen den mehrsprachigen Ärzt:innen und dem Gebiet mit einer hohen

Konzentration von LEP Patient:innen. Die aufgestellte Hypothese besagt, dass es unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit der Ärzt:innen, Unterschiede beim Praxisstandort gibt, die auf die lokalen Sprachkenntnissen zurückzuführen sind (vgl. Moreno et al. 2011).

Nach der Schlussfolgerung der Autor:innen, praktizieren Ärzt:innen, die nach eigenen Angaben Spanisch oder eine asiatische Sprache fließend sprechen, mit größerer Wahrscheinlichkeit in auf diese Sprachen ausgewiesenen Gebieten (vgl. Moreno et al. 2011). Die Beherrschung einer asiatischen Sprache ist unabhängig von der Ausübung der Praxis in Gebieten mit einer hohen Anzahl an asiatischen LEP Patient:innen verbunden (vgl. Moreno et al. 2011).

Ähnliche Ergebnisse werden für Ärzt:innen, welche die spanische Sprache beherrschen, gefunden (vgl. Moreno et al. 2011): In den Gebieten mit einer hohen Anzahl von LEP Spanischsprecher:innen wurde nämlich eine höhere Präsenz von spanischsprachigen Ärzt:innen festgestellt (vgl. Moreno et al. 2011). Die lateinamerikanische oder asiatische Herkunft der Ärzt:innen hatte einen starken Einfluss auf ihren Praxisstandort (vgl. Moreno et al. 2011). Die Schlussfolgerungen, die daraus zu ziehen sind, sind jene, dass Ärzt:innen, die fließend Spanisch oder eine asiatische Sprache beherrschen, mit höherer Wahrscheinlichkeit in Gebieten tätig sind, in denen eine höhere Anzahl an potentiell gleichsprachigen Patient:innen besteht (vgl. Moreno et al. 2011).

Obwohl, wie bereits erwähnt, sich die vorgestellten Lösungen alle zur Überbrückung der Ungleichheiten der Behandlung von LEP Patient:innen als effizient erwiesen haben, bleibt der Fokus dieser Masterarbeit auf der intensiveren Zusammenarbeit von Dolmetscher:innen und Ärzt:innen im Laufe ihrer Ausbildung, nicht zuletzt, da die Migrationsströme ständig zunehmen und sich die sprachliche Vielfalt im Gesundheitswesen immer schwieriger gestaltet (vgl. Rodriguez et al. 2011). Die einzige Lösung, um eine barrierenübergreifende Betreuung für LEP Patient:innen zu gewährleisten, besteht darin, die Ferndolmetschdienste weltweit zu erweitern und effizienter zu gestalten (vgl. Rodriguez et al. 2011). Dies würde dazu führen, eine zunehmende Vertrautheit zwischen Dolmetscher:innen und Ärzt:innen aufzubauen, um so eine Zusammenarbeit zu garantieren (vgl. Rodriguez et al. 2011). Die hier beschriebene Vertrautheit entwickelt sich unter anderem durch ein gemeinsames Üben und Trainieren der zukünftigen Tätigkeit beider Parteien im Rahmen ihrer Berufsausbildung (vgl. Rodriguez et al. 2011). Dieses gemeinsame Trainieren bildet den Schwerpunkt des folgenden Kapitels.

1.3 Interdisziplinäre Ausbildung für Medizin-und Dolmetschstudent:innen

Das Ziel dieses Kapitels liegt darin, zu bestimmen, inwieweit eine Ausbildung für die Dolmetscher:innen, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisieren möchten, umsetzbar ist. Außerdem soll der Frage nachgegangen werden, ob es für das (angehende) Gesundheitspersonal genauso wichtig ist, auf die Dolmetschsituation als mögliches berufliches Handlungsfeld vorbereitet zu werden, um etwa ungleiche Machtverhältnisse zu vermeiden und eine reibungslose Kommunikation gelingen zu lassen (vgl. Davitti & Pasquandrea 2017: 105ff.).

Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, wurden mehrere Studien und Versuche von unterschiedlichen Universitäten weltweit durchgeführt (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.), eine davon ist die Studie von Atkins (2016), die im folgenden Absatz beschrieben wird. Generell zeigen diese Studien, dass sich ein interdisziplinärer Ansatz im Rahmen der Dolmetsch- und Medizinausbildung als eine gute Lösung für eine gelungene Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal, Dolmetscher:in und Patient:in erweisen kann (vgl. Youdelman 2013: 114ff.).

Um mit LEP Patient:innen arbeiten zu können, muss das medizinische Fachpersonal über die Art der erforderlichen Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen Bescheid wissen (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Die Studie von Atkins über simulierte ärztliche Gespräche (2016) erfolgt auf folgende Weise: 2016 wurde eine Umfrage mittels einer digitalen Plattform durchgeführt. Die Proband:innen waren Student:innen des Zentrums *BMC Medical Education* in Boston. Die Proband:innen wurden nach den Kriterien Geschlecht, Altersklasse, Studienjahr, Muttersprache und Herkunft kategorisiert, sowie nach der Anzahl der Auseinandersetzungen mit LEP Patient:innen und nach dem Umgang mit Dolmetscher:innen eingeteilt (vgl. Atkins et al. 2016: 16).

Der Schwerpunkt der Umfrage lag darauf, die Wahrnehmung der Student:innen hinsichtlich ihres Umgangs mit Dolmetscher:innen einzustufen. Die Ergebnisse wurden nach dem Schuljahr unterschieden (vgl. Atkins et al. 2016: 16).

Die Resultate zeigen, dass die Medizinstudent:innen eine umfangreichere Vorbereitung auf die Auseinandersetzungen mit LEP Patient:innen benötigen (vgl. Atkins et al. 2016: 16).

Die Autor:innen behaupten, dass eine breite konzipierte Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen auch im Rahmen der medizinischen Ausbildung notwendig sei, um die

Vielfalt und Multikulturalität der Ausbildung zu erhöhen, sodass die in den USA bestehenden demographischen Veränderungen auch auf Hochschulebene besser dargestellt werden können (vgl. Atkins et al. 2016: 16).

Wie bei der medizinischen Ausbildung sollte auch die Dolmetschausbildung die Möglichkeit bieten, interdisziplinäre Übungseinheiten zwischen Medizin- und Dolmetschstudent:innen durchzuführen (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). In beiden Fällen kann die Auseinandersetzung mit der jeweils anderen Berufsgruppe kompliziert sein (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Daher ist es wichtig, beide im Kern – in all ihren Dimensionen und Bereichen, die es zu erforschen gilt – zu verstehen (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.).

Ein weiterer, im Rahmen der Dolmetschausbildung zu berücksichtigender, Bereich für diese hypothetische Entwicklung ist die im Gesundheitswesen tatsächlich gelebte Praxis (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Als Beispiel dafür kann das Dolmetschen in der Psychiatrie herangezogen werden: Westermeyer (1990) vertrat schon damals die Auffassung, dass Dolmetscher:innen in der Psychiatrie mit folgenden Themen vertraut sein sollten (und daher eine entsprechende Ausbildung benötigen): medizinische, psychiatrische, psychologische und soziale Terminologie, Gesprächstechniken, Bedeutung der nonverbalen Kommunikation, normale und abnormale Psychologie, Therapien in der psychiatrischen Behandlung, oder auch kulturelle Einflüsse bei der Untersuchung des Geisteszustands (vgl. Westermeyer 1990: 747f.).

Diese gewisse Komplexität, Vielfalt an Themen und Aspekten, die im Gesundheitswesen zu finden sind, müssen im Rahmen einer Ausbildung berücksichtigt werden (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Die in der Masterarbeit berücksichtigten Lernprogramme können einen ersten Überblick darüber verschaffen, wie diese Ausbildung gestaltet werden kann.

Eine erste offizielle Ausbildung, die in diesem Berufsfeld angeboten wird, ist *Medint* (vgl. Ertl et al. 2010: 256ff.). Dabei handelt es sich um ein europäisches Einschulungsprogramm, das einen Fachkurs für Laiendolmetscher:innen im Gesundheitswesen anbietet, sodass die Fähigkeiten und Fertigkeiten offiziell anerkannt werden können (vgl. Ertl et al. 2010: 256ff.). Diese Art Fachvertiefung wird aber im akademischen Bereich nicht angeboten, oder, wie Ono et al. (2013) zeigen, wird auch im Falle einer Fachvertiefung kein Augenmerk auf die erworbenen Kompetenzen und auf die Bewertung einer solchen Ausbildung gelegt (vgl. Ono et al. 2013: 604ff.).

Ein von der EU im Bereich für Beschäftigung, Soziales, Qualifikationen und Arbeitskräftemobilität im Jahr 2020 eingeführtes Projekt, das den Namen *ReACTme* (Research

& Action and Training in Medical Interpreting) trägt (vgl. ReACTMe 2021), bietet eine weitere Feststellung an: Die fehlende Hochschulausbildung im Bereich des Dolmetschens im Gesundheitswesen stellt wahrscheinlich einen der Gründe dar, warum bei rumänischen, italienischen und spanischen Patient:innen häufig Laiendolmetscher:innen eingesetzt werden, was sich sehr wahrscheinlich negativ auf die Kommunikation und auf die klinischen Behandlungserfolge auswirkt (vgl. ReACTMe 2021).

Außerdem gesteht man sich ein, dass die europäischen Hochschuleinrichtungen eine große Verantwortung für die Entwicklung einer innovativen, spezialisierten Ausbildung für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen tragen (vgl. ReACTMe 2021).

Es ist ihre Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Dolmetscher:innen die erforderlichen Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben können, um die sprachlichen und kulturellen Barrieren zu überwinden, denen sich vor allem jene Patient:innen ausgesetzt sehen, die nicht die Landessprache sprechen (Migrant:innen, Flüchtlinge, Tourist:innen, Besucher:innen, etc.) und dennoch die Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen und nutzen (vgl. ReACTMe 2021).

ReACTMe versucht dabei, eine Lösung für diese Herausforderung zu schaffen, indem es eine Vergleichsstudie über den aktuellen Bedarf und mögliche Lösungen für das medizinische Dolmetschen in Rumänien, Italien und Spanien durchführt, Instrumente für die Ausbildung von medizinischen Dolmetscher:innen zur Verfügung stellt, Lehrkräfte und Studierende an Hochschulen weiterbildet und einen Lehrplan für ein gemeinsames, kombiniertes Lernmodul für den Studiengang *Dolmetschen im Gesundheitswesen* entwickelt (vgl. ReACTMe 2021).

Die sechs teilnehmenden Hochschulen aus drei verschiedenen Ländern stellen jeweils Kulturen beziehungsweise Gesellschaften mit drei unterschiedlichen Migrationshintergründen dar (vgl. ReACTMe 2021).

Unter den Teilnehmer:innen finden sich folgende Hochschulen: Universidad San Jorge (Spanien), Universidad de Murcia (Spanien), Università degli studi di Bologna (Italien), Università degli studi internazionali di Roma (Italien), Universitatea Babes-Bolyai (Rumänien) sowie die Universitatea de Medicina si Farmacie IULIU Hatieganu (Rumänien) (vgl. ReACTMe 2021).

Das Ziel, das diese Hochschulen durch das *ReACTMe-Projekt* verfolgen, besteht darin, die jeweilige Berufsausbildung an den teilnehmenden Hochschulen genauer unter Beobachtung zu stellen (vgl. ReACTMe 2021).

Insbesondere geht es dabei darum, Lehrkräfte und Hochschulstudent:innen zu trainieren und ein Lehrprogramm speziell für ein Modul zum Thema medizinisches Dolmetschen zu entwerfen, welches nach dem Förderzeitraum tatsächlich in die akademische Ausbildung eingeführt und dort umgesetzt werden soll (vgl. ReACTMe 2021). Außerdem ist man bestrebt, ein klares und realistisches Bild des aktuellen Bedarfs hinsichtlich der Angebote und Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich des Dolmetschens im Gesundheitswesen in den drei beteiligten Ländern (Italien, Rumänien und Spanien) zu erhalten (vgl. ReACTMe 2021).

Weiters wurde der Zugang zu einer Lernplattform mit innovativen Schulungsmaterialien und weiteren Ressourcen über die *ReACTMe*-Website sichergestellt (vgl. ReACTMe 2021). Auf dieser Plattform stehen die Kategorien “Terminologie,, “Rollenspiele,, , “Fallstudien,, und “Didaktische Einheiten,, allen Interessierten zur Verfügung (vgl. ReACTMe 2021). Unter der Kategorie “Terminologie,, finden sich acht verschiedenen Glossare, die sich auf die medizinischen Fachbereiche Kardiologie, Coronavirus, Gynäkologie, Onkologie, Ophthalmologie, Orthopädie, Pharmakologie und Toxikologie sowie Chirurgie beziehen (vgl. ReACTMe 2021). Im Bereich “Rollenspiele,, können Lehrkräfte auf diese Lernmaterialien zurückgreifen, um die Student:innen bei der Entwicklung ihrer Dolmetschfähigkeiten zu unterstützen (vgl. ReACTMe 2021). Darüber hinaus können Student:innen des Studiengangs sowie auch medizinische Fachkräfte diese Rollenspiele nutzen, um selbstständig das Übersetzen von Texten zu üben und ihren Wortschatz in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen zu erweitern (vgl. ReACTMe 2021). Die Rollenspiele betreffen folgende medizinische Bereiche: Kardiologie, Notaufnahme, Epidemiologie, Gynäkologie, Onkologie, Orthopädische Chirurgie, Orthopädie, Pädiatrie, Erstversorgung und Schlafmedizin (vgl. ReACTMe 2021).

Alle Fallstudien sind auf Englisch verfasst und stellen besondere Situationen dar, in welchen die Dolmetscher:innen schwierige Entscheidungen treffen müssen (vgl. ReACTMe 2021). Folgende Fallstudien können aufgerufen werden und werden an dieser Stelle unter Nennung ihres jeweiligen Titels angeführt:

- Lost in anatomy
- La la la (no no no)

- It is just a matter of wind
- Conveying a severe diagnosis to a depression prone patient
- Excessive pain sensitivity
- To help or not to help. That is the question
- Teenager takes birth control pills without telling her parents
- Misunderstanding about the gravity of a diagnosis
- Severe obstetric hemorrhage
- Breast cancer screening program

Auch auf didaktischer Ebene führte dieses Projekt zu Ergebnissen (vgl. ReACTMe 2021): Zwischen 18. und 22. Januar 2021 fand im Rahmen des *ReACTMe-Projekts* eine Schulung für Lehrkräfte statt (vgl. ReACTMe 2021). Diese entwickelten im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten didaktische Einheiten, die ebenso als Ergebnis des Projekts anderen Interessierten zur Verfügung gestellt werden (vgl. ReACTMe 2021). Hauptziel dieses Lernmoduls ist es, Kernkompetenzen zu entwickeln, welche Trainer:innen benötigen, um zukünftige Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen zu schulen und sie auszubilden (vgl. ReACTMe 2021).

Die Einheiten sind:

- COVID 19 (Englisch-Spanisch)
- Notfallmedizin (Englisch-Rumänisch)
- Notaufnahme (Englisch-Italienisch)
- Orthopädische Traumatologie (Englisch-Rumänisch)
- Psychiatrie (Englisch-Rumänisch)

Die oben genannten Ressourcen stellen die Gesamtheit der vom *ReACTMe-Projekt* zur Verfügung gestellten Orientierungshilfen für die Arbeit mit Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen dar (vgl. ReACTMe 2021).

Für die Präsentation dieses Projektes und die Veröffentlichung seiner Ergebnisse wurden verschiedene Veranstaltungen organisiert (vgl. ReACTMe 2021). Darunter etwa auch die Eröffnungssitzung des *ReACTMe-Projekts*, die am 21. und 22. Oktober an der Universität San Jorge (USJ), jener Hochschuleinrichtung, die für die Koordinierung des Projekts zuständig war, stattfand (vgl. ReACTMe 2021).

Im Rahmen dieser Eröffnungssitzung wurde insbesondere der Stand der Entwicklung des Dolmetschens im Gesundheitswesen in mehreren europäischen Ländern analysiert sowie Schulungsmaterialien und Leitlinien diskutiert, um Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen besser zu trainieren (vgl. ReACTMe 2021).

Die Gesamtheit der Vertreter:innen der koordinierenden Universität sowie der fünf Partnerinstitutionen (Università degli Studi Internazionali di Roma, Italien; Università degli Studi di Bologna, Italien; Universidad de Murcia, Spanien; Universitatea Babeș-Bolyai, Rumänien; und Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Rumänien) nahmen an diesem Treffen teil und trugen aktiv zu dessen Erfolg bei (vgl. ReACTMe 2021).

Um dieses Projekt inhaltlich zu verfeinern und einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen, nahmen die Vertreter:innen und Koordinator:innen darüber hinaus noch an verschiedenen ähnlichen Veranstaltungen teil (vgl. ReACTMe 2021). So etwa war die Koordinatorin des *ReACTMe-Projekts*, Almudena Nevado, am 24. Juni 2020 als Hauptrednerin an der gemeinsamen Abschlussveranstaltung der Erasmus+ Projekte TC-Nurse und PREP anwesend und berichtete vom Projektfortschritt und dessen Erfolg (vgl. ReACTMe 2021).

In ihrem Vortrag mit dem Titel *Bringing Down the Tower of Babel. Die Rolle des Dolmetschens im Gesundheitswesen*, versuchte sie, die Teilnehmer:innen über die Gefahren der Verwendung von Laiendolmetscher:innen (z. B. Angehörige und Freunde der Patient:innen oder „zweisprachiges“ medizinisches Personal) zu informieren und sie zum Nachdenken anzuregen, um die Kommunikation zwischen Fachkräften im Gesundheitswesen und fremdsprachigen Patient:innen zu ermöglichen (vgl. ReACTMe 2021).

Darüber hinaus beschrieb sie die Rolle und die Aufgaben der Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen und kam zum Schluss, dass “[...] if the goal is the best care possible, it is an ethical imperative to hire such professionals in medical settings,, (vgl. Lachman 2008).

Die Aufforderung zur Teilnahme am ersten Intensivprogramm für Hochschulstudent:innen wurde in den Partnereinrichtungen bekannt gegeben (vgl. ReACTMe 2021): Aus jeder Universität wurden drei Kandidat:innen für die Teilnahme an diesem Programm, welches die Besonderheiten des Dolmetschens im Gesundheitswesen und die Entwicklung von Kernkompetenzen für das Dolmetschen im Gesundheitswesen vermitteln soll, ausgewählt (vgl. ReACTMe 2021).

Die zwei dargestellten Lehrprogramme geben sehr interessante Hinweise darauf, wie eine Fortbildung für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen gestaltet werden kann und auf welche Aspekte es am wichtigsten ist, den Fokus zu legen (vgl. ReACTMe 2021).

Ob dies bei den aktuell etablierten Ausbildungsformen bereits der Fall ist und ob Absolvent:innen, die diesen Arbeitsweg einschlagen, im Rahmen ihrer Ausbildung mit ausreichend praktischen Kenntnissen ausgestattet werden, wird im nächsten Kapitel genauer untersucht.

1.4 Die Rolle der Praxis in der theoretischen Dolmetscherausbildung

Im Sinne einer an der medizinischen Praxis orientierten ganzheitlichen Berufsausbildung ist ein enger Kontakt und Austausch zwischen den Dolmetscher:innen und dem medizinischen Fachpersonal erstrebenswert (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 164ff.). Die Befürworter:innen eines interaktionsorientierten Lernansatzes sehen dabei den Dialog als entscheidenden Faktor für den Wissenserwerb, da sie davon ausgehen, dass Interaktion und Meinungsaustausch notwendig sind, damit dieser Wissenserwerb überhaupt stattfinden kann (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 164ff.).

Skaaden (2016) verweist jedoch auf die Tatsache, dass die westliche Kultur und damit einhergehend auch das dort vorherrschende Bildungswesen dazu neigen, unter Wissen nur den epistemischen Typ von Wissen zu verstehen (vgl. Skaaden 2016). Darunter wird das Verständnis über die Art und den Ursprung des naturwissenschaftlichen Wissens verstanden (vgl. Skaaden 2016). Das epistemische Wissen beschreibt außerdem die Fähigkeit, argumentativ zu denken und diskutieren zu können (vgl. Skaaden 2016). Als Beispiele hierfür können folgende Kompetenzen genannt werden: die Aussagekraft experimentell gewonnener Ergebnisse zu beurteilen oder den Unterschied zwischen Beobachtung, Fakt, Hypothese, Modell und Theorie erkennen zu können. Daher handelt es sich bei epistemischem Wissen um ein theoretisches Wissen (vgl. Skaaden 2016), während sich das prozedurale Wissen auf das Wissen über Verfahren und Methoden bezieht, die für die naturwissenschaftliche Forschung wesentlich sind und die die Erhebung, Analyse und Interpretation von naturwissenschaftlichen Daten unterstützen (vgl. Skaaden 2016). Dieses prozedurale Wissen ist im Gegensatz zum epistemischen Wissen jenes, das mehr mit der Praxis verbunden ist (vgl. Skaaden 2016).

In ähnlicher Weise stellen Kinsella und Pitman (2012) fest, dass eine Diskrepanz zwischen dem für die Praxis erforderlichen Wissen und den aktuellen Vorstellungen der Fachhochschulen über das legitime Wissen besteht (vgl. Kinsella & Pitman 2012: 2ff.). Ein Blick auf den Verhaltenskodex oder den Praxisstandard von weltweiten Dolmetscherverbänden im Gesundheitswesen sowie auf die beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten, die von weltweiten öffentlichen Einrichtungen angeboten werden, lässt jedoch wenig Dialog zwischen Praxis und Theorie erkennen (vgl. Kinsella & Pitman 2012). Um diese Lücke zu schließen, müssen Forschende aus beiden Wissenschafts- und Praxisbereichen ihren jeweiligen Beitrag leisten (vgl. Kinsella & Pitman 2012). Der diesbezüglich beobachtbare Mangel in der praktischen Umsetzung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen (vgl. Kinsella & Pitman 2012): Je mehr Forschung in diesem Bereich betrieben wird und je mehr wissenschaftliche Schriften verbreitet werden, desto mehr Möglichkeiten gibt es, diese Ergebnisse öffentlich zur Verfügung zu stellen und auch in die Praxis umzusetzen, was die Verbindung zwischen Theorie und Praxis fördert (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Die Fragen, die sich nun stellen, sind etwa, wer für die Förderung dieses Dialogs im Rahmen der Dolmetscherausbildung verantwortlich ist (vgl. Angelelli & Jacobson 2009), wie diese Förderung erfolgen kann und inwiefern die Ausbildung und die Bewertung von Dolmetscher:innen und Ärzt:innen verändert werden muss (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Ebenso wie sich die Dolmetscher:innen bei der Vorbereitung auf Aufträge im Gesundheitswesen vor allem auf kognitive Fähigkeiten, Ethik und Terminologie konzentrieren, liegt der Schwerpunkt der aktuellen Dolmetscherausbildungen weltweit auf der Beurteilung von Informationsverarbeitung (Gedächtnis, analytische Fähigkeiten), Sprachkenntnissen und auf spezifischer Terminologie (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Obwohl die Bewertung der kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten der Dolmetscher:innen von wesentlicher Bedeutung ist, dürfen andere wichtige Kompetenzen nicht vernachlässigt werden (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Wie aus der Literatur bekannt ist (vgl. Angelelli & Jacobson 2009; Tribe & Thompson 2022; Pöllabauer et al. 2021; Major et al. 2012), sind andere Fähigkeiten wie etwa die zwischenmenschliche oder soziale Kompetenz ebenso wichtig wie kognitive und sprachliche Fähigkeiten. Diese werden aber nur selten gelehrt und kaum beurteilt (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Die Verbindung zwischen Theorie und Praxis könnte nun darin bestehen, im Rahmen der Beurteilung von Dolmetscher:innen auch beruflich realitätsnahe Situationen einzubauen. (vgl. Angelelli & Jacobson 2009) Fragen der Anpassung, des Umgangs, des Einfühlungsvermögens, des Vertrauens und des Respekts, die für die Leistung und die Wahrnehmung von Dolmetscher:innen von Bedeutung sind (vgl. Angelelli & Jacobson 2009), sollten bei der Beurteilung von Dolmetscher:innen berücksichtigt werden, anstatt sie als selbstverständlich vorauszusetzen oder schlichtweg zu ignorieren (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Ein für eine gute Dolmetschleistung unabdingbares gewünschtes Verhalten sowie aber auch ein absolut unangemessenes Verhalten muss gleichermaßen in die Bewertung der Dolmetscher:innen einbezogen werden, beziehungsweise es muss darauf geachtet werden, ob die dolmetschspezifische Prinzipien und Praxisnormen eingehalten werden und damit die gewünschte Interaktivität erreicht wird (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.).

Wenngleich die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit konsultierten wissenschaftlichen Arbeiten eindeutig sind, scheinen sie sich nicht mit der erwarteten Geschwindigkeit und Präzision in der Praxis etabliert zu haben (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Infolgedessen bleibt die Kluft zwischen Theorie und Praxis bestehen und oft mangelt es nach wie vor am Dialog, obwohl sich unterschiedliche Fachkräfte aus Translation und Medizin gleichermaßen dieser Problematik sehr wohl bewusst sind (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Im Interesse des Berufsstandes der Dolmetscher:innen, aber auch im Interesse der Ärzt:innen sowie der Patient:innen sind folglich Maßnahmen zu ergreifen, damit die theoretischen Forschungsergebnisse in der Praxis berücksichtigt werden können (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Ebenso scheint es ratsam, die in der Wissenschaft gewonnenen theoretischen Erkenntnisse bereits in die Ausbildung von Dolmetscher:innen unter Fokussierung des Gesundheitswesens einfließen zu lassen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Zusätzlich zu jenen Aspekten, die im Rahmen der Dolmetscherausbildung verbessert werden müssen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009), ist wichtig, einen der aktuell wichtigsten Modi des Dolmetschens im Gesundheitswesen zu erwähnen: das Ferndolmetschen (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Dieser Modus und dessen Anwendung in den unterschiedlichen Dolmetscherausbildungen wird im folgenden Kapitel diskutiert.

2 Ferndolmetschen im Gesundheitswesen

Das Ferndolmetschen im Gesundheitswesen ist eine Branche des Dolmetschens, die seit dem letzten Jahrzehnt ein beispielloses Wachstum weltweit erlebt (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Dies führt auch dazu, dass Innovationen in diesem Bereich immer häufiger werden (vgl. Krystallidou et al. 2018: 129ff.) und die Nachfrage nach Dolmetscher:innen für eine Vollzeitbeschäftigung in einem Krankenhaus stetig steigt (vgl. Krystallidou et al. 2018: 129ff.). Allerdings wurde auch schon darüber diskutiert, dass trotz dieses Wachstums, diese Beschäftigung weiterhin keine offizielle Anerkennung im Vergleich zu anderen Dolmetscharten und Dolmetschsettings bekommt (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Derzeit werden auf europäischer Ebene – was die dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsliteratur zeigt – noch keine Ausbildungen beziehungsweise offiziellen Lehrveranstaltungen mit Schwerpunkt auf Dolmetschen/Ferndolmetschen im Gesundheitswesen angeboten (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Die Konsequenz daraus ist, dass die meisten Dolmetscher:innen, die im Gesundheitswesen arbeiten, nach wie vor Laiendolmetscher:innen ohne professionellen Hintergrund sind (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Die Frage ist nun, wie die aktuell noch mangelhaften Ausbildungsangebote im Fachgebiet Ferndolmetschen für Student:innen, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisieren wollen, neu gestaltet- beziehungsweise umstrukturiert werden können (vgl. Tribe & Thompson 2022).

Eine gute Lösung könnte darin bestehen – folgt man den Autorinnen Tribe und Thompson (2022) – die aktuell praktizierte Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher:innen und Ärzt:innen zu verändern und sie in gemeinsamen Übungen im Rahmen ihrer Ausbildungen sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene in Kontakt zu bringen, sodass ein stärkerer Teamgeist entstehen kann (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Wesentlich für diese Kooperation sowie auch für eine reibungslose Kommunikation zwischen allen Beteiligten ist ein gegenseitiges Vertrauen (von Patient:innen, Ärzt:innen und Dolmetscher:innen), auf dem die Zusammenarbeit beruht (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.).

Nach dem *Primary Care Support Force* (2019) wäre es für Dolmetscher:innen und Ärzt:innen erforderlich, sich bereits vor den zu dolmetschenden Gesprächen zu treffen und zu besprechen, wie die Dolmetscher:innen und Ärzt:innen zusammenarbeiten werden (vgl. Ono

et al. 2013: 607f.): Sie sollten ihre Bedürfnisse besprechen sowie ihre Hoffnungen und Bedenken bezüglich ihrer Zusammenarbeit äußern (vgl. Ono et al. 2013: 607f.). Außerdem sollten sie besprechen, welchen Dolmetschmodus sie verwenden werden (vgl. Ono et al. 2013: 607f.). Die Dolmetscher:innen sollten darauf aufmerksam gemacht werden, keine eigenen Interpretationen oder Ideen zum Gespräch hinzuzufügen oder Informationen auszulassen, die sie für irrelevant halten (vgl. Ono et al. 2013: 607f.). Des Weiteren sollten die Dolmetscher:innen dazu ermutigt werden, immer Rückfragen zu stellen, falls sie einige Begriffe nicht verstehen (vgl. Ono et al. 2013: 607f.). Der Respekt und die Anerkennung, die das Gesundheitspersonal den Dolmetscher:innen gegenüber zeigt, bilden dabei die Grundlagen dieser Kooperation (vgl. Tribe & Thompson 2022).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sowohl Dolmetscher:innen als auch Ärzt:innen bereits im Rahmen ihrer Ausbildung eine gesteigerte Wahrnehmung und eine größere Vertrautheit bezüglich ihrer eigenen sowie auch der jeweils anderen beruflichen Rollen erfahren sollten, sodass vor allem Dolmetscher:innen von anderen Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen als gleichwertige Kolleg:innen und nicht als untergeordnete Dienstleister:innen wahrgenommen werden (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.). Auch Ärzt:innen könnte es dadurch besser gelingen, keine falschen Anforderungen und Erwartungen an die jeweiligen Dolmetscher:innen zu stellen (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Eine regelmäßige Zusammenarbeit kann das Vertrauen und die Bereitschaft von Ärzt:innen erhöhen, Dolmetscher:innen als gleichstehende Mitarbeiter:innen zu betrachten. Die Wahrscheinlichkeit, dass Fehlkommunikation und Missverständnisse entstehen, ist hoch, wenn Ärzt:innen und Dolmetscher:innen seltener zusammenarbeiten und ihnen ihr Gegenüber unbekannt ist (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Ob diese Erwartungen zusammen mit dem Bedarf einer breiteren Lehre und Anwendung des Ferndolmetschens im Rahmen der Dolmetschausbildung bereits berücksichtigt wird oder im Rahmen der akademischen Lehre überhaupt berücksichtigt werden kann, wird im folgenden Kapitel besprochen.

2.1 Lernprogramme für das Ferndolmetschen

Um in den Beruf einsteigende medizinische Dolmetscher:innen auf ihre beruflichen Tätigkeiten vorzubereiten, ist es wichtig, ein Augenmerk auf die Markttendenzen zu legen (vgl. Hagemann 2006), um festzustellen, auf welchen Dolmetschmodus sich die betroffenen Dolmetscher:innen fokussieren müssen, um im Gesundheitswesen besser arbeiten zu können (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.).

Hinsichtlich des Dolmetschmodus muss festgehalten werden, dass in Deutschland und in den USA der im Gesundheitswesen aktuell am stärksten wachsende Dolmetschmodus jener des Telefondolmetschens ist (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Es ist zu beobachten, dass nach und nach auch immer mehr spezifische Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich des Telefondolmetschens angeboten werden (vgl. Davitti & Braun 2020). Als Beispiel kann hier etwa das Zentrum für Translationswissenschaft in Wien genannt werden (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Der Einführungsprozess des Ferndolmetschens im europäischen Bildungswesen gestaltete sich langwierig vor der COVID 19 Pandemie (2020). Dies lag vor allem daran, dass die Ferndolmetschungen auf einmal die einzige Art und Weise darstellten, um überhaupt dolmetschen zu können (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Es gibt diverse Gründe dafür, warum in den verschiedenen Lernprogrammen der Dolmetschausbildung das Telefondolmetschen nicht gleich (oder kaum) berücksichtigt wurde (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Einer dieser Gründe ist, dass sich dieses Fachgebiet in der Vergangenheit schnell entwickelt hat (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Außerdem ist für eine optimale Ausbildung ein gewisses Maß an technischer Ausstattung für die Praxis erforderlich (vgl. Hlavac 2013), dies wurde erst in den letzten Jahren berücksichtigt.

Eine weitere Komplexität des Ferndolmetschens, die im Rahmen der Ausbildung eine große Reihe an technischen und inhaltlichen Ressourcen benötigt, stellt die Vielfalt und Diversität der Einsatzmöglichkeiten in der Praxis dar (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Die Ergebnisse einer in Spanien von González Rodríguez und Spinolo (2017) durchgeführten Umfrage heben hervor, in welchen Fachbereichen das Telefondolmetschen von spanischen Sprachvermittlungsunternehmen am häufigsten eingesetzt wird: Eine besonders große Inanspruchnahme dieses Dolmetschmodus wird im Bereich des Gesundheitswesens beobachtet, gefolgt von Notrufen und Sozialdiensten (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Die Anrufe mit der durchschnittlich höchsten Dauer erfolgten im Bereich

Bildung (wo allerdings eine niedrige Anzahl der Anrufe verzeichnet wurden), gefolgt von Sozialdiensten und Telefonaten für Stadtverwaltungen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.). Es ist keine Überraschung, dass die kürzesten Anrufe bei den Notdiensten verzeichnet wurden (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 246).

Diese Zahlen zeigen eindeutig die Vielfalt der Einsätze des Telefondolmetschens je nach Einsatzbereich, nach Kunde beziehungsweise Kundin (die Institutionen, die den Dolmetschdienst in Anspruch nehmen), je nach Zeitraum und vor allem je nach Sprachkombination (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Ergebnisse dieser Umfrage auch zeigen, dass in gewissen Kontexten beziehungsweise unter bestimmten Umständen der Telefondolmetschdienst anderen Dolmetschmodi vorgezogen wird beziehungsweise sich als am praktikabelsten erweist (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.). Trotzdem wird das Telefondolmetschen im Vergleich zum Videodolmetschen als eine viel schwierigere Dolmetschart beschrieben (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Nachdem sich das Telefondolmetschen als komplex erweist und sowohl im Bereich der Technik als auch im Bereich der Kommunikation Schwierigkeiten mit sich bringt, wurde dieser Dolmetschmodus europaweit noch nicht flächendeckend in die Dolmetschausbildung integriert (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.), wenngleich in unterschiedlichen Ländern mehrere diesbezügliche Versuche und Projekte in den letzten Jahren zu beobachten sind.

Ein Beispiel einer Ausbildung mit Schwerpunkt “Ferndolmetschen,, ist das *SHIFT in Orality Projekt* (2015). *SHIFT in Orality* ist ein dreijähriges Erasmus+ Projekt, das 2015 von der Europäischen Kommission eingeführt wurde und zum Ziel hatte, die strategische Partnerschaft in der Hochschulbildung zu fördern (vgl. Amato et al. 2018).

Dieses Projekt wurde auf der Grundlage von Ergebnissen einer Marktforschung lanciert, die die künftige Nachfrage nach Ferndolmetschungen zeigte, sowie deren Auswirkungen und Folgen für die Ausbildung. Das Ergebnis war eine interessante Analyse, die zeigte, dass die Nachfrage nach Ferndolmetscher:innen insbesondere im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft stetig zunimmt (vgl. Amato et al. 2018).

Als Konsequenz daraus wurde eine umfassende Ausbildung für Dolmetscher:innen, sowohl im Bereich der Hochschulbildung als auch bei beruflichen Fortbildungen als Sommerkurs entworfen (vgl. Amato et al. 2018). Dies wurde durch die Zusammenarbeit eines europäischen Netzwerks von Universitäten und Sprachvermittlungsunternehmen erreicht (vgl. Amato et al. 2018).

Um einen Einblick in eine effiziente Gestaltung einer Fortbildung im Bereich des Ferndolmetschens zu bekommen, kann der *SHIFT* Sommerkurs genauer betrachtet werden: Der Kurs fand vom 11. bis zum 16. Juni 2015 in Forlì (Italien) statt und wurde von der Universität Bologna ausgerichtet. An diesem Intensivkurs nahmen 24 Student:innen von vier Partnerhochschulen (Universität Bologna, Surrey, UPO, UGR), 18 Lehrkräfte dieser Hochschulen und zwei der beteiligten Partnerunternehmen (Dualia, VEASYT) teil. Bei einigen Einheiten waren auch externe Beobachter:innen sowie zwei Student:innen der Unibo und zwei Dolmetscher:innen einer anderen europäischen Universität anwesend, die sich für das Projekt und die Veranstaltung interessierten, nachdem sie über die Sommerschule informiert worden waren (vgl. Amato et al. 2018).

Im Rahmen des Intensivkurses waren 8 Stunden Unterricht pro Tag für sechs Tage vorgesehen: Während an den ersten beiden Tagen der Sommerschule der Fokus auf technologischen Hilfsmitteln zur Vorbereitung relevanter Terminologie für einen Auftrag gelegt wurde, wurde in den folgenden Tagen auf Stimmbildung, Vokalität und auf die wichtigsten theoretischen Grundlagen des Ferndolmetschens (Telefon- und Videodolmetschen) geachtet (vgl. Amato et al. 2018).

Im Detail wurden die Einheiten auf folgende Weise eingeteilt und aufgebaut:

- Dokumentation: Anleitungen und praktische Übungen zur Erstellung und Verwendung von terminologischen Ressourcen für die Vorbereitung von Aufträgen
- Stimmpflege: Richtlinien für den professionellen Einsatz der Stimme und zur Vermeidung von Überlastung/Ermüdung
- Theoretische Grundlagen und Merkmale des Telefondolmetschens (mit Betrachtung von Problemen und Lösungen)
- Theoretische Grundlagen und Merkmale des Video-Ferndolmetschens (mit Betrachtung von Problemen und Lösungen)
- Darstellung von Daten aus der *SHIFT-Marktstudie* und Vertrautmachung mit dem *SHIFT-Glossar* und wie es verwendet/verbessert werden kann
- Praxisorientierte Übungen

Im Anschluss daran begannen die Student:innen und Lehrkräfte in Gruppen (aufgeteilt nach Sprachkombinationen) mit vorbereitenden Aktivitäten und Rollenspielen zum Ferndolmetschen zu arbeiten. Für diesen praktischen Teil wurden drei verschiedene akustisch isolierte Dolmetschkabinen bereitgestellt (vgl. Amato et al. 2018).

In jeder Übung wurden unterschiedliche Einsatzorte einer Ferndolmetschsimulation dargestellt: Zwei Kabinen wurden für eine Konsektivdolmetschung und drei Kabinen für das Dialogdolmetschen verwendet (vgl. Amato et al. 2018).

Das für den Sommerkurs umgesetzte Format erwies sich als erfolgreich und wurde von den Teilnehmer:innen durchweg positiv bewertet (durchschnittliche Zufriedenheitsrate der Student:innen und Lehrkräfte lag bei 96,7%). Außerdem ermöglichte der Sommerkurs den *SHIFT*-Partner:innen, ein mögliches Format (ein intensiver Sommerkurs mit 6-tägigem Unterricht) zu testen, für welchen ein speziell erarbeitetes Schulungsmaterial verwendet werden konnte (vgl. Amato et al. 2018). Außerdem vermittelt der Bericht über die Sommerakademie des *SHIFT*-Oralitätsprojekts eine Vorstellung davon, wie die Einführung und Einübung des Ferndolmetschens im Rahmen einer Fortbildung von einer europäischen Universität gestaltet werden kann (vgl. Amato et al. 2018), indem viele Besonderheiten des Ferndolmetschens dabei berücksichtigt werden, wie etwa der Einsatz von Technologie sowie typische Abläufe und Kommunikationssituationen. Weiters spielte ein gewisses Know-How über die triadische Kommunikation (sowohl im Gesundheitswesen als auch in anderen Settings) eine grundlegende Rolle (vgl. Hlavac 2013).

Zusätzlich zu diesem Know-How brauchen zukünftige Dolmetscher:innen auch praktische Kenntnisse über die technischen und kommunikativen Eigenschaften eines Ferngesprächs, wenn es etwa zum Telefondolmetschen kommt (vgl. Hlavac 2013). Daher ist ein multidisziplinärer Ansatz erforderlich, der verschiedene Fachbereiche und Lehrkräfte mit unterschiedlichen akademischen und beruflichen Hintergründen zusammenbringt (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.) und die interdisziplinäre Komponente, sowohl jene der Ausbildung als auch jene der Praxis, unterstreicht.

In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, wie dieses Ziel erreicht werden kann (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.). Außerdem muss geklärt werden, wie es möglich ist, mehr Bewusstsein für die verschiedenen Dolmetschsettings im Gesundheitswesen zu schaffen und vor allem, wie dieses Problem allein durch interdisziplinäre und gemischte beziehungsweise gemeinsame Übungseinheiten von Medizin- und Dolmetschstudierenden gelöst werden kann.

Obwohl die Sprachvermittlungsunternehmen aner kennenswerte Ausbildungskurse im Rahmen des Gesundheitswesens für ihre eigenen Dolmetscher:innen anbieten (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.), müssen die Lehrpläne für angehende Dolmetscher:innen in der Hochschulbildung ebenfalls in diesem Sinne angepasst werden (vgl. Spinolo et al. 2018:

45ff.). Dies muss aus vielen Gründen zeitnah umgesetzt werden, einerseits um die Absolvent:innen auf die neuen Dolmetscharten, mit denen sie sich in diesem Bereich wahrscheinlich auseinandersetzen werden müssen (beispielsweise auf das Ferndolmetschen) vorzubereiten (vgl. Spinolo et al. 2018: 45ff.), aber auch andererseits um eine größere Anerkennung und somit eine höhere Vergütung für diese Berufsgruppe zu schaffen bzw. rechtfertigen zu können (vgl. Angelelli & Washbourne 2019: 1ff.).

Um diese Maßnahmen weltweit auf Hochschulniveau zu ergreifen, ist es jedoch wichtig zu verstehen, welchen Stellenwert das (Fern-) Dolmetschen im Gesundheitswesen hat, und dahingehend den Ablauf und die Umsetzung dieses Dolmetschmodus zu klären. Außerdem sollte vorab der Unterschied zwischen dem Dolmetschen vor Ort- und dem Ferndolmetschen beschrieben werden, damit folglich verstanden werden kann, warum die für das Ferndolmetschen vorgesehenen Übungen von den traditionellen Übungen im Bereich Dialogdolmetschen abweichen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.).

Unter Ferndolmetschen versteht man ein Gespräch zwischen Fachkräften und Kund:innen, bei dem die Dolmetscher:innen eine bedeutende Rolle im Sinne der Sprachvermittlung spielen (vgl. Pöchlhammer 2016: 184ff.). Die drei Parteien können während des Gesprächs entweder alle drei in verschiedenen Räumen sein, oder aber die Fachperson und Kund:innen befinden sich im selben Raum und nur die bzw. der Dolmetscher:in ist nicht vor Ort (vgl. Pöchlhammer 2016: 184ff.).

Beim Ferndolmetschen muss berücksichtigt werden, dass eine Vielzahl verschiedener Gesprächssituationen sowie Inhalte, Formen und Register, mit häufigem Erscheinen zahlreicher interpersoneller Aspekte wie etwa der Umgang mit Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus oder auch Altersgruppen zusammenspielen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.).

Hlavac (2013) stellt dabei Folgendes fest: Das Telefondolmetschen als Dolmetschmodus unterliegt besonderen Protokollen, bei denen die Dolmetscher:innen aufgrund der Abwesenheit visueller Informationen auf verschiedene mündliche bzw. akustische Inputs und Outputs achten müssen (vgl. Hlavac 2013: 34ff.). Aus diesem Grund erfordert dieser Dolmetschmodus zusätzlich eine hohe Reaktionsfähigkeit und Flexibilität seitens der Ferndolmetscher:innen. Diese Flexibilität beziehungsweise Reaktionsfähigkeit begründet sich in dem Umgang mit möglichen zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen, die aus der Ferne schwieriger zu mediieren sind, aber auch in der zusätzlichen Belastung durch

den Umgang, der technischen Funktionalität und der Bedienung der Dolmetschtools- und -plattformen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 241ff.).

González Rodríguez und Spinolo (2017) unterstreichen, dass diese beiden Konstellationen ein unterschiedliches Gesprächsmanagement durch die Dolmetscher:innen erfordern und dass Missverständnisse und Unklarheiten öfter auftreten, wenn die anderen Beteiligten sich im selben Raum befinden und die Dolmetscher:innen aus der Ferne dolmetschen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Ein schlechtes Audio-Input sollte jedoch nicht nur als Hindernis angesehen werden, sondern auch als Anlass für die Dolmetscher:innen, um strategische Entscheidungen zu treffen, die die Kommunikation erleichtern und das Verständnis der Gesprächsbeteiligten für die Situation fördern können (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.). Daher müssen sich die Ferndolmetscher:innen auch auf ihre rezeptiven Fertigkeiten konzentrieren und diese verbessern (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.). Sie müssen anhand der Stimmen auf die persönlichen Merkmale der Individuen reagieren können und daher besonders auf die sprachlichen und sprachübergreifenden Aspekte achten (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Auf diese Weise können sie diatopische, diastratische und diaphasische Merkmale identifizieren, wie etwa das Herkunftsgebiet, die kulturelle Ebene oder das Sprachregister der Personen (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Um die besonderen Anforderungen und Bedingungen des Ferndolmetschens darzustellen, soll an dieser Stelle ein Beispiel aus dem Bereich des Gesundheitswesens angeführt werden, bei welchem die primären Gesprächsbeteiligten häufig gestresste Pfleger:innen und emotional involvierte Patient:innen sind (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Die spezifischen Fertigkeiten, die hier seitens der Dolmetscher:innen geübt beziehungsweise ausgeführt werden müssen, sind die folgenden: Die Fähigkeit zur schnellen Notation und die Bewältigung längerer und dichter Gespräche (mit Strategien wie Chunking oder Latching), das Erkennen und der Umgang mit verschiedenen emotionalen Zuständen sowie eine exzellente terminologische und fachspezifische Kompetenz (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Diese Auflistung der notwendigen Fähigkeiten, um als Ferndolmetscher:innen zu arbeiten, nimmt schon vorweg, dass das Dolmetschen unter diesen spezifischen Bedingungen eben auch den Dolmetscher:innen sehr besondere und situativ angepasste Fähigkeiten abverlangt (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.) und dass hinter dieser Berufung eine ganzheitliche und praxisorientierte Ausbildung stehen muss (vgl. González Rodríguez & Spinolo 2017: 253ff.).

Im folgenden Unterkapitel wird nun mehr auf die Geschichte des Ferndolmetschens in Österreich eingegangen.

2.2 Geschichte des Ferndolmetschens in Österreich

In Österreich wurde das Telefon- und Videodolmetschen im Jahr 2000 eingeführt (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.). Anfänglich wurde das Telefondolmetschen als eine praktischere Lösung im Vergleich zum Videodolmetschen angesehen, sowohl aufgrund des einfachen Zugriffs für alle Benutzer:innen, als auch wegen seiner einfachen Handhabung (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.). Mit der rasant steigenden Digitalisierung (vor allem auch im Rahmen der COVID19-Pandemie) der Dienste, wurde auch das Videodolmetschen zunehmend in Anspruch genommen (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.).

Das Videodolmetschen stellt eine praktischere Lösung für die beim Telefondolmetschen auftretenden Komplikationen dar (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.). Der Grund dafür liegt in den visuellen Informationen, die beim Videodolmetschen nicht fehlen (vgl. Korak 2010). Das Videodolmetschen wurde zu Beginn in Österreich als Pilotprojekt unter anderem durch Skype (vgl. Korak 2010).

Die vermehrte Verbreitung des Ferndolmetschens entstand vor allem aus den politischen- und Migrationskrisen des letzten Jahrhunderts in Europa (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.): Die Mobilitäts- und Migrationsströme haben die Nachfrage nach diesem besonderen Dienst erhöht und gleichzeitig auch die Nachfrage nach bestimmten und neuen Sprachkombinationen gesteigert (wie zum Beispiel für Farsi, Punjabi oder Nepali) (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.).

Das Ferndolmetschen dient in diesem Zusammenhang vor allem dazu, die Qualität der Verdolmetschungen in diesen „neuen,, Sprachen und die Verfügbarkeit der Dolmetscher:innen

sicherzustellen, obwohl beziehungsweise vor allem deshalb, weil diese manchmal sehr kurzfristig um einen Einsatz gebeten werden (vgl. Havelka 2018).

Obwohl in den zuvor besprochenen Quellen größtenteils von Diensten im Kommunaldolmetschen gesprochen wird, es ist wichtig zu betonen, dass das Videodolmetschen, im Vergleich zum Telefondolmetschen, nicht nur für das Kommunaldolmetschen, sondern auch für das Konferenzdolmetschen verwendet werden kann (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.): Bei den Videokonferenzen ist es sogar möglich, das Relaisdolmetschen umzusetzen und daher den Zugriff auf Inhalte in noch mehr Sprachen zu ermöglichen (vgl. Havelka 2018).

Wenn man den Fokus auf die Konstellation des Ferndolmetschens im Bereich Kommunaldolmetschen legt, müssen relevante Besonderheiten und Unterschiede zum Vor-Ort-Kommunaldolmetschen erwähnt werden (vgl. Pöllabauer et al. 2021: 215ff.): Havelka et al. (2020: 10ff.) äußern sich sehr ausführlich hinsichtlich dieser Eigenheiten und gibt den Dolmetscher:innen und Auftraggeber:innen praktische Hinweise, um die Dolmetschsituation bestmöglich zu planen und evaluieren zu können (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Besonders auffallend ist die Betrachtung der Autorinnen Havelka et al. (2020: 10ff.) über die “On-Demand-Mentalität,,: Hierbei geht es darum, dass sich durch die sofortige Verfügbarkeit von Ferndolmetscher:innen eine On-Demand-Mentalität entwickeln kann, die die Arbeitsbedingungen der Ferndolmetscher:innen grundlegend verändert. Diese dauerhafte Verfügbarkeit und erwartete Flexibilität kann hervorrufen, dass jene Dolmetscher:innen unter einem höheren Arbeitsdruck stehen oder unter einem erhöhten Arbeitspensum leiden (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Betrachtet man jedoch die Regelungen, die Rechte und die Vergütung der Ferndolmetscher:innen, kann festgestellt werden, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen im europäischen Raum aktuell noch immer unklar bleiben und es im Sinne aller Beteiligten einer raschen Klärung bedarf (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Viele wissenschaftliche Studien haben bewiesen, dass aufgrund dieser Arbeitsbedingungen im Vergleich zum Vor-Ort-Dolmetschen bei Ferndolmetscher:innen früher Ermüdungserscheinungen sowie häufiger Stress und Entfremdung durch die niedrigere persönliche Vor-Ort-Teilnahmemöglichkeit auftreten (vgl. Korak 2010: 30).

Deswegen sind Havelka et al. (2020: 10ff.) der Meinung, dass Dolmetscher:innen vor Ort arbeiten sollten. Dies garantiert auch, dass vorab ein Gesprächstermin zu vereinbaren ist, sodass die Dolmetscher:innen nicht ohne Ankündigung und ohne Vorbereitung arbeiten müssen (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Außerdem raten Havelka et al. (2020: 10ff.) davon ab, in bestimmten Gesprächssituationen einen Ferndolmetschdienst in Anspruch zu nehmen. Diese Situationen betreffen meistens spezifische Gespräche im Gesundheitswesen: Vom Ferndolmetschen wird vor allem bei Beteiligung bestimmter Personengruppen gewarnt: bei Auseinandersetzungen mit Personen, die besondere psychische oder physische Bedürfnisse haben, aber auch bei Kindern oder älteren Menschen. Außerdem sollte der Vor-Ort-Modus auch bei längeren Gesprächen, bei Ereignissen, bei denen zahlreiche Teilnehmer:innen anwesend sind, bei Konfliktgesprächen und bei der Psychotherapie nicht angewendet werden (vgl. Havelka et al. 2020: 10ff.).

Ein weiterer wichtiger Punkt, damit eine Ferndolmetschung im Gesundheitswesen gelingen kann, sind die guten Kollaborationsbedingungen zwischen Fachpersonal und Ferndolmetscher:innen beziehungsweise das gegenseitige Bewusstsein über die jeweils andere Rolle und das damit verbundene Vertrauen sowie die Kommunikationsfähigkeit (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.). Die Wichtigkeit dieses gegenseitigen Vertrauens steht im Mittelpunkt dieser vorliegenden Arbeit und wurde schon mehrmals in den vorangegangenen Kapiteln angesprochen und wird erneut genauer im folgenden Kapitel diskutiert.

3 Mehr Dialog und Kollaboration zwischen Fachpersonal und Dolmetscher:innen

In unserer modernen Gesellschaft gelten Ärzt:innen und Jurist:innen sowohl europaweit als auch weltweit als die ältesten Berufsgruppen mit dem höchsten Status und der höchsten Anerkennung in der Berufshierarchie (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.). Diese Berufsgruppen sind jedoch oftmals unorganisiert, wenn bei den Konsultationen mit Patient:innen eine Sprachbarriere auftritt (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.): Sie versuchen entweder ganz schnell Telefondolmetscher:innen zur Verfügung gestellt zu bekommen oder sie greifen auf Laiendolmetscher:innen zurück (vgl. Ozolins 2011: 35ff.). Mehrere Faktoren, sowohl äußere (beziehungsweise strukturell-gesellschaftliche) als auch innere (beziehungsweise didaktische), tragen zu diesem Paradoxon bei (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.): Der wichtigste Einzelfaktor, der die derzeitige Situation beeinflusst, ist die mangelhafte Ausbildung von Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.), sowie die nicht ausreichende Auseinandersetzung der Fachkräfte mit Dolmetscher:innen im Rahmen ihrer Ausbildung (vgl. Ozolins 2011: 33ff.). Daher ist die Integration von Theorie und Praxis ein wiederkehrendes Thema, sowohl in der Dolmetschausbildung als auch in der Ausbildung von Fachkräften im Allgemeinen (vgl. Ozolinis 2011: 47ff.).

3.1 Die Kollaboration muss im akademischen Bereich starten

In der von Vargas Pelaez et al. (2018) durchgeführten Studie, wird hervorgehoben, dass, die gemeinsamen Simulationsübungen von Medizin- und Dolmetschstudent:innen zu einem höheren Bewusstsein bezüglich der Sprachbarrieren der LEP Patient:innen führen. Die Forschung im Bereich der medizinischen Ausbildung unterstreicht die Wirksamkeit verschiedener Arten von Maßnahmen zur Ausbildung von Medizinstudent:innen, Praktikant:innen und Assistenzärzt:innen in der angemessenen Inanspruchnahme von Sprachdiensten und legt nahe, dass Medizinstudent:innen und Assistenzärzt:innen ihre eigenen Sprachkenntnisse überschätzen (vgl. Moreno et al. 2011). Nicht nur die Kommunikation und das Vertrauen zwischen diesen beiden Berufsgruppen (Dolmetscher:innen und Fachpersonal) sind äußerst wichtig, sondern auch ihre Beziehung zueinander (vgl. Moreno et al. 2011). Diamond (2012) beispielsweise fordert diesbezüglich, dass Dolmetscher:innen als integrierte Mitarbeiter:innen des Pflegepersonals angesehen werden sollten (vgl. Diamond et al. 2012).

Wie Hsieh (2010) berichtet, ist es außerdem wichtig, dass sich diese zwei Parteien dessen bewusst sind, welche Rolle die jeweils andere Partei übernehmen wird: Besonders auf Seiten des Fachpersonals sind die Erwartungen an die Dolmetscher:innen besonders hoch und die Vorstellung ihrer mediatorischen Rolle meistens lückenhaft (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

In der üblichen Gesundheitsversorgung unterscheiden sich die Ärzt:innen von den Patient:innen oft aufgrund ihres besseren Krankheitsverständnisses und ihrer Behandlungspräferenzen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

Dolmetscher:innen werden oft als die Lösung angesehen und dienen zur Überbrückung dieser Unterschiede und zu einer Kommunikation asymmetrischer Natur zwischen Patient:innen und Ärzt:innen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Die Herausforderung bei dem durch Dolmetscher:innen vermittelten medizinischen Gespräch besteht darin, dass Ärzt:innen, Patient:innen und Dolmetscher:innen über verschiedene Sprachen, Kulturen und Fachkenntnisse hinweg Bedeutungen von Gesagtem beziehungsweise Kommuniziertem aushandeln müssen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

Obwohl sich das medizinische Fachwissen der Ärzt:innen und das kulturelle und sprachliche Fachwissen der Dolmetscher:innen zu ergänzen scheinen, ist ihre Zusammenarbeit ein komplizierter Prozess, der weitere Untersuchungen erfordert (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

Die Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Dolmetscher:innen ist mit gewissen Erwartungen und Herausforderungen verbunden, die mit der Betreuung von LEP Patient:innen auf zwei verschiedenen Sprachen einhergehen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). So haben Ärzt:innen und Dolmetscher:innen möglicherweise ein unterschiedliches Verständnis der Rolle der Dolmetscher:innen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.): Ärzt:innen erwarten oft, dass Dolmetscher:innen als neutrale Vermittler:innen fungieren, indem sie Informationen von einer Sprache in eine andere übertragen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.).

Forscher:innen argumentieren jedoch, dass die Rolle der Dolmetscher:innen als Vermittler:innen zu stark vereinfacht wird (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Es hat sich gezeigt, dass Dolmetscher:innen häufig aktiv Einfluss auf die medizinischen Gespräche nahmen, um eine hochwertige Betreuung durch ihre Arbeit zu gewährleisten (vgl. Hsieh 2010: 155ff.).

Obwohl sowohl Ärzt:innen als auch Dolmetscher:innen das Ziel verfolgen, eine qualitativ hochwertige Behandlung zu ermöglichen, können ihre jeweilige akademischen

Hintergründe dazu führen, dass sie sich auf unterschiedliche Aspekte in den Erzählungen der Patient:innen konzentrieren (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Da die Krankheitserfahrungen der Patient:innen sozial und kulturell bedingt sind, kann es schwerfallen, die Grenzen zwischen der Behandlung, Kultur und Sprache in den Erzählungen der Patient:innen zu erkennen (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Infolgedessen kann es zu einem Konflikt zwischen Ärzt:innen und Dolmetscher:innen kommen, wenn es um die Interpretation und Konstruktion der Bedeutungen von Patient:innenerzählungen geht (vgl. Hsieh 2010: 158ff.).

Dies betrachtet auch Hsieh (2010) in einer Studie, die das Ziel verfolgt, Themen oder Situationen in diesen Gesprächen zu identifizieren, in denen sowohl Ärzt:innen als auch die Dolmetscher:innen, aufgrund ihrer unterschiedlichen Fachkenntnisse und Arbeitsweisen, Spannungen und Rollenkonflikte erleben können (vgl. Hsieh 2010: 154ff.). Nachdem die von den Dolmetscher:innen vermittelten medizinischen Gespräche sehr komplex sein können, hängt der Erfolg einer zweisprachigen medizinischen Gesprächssituation von der Fähigkeit der Ärzt:innen und Dolmetscher:innen ab, ihre eigenen und die kommunikativen Strategien und Ziele der oder des jeweils anderen zu verstehen, diese zu verbalisieren und zu vereinbaren und sich auf das Gesprächsmanagement der oder des jeweils anderen einzustellen und darauf reagieren zu können (vgl. Hsieh 2010: 157ff.).

Wie bereits mehrmals erwähnt, ist die Anpassung dieser zwei Parteien auch von einer Adaptierung der Studienpläne beziehungsweise einer Anpassung des Ausbildungscurriculums aller in diesem Berufsfeld verankerten Studiengänge abhängig (vgl. Hsieh 2010: 157ff.). Bei einer solchen Anpassung ist die Kollaboration zwischen Theorie und Praxis als grundlegender Faktor zu berücksichtigen (vgl. Hsieh 2010: 157ff.). Welche Faktoren dabei die Schlüsselakteure für diese Integration zwischen Theorie und Praxis im Rahmen der beiden wichtigsten Studiengänge (Medizin/Gesundheit und Translationswissenschaft/ Dolmetschen) sein könnten, gilt es noch herauszufinden (vgl. Hsieh 2010: 157ff.).

3.2 Theoretische professionelle Weiterbildungen oder praxisorientierte akademische Ausbildungen?

Die Frage der Verbindung von Theorie und Praxis spielt eine grundlegende Rolle im Rahmen der Hochschulbildung (vgl. Angelelli & Jacobson 2009): Akademische Bildungseinrichtungen sind per Definition mit der Produktion von Forschung und Theorien beauftragt (vgl. Angelelli

& Jacobson 2009) und die akademischen Forscher:innen sind dafür verantwortlich, Recherchen in dem schnell wachsenden Bereich der Translationswissenschaft voranzutreiben (vgl. Angelelli & Jacobson 2009: 147ff.).

Die drängende Fragestellung hier ist, ob die praxisorientierten Ausbildungen bereits von Hochschuleinrichtungen/Universitäten angeboten werden. In den Vereinigten Staaten beispielsweise haben die meisten Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen keine offizielle Ausbildung für ihre Tätigkeit absolviert, sondern nur eine Kurzausbildung, die den Schwerpunkt nur auf die Praxis legt, abgeschlossen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009: 30ff.).

In diesem Zusammenhang kommt noch eine weitere Fragestellung hinzu, und zwar, ob das Dolmetschen im Gesundheitswesen mehr als eine kurzfristige Ausbildung oder als eine Hochschulbildung angesehen werden soll. Während man unter Bildung (an einer Hochschule) den Vorgang versteht, bei dem Wissen und besondere Fähigkeiten für einen Beruf erworben werden, bei dem das Verständnis und das Urteilsvermögen entwickelt werden und die Vorbereitung auf ein Berufsfeld erfolgt, versteht man unter Ausbildung das praktische Lernen oder Üben, das normalerweise unter einer Aufsicht erfolgt (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Eine diesbezügliche Klärung könnte unter Umständen auch Antworten auf die Frage nach den noch immer herrschenden Lücken zwischen Theorie und Praxis geben (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Laut Youdelman (2013) wird in den USA “eine große Bandbreite an Programmen angeboten, die von 240 Stunden Unterricht mit Rollenspielen und Praktika bis hin zu sechsstündigen Intensivkursen (von fragwürdigem Wert) reichen (vgl. Youdelman 2013: 114ff.). Der Schwerpunkt liegt dabei nicht so stark auf der Ausbildung von professionellen Dolmetscher:innen, die sowohl die Theorie als auch deren Anwendung in der Praxis beherrschen, sondern vielmehr auf der Einübung spezifischer Fähigkeiten wie Gedächtnisverbesserung oder Terminologie (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Daraus lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen: Die Ausbildung der Dolmetschen wird oftmals mit der Einübung von Terminologiekenntnissen verwechselt (vgl. Angelelli & Jacobson 2009), da es durch ein pragmatisches Bedürfnis ausgelöst wird und primär das Ziel einer reibungslosen Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen verfolgt. Da dieses Bedürfnis dringend ist, geht der Einführung von Lehrplänen keine

Forschung voraus und die Praxis wird nicht durch die Theorie geleitet (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Folglich werden viele der Entscheidungen die Lehrpläne betreffend auf der Grundlage des Vorganges „Versuch und Fehler (Trial-and-Error)“ getroffen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). An dieser Stelle muss der Dialog zwischen Ärzt:innen und Forscher:innen im Bereich des Dolmetschen gestärkt werden (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Eine Aktionsforschung, die in Partnerschaft zwischen Forscher:innen im Bereich Translation und Ärzt:innen durchgeführt wird, könnte dafür eine perfekte Lösung sein (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Dabei müssten die Hochschulen eine führende Rolle bei der Förderung der Interaktion zwischen diesen Parteien übernehmen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

In diesem Zusammenhang kommt jedoch nicht nur den Ausbildungsstätten eine tragende Rolle zu, denn nicht nur die Interaktion zwischen Ärzt:innen und Dolmetscher:innen erweist sich als sehr wichtig, sondern auch die Natur der Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, die von den Dolmetscher:innen verstanden werden muss (vgl. Angelelli & Jacobson 2009): Die Unterschiede zwischen Personen, die verschiedenen Sprachgemeinschaften angehören, führen zu Formen der Interaktion, bei denen die Machtunterschiede auffällig sind, wie es etwa bei zweisprachigen Gesprächen im Krankenhaus beobachtet wurde (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Forschungsfragen zu dieser Praxis, zum Fachpersonal und zur Ausbildung des Fachpersonals, Fragen, die für die didaktische Orientierung und für das Verständnis der zugrundeliegenden Komplexität des gedolmetschten Kommunikationsvorgangs im Gesundheitswesen von wesentlicher Bedeutung sind, werden auf die Marktbedürfnisse der Ärzt:innen verschoben (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Das bedeutet, dass im Hintergrund das steht, was die meisten Ärzt:innen in der Regel im Rahmen ihrer Ausbildung erlernt haben (was in dieser Ausbildung umgestaltet und angepasst werden könnte), während im Vordergrund das steht, was die Ärzt:innen konkret brauchen, um ihre Praxis zu gestalten (vgl. Angelelli & Jacobson 2009).

Nur ein vertiefter Dialog zwischen Theorie und Praxis wird dazu beitragen, die bestehenden Lücken zu schließen, die Annahmen zu überdenken und die Leitlinien für die Praxis auf der Grundlage empirischer Forschungen zu entwickeln (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Vor allem die davon betroffenen Bildungseinrichtungen müssen an diesem Dialog proaktiv teilnehmen und für die Praxis, beziehungsweise für die Ausbildung, die sich auf die

Praxis stützen würde, mehr Forschungsergebnisse zur Verfügung zu stellen (vgl. Angelelli & Jacobson 2009). Die Studierenden müssen ihrerseits lernen, ihre persönliche Interpretation von den Inhalten zu hinterfragen, um ihr Bewusstsein der vielfältigen Bedeutungen einer Aussage gegenüber zu schärfen und sich damit ihrer Rolle als wichtige Gesprächsteilnehmer:innen bewusst zu werden, die in der Kommunikation handlungsfähig sind (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008). Weiters könnten sie von Lehrveranstaltungen rund um die verschiedenen Gegebenheiten und Gesprächen in der Branche des Gesundheitswesens profitieren (zum Beispiel Abläufe eines Krankenhauses, Ethik, Protokolle oder Machtverhältnisse zwischen Patient:innen und Ärzt:innen sowie unter Mitarbeiter:innen des Fachpersonals) (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008). Die Aufmerksamkeit auf solchen Aspekte im Rahmen der Ausbildung würde die fachlichen und beruflichen Grundlagen der Dolmetschstudent:innen stärken und sie besser auf eine Karriere als sichtbare, kompetente und kulturbezogene Fachkräfte vorbereiten (vgl. Downing 2021: 70f.). Dies kann erreicht werden, indem die Studierenden mit der Forschung und Theorie in diesem Bereich vertraut gemacht werden (vgl. Downing 2021: 165ff.). Dass dies gelingen kann, zeigen einige einschlägige Berichte und Projekte (vgl. Downing 2021: 165ff.).

Die dabei durchgeführten Studien (siehe Unterkapitel 4.1, 4.2, 4.3, 4.4) veranschaulichen bereits durchgeführte Veränderungen in diesem Bereich. Teilweise werden sogar bereits Ausbildungsmöglichkeiten mit Fokus auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen angeboten. Diese Studien bilden den Kern der folgenden Kapitel.

4 Pilotprojekte für das Dolmetschen im Gesundheitswesen

Kapitel 4 soll einen Überblick über einige aktuelle Forschungsberichte, Projekte und Studien zur Implementierung unterschiedlicher Lernprogramme für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen schaffen: Die, für die vorliegende Masterarbeit, herangezogenen Projekte sind das *UZIS-Projekt* in Genf, 2015, (siehe Unterkapitel 4.1, 4.2) sowie weitere Versuche, gemeinsame Module für Dolmetsch- und- Medizinstudent:innen einzuführen (siehe Unterkapitel 4.3, 4.4). Im folgenden Kapitel sollen nun die einzelnen Programme vorgestellt und im Anschluss miteinander verglichen werden.

Wie bereits aus der Literatur bekannt, ist die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Ausbildung von medizinischen Dolmetscher:innen bereits seit vielen Jahren bekannt (vgl. Krystallidou et al. 2018: 129ff.). Die ersten Lehrprogramme in diese Richtung (in Spanien, Australien und in Genf) werden in den folgenden Unterkapiteln beispielhaft dargelegt.

4.1 Pilotprojekt in Genf 2015

Im Rahmen eines Pilotprojektes, (*UZIS-ProjektUZIS-Projekt*) im Jahr 2014 starteten die Abteilung für Übersetzen, Dolmetschen und Kommunikation und die Abteilung für Familienmedizin und primäre Gesundheitsversorgung der Universität Gent (Belgien) 2015 eine gemeinsame Initiative für eine klinische Kommunikationsausbildung (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Seit 2015 ist das *UZIS-Projekt* ein jährlich organisiertes interprofessionelles Ausbildungsprogramm, an dem Medizinstudent:innen (1st. Master) und angehende Dolmetscher:innen (1st. Master) teilnehmen (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Im Rahmen des *UZIS-Projekts* wurden Studentengruppen beider Fachrichtungen eingeladen, um zweisprachige Gespräche (triadischer Austausch) mit drei Teilnehmer:innen und in mindestens zwei Sprachen (Niederländisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Deutsch, Türkisch und Russisch) in Form von Rollenspielen durchzuführen (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Die Rollenspiele wurden von den Dozent:innen im Bereich der klinischen Kommunikation entworfen und von den Dolmetschdozent:innen für die Dolmetschstudient:innen überarbeitet, indem Stolpersteine, Schwierigkeiten und Herausforderungen hinzugefügt wurden, , die bei triadischen Begegnungen häufig auftreten können (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.). Diese Herausforderungen können beispielsweise sein: das direkte Ansprechen und das gezielte Unterbrechen der Dolmetscher:innen, das

Fordern von zusätzlichen Informationen, aber auch das konkrete Äußern von Zweifel an den Kompetenzen der Ärzt:innen oder der Dolmetscher:innen. So sollen die Studierenden bereits auf realistische Herausforderungen ihres späteren Berufsalltages vorbereitet werden (vgl. Van de Walle et al. 2022: 25ff.).

Bei Durchführung des *UZIS-Projektes* wurde festgestellt, dass viele professionelle Dolmetscher:innen, da sie noch keine Erfahrungen mit realitätsnahen medizinischen Gesprächen im Laufe ihrer akademischen Laufbahn erfahren hatten, in ihrer Arbeit noch wesentliche Kommunikationsfehler begingen (vgl. Krystallidou et al. 2018: 128ff.).

Die Projektstruktur war folgendermaßen aufgebaut: 35 Dolmetschstudent:innen des Translationszentrums der Universität Gent und 256 Medizinstudent:innen des dritten und 238 des vierten Studienjahres der medizinischen Universität in Gent wurden gemeinsame Übungseinheiten angeboten (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Die Übungseinheiten waren auf vier Tage aufgeteilt: Jeden Tag fanden etwa 20 parallele Übungseinheiten (von jeweils 90 Minuten Dauer) für Student:innen beider Fachrichtungen statt (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). An jeder gemeinsamen Einheit nahmen kleine Gruppen von etwa acht Medizinstudent:innen und zwei Dolmetscherstudent:innen teil (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). In jeder Einheit wurden zwei Gespräche (auf der Grundlage von Rollenspielszenarien) von jeweils etwa 20 Minuten Dauer durchgeführt. Beide Student:innengruppen, die Medizinstudent:innen, die die Rolle der Ärzt:innen spielten, und die Dolmetschstudent:innen, die die Rolle der Dolmetscher:innen übernahmen, wurden bewertet, indem ihnen von Lehrkräften aus dem Bereich Dolmetschen und Lehrkräften aus dem Bereich Medizin Feedback gegeben wurde (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Die simulierten Gespräche wurden auf Niederländisch (die Muttersprache der Studierenden) und in sieben weiteren Sprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Deutsch, Italienisch, Russisch und Türkisch) durchgeführt.

Wie bereits mehrfach erwähnt, sind die Gründe, weshalb die triadische Kommunikation im medizinischen Bereich nicht immer reibungslos abläuft, einerseits auf die geringe Vertrautheit der Dolmetscher:innen mit einem echten medizinischen Gespräch zurückzuführen (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.), andererseits kann das Gesundheitspersonal, das wenig Kontakt mit medizinischen Dolmetscher:innen gewohnt ist, falsche Erwartungen den Dolmetscher:innen gegenüber haben (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). So kann zum Beispiel die Erwartung vorliegen, dass Dolmetscher:innen bei der triadischen Kommunikation

eine aktivere Rolle übernehmen, ohne zu wissen, dass deren Ehrenkodex eine solche Intervention nicht vorsieht (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.). Aus diesem Grund ist es so wichtig, dass Dolmetscher:innen und Ärzt:innen gemeinsame Übungseinheiten haben. (vgl. Krystallidou et al. 2018: 127ff.).

Von der bislang einzigen Ausbildung für medizinische Dolmetscher:innen berichten die Autorinnen Carmen Valero-Garcés und Anne Martin (2008) von der FITISPos-Forschungsgruppe an der Universität Alcalá in Spanien. Auf ihren Bericht (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008) wird im folgenden Kapitel eingegangen.

4.2 Forschungsergebnisse der Universität Alcalá, Spanien

In dem von dem wissenschaftlichen Journal FITISPos veröffentlichten Artikel analysieren die Autorinnen Valero-Garcés und Martin (2008) den Einstieg in den Arbeitsalltag der Dolmetscher:innen nach Absolvierung einer bestimmten Ausbildung. Sie untersucht dabei die nachhaltige Wirksamkeit der Ausbildung von Dolmetscher:innen am Arbeitsplatz (im Gesundheitswesen) bei jenen Absolvent:innen, die nach ihrem Studienabschluss auch tatsächlich in diesem Bereich zu arbeiten beginnen (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 166ff.). Die von Valero-Garcés und Martin durchgeführte Studie wurde zwischen 2004 und 2007 in den Hauptkrankenhäusern von Madrid durchgeführt und von der Universität von Alcalá und vom spanischen Bildungsministerium finanziert (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 166ff.).

Bevor die vorliegende Arbeit auf die erhobenen Daten zugreift, sollen vorab noch einige Informationen über die Hauptträger und Unterstützer dieses Projektes gegeben werden. Diese sind unter anderem die Europäische Union, die Universität Alcalá, das spanische Bildungsministerium und die Gruppe des wissenschaftlichen Journals FITISPos IJ. Die letztgenannte FITISPos IJ Gruppe wurde mithilfe der Europäischen Union von der Universität von Alcalá, Madrid, gegründet und verfolgt das Ziel, mehrsprachige, multikulturelle und multidisziplinäre Forschungsarbeiten zum Thema Kommundolmetschen zu veröffentlichen und zugänglich zu machen sowie die Ausbildung und Forschung in diesem Bereich zu fördern (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 165).

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten stammen aus zwei Hauptquellen: Aus der Analyse der simulierten Rollenspiele im Gesundheitswesen, die einen großen Teil des Ausbildungsprogramms für Dolmetscher:innen und Übersetzer:innen im öffentlichen Bereich

an der Universität von Alcalá, Madrid (UAH) darstellen, und aus den Anmerkungen der Student:innen, zu den Praktika, die sie im Rahmen der Ausbildung in Krankenhäusern und in Arztpraxen absolvierten (vgl. Valero-Garcés & Martin 2008: 166ff.).

In der Studie untersuchen Valero-Garcés und Martin die Interaktion in Dyaden bzw. Triaden, in welche Patient:innen, Dolmetscher:innen und Ärzt:innen involviert sind. Folgende Personenkonstellationen werden untersucht:

- Die Dyade: Spanisch sprechenden Ärzt:innen und Spanisch sprechenden Patient:innen mit Migrationshintergrund (einsprachige Interaktion)
- Die triadische Interaktion zwischen spanischsprachigen Ärzt:innen, nicht spanischsprachigen Patient:innen mit Migrationshintergrund und Laiendolmetscher:innen
- und schließlich die triadische Interaktion zwischen spanischsprachigen Ärzt:innen, nicht spanischsprachigen Patient:innen mit Migrationshintergrund und geschulten, aber unerfahrenen Dolmetscher:innen (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.).

Die aufgezeichneten Gespräche, die zur Analyse herangezogen werden, stammen aus dem Korpus medizinischer Gespräche, die von der FITISPos-Forschungsgruppe an der UAH (Universität Alcalá) gesammelt wurden. Der Korpus besteht aus 70 aufgezeichneten, mehrsprachigen Arztgesprächen, die eine dyadische oder triadische Kommunikationssituation, wie sie zuvor genannt wurden, darstellen (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.). Die Sprachkombinationen der Interaktionen waren Arabisch, Bulgarisch, Englisch, Portugiesisch und Rumänisch, die Übersetzung erfolgte in Richtung Spanisch (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.). Alle Dialoge wurden in Zusammenarbeit mit spanischsprachigen Krankenpfleger:innen und Ärzt:innen durchgeführt (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.).

Die Schlussfolgerung daraus bestand darin, dass das Bewusstsein für die Notwendigkeit von geschulten spanischsprachigen Dolmetscher:innen, die bei der Kommunikation mit Patient:innen helfen, stetig wächst (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.). Um auf dieses Bedürfnis aus der Praxis zu reagieren, entwickelte die Universität von Alcalá (UAH) 2008 ein Ausbildungsprogramm für künftige Dolmetscher:innen im Gesundheits- und Sozialwesen, das Fachkurse für verschiedene Sprachkombinationen anbot und den ersten und einzigen spezifischen Studiengang auf Masterniveau für Dolmetscher:innen im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen in Spanien ins Leben rief (vgl. Valero-Garcés 2008: 116ff.).

Es besteht kein Zweifel daran, dass es für die Gesundheitsvorsorge nur von Vorteil sein kann, wenn Pflegekräfte die Sprache der Patient:innen beherrschen sowie die Kultur und die medizinische Terminologie dieser Sprache kennen (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.). Dies ist jedoch nicht immer möglich und deshalb steigt auch die Nachfrage nach sprachlicher Vermittlung im Gesundheitswesen (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.).

Als Reaktion auf eben dieses dringende Bedürfnis führte die Universität von Alcalá in Madrid das Ausbildungsprogramm mit Schwerpunkt Dialogdolmetschen im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen ein (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.).

Um Ausbildungsprogramme, wie das von Valero-Garcés beschriebenen Lehrprogramm, qualitativ hochwertig zu gestalten, sollte dem Gesundheitspersonal und den zukünftigen Dolmetscher:innen auch die Möglichkeit gegeben werden, die Erfahrungen anderer Dolmetscher:innen in ihr translatorisches Tun einzubeziehen (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.). So können verschiedene Gesprächssituationen analysiert sowie die Wirksamkeit der Theorie innerhalb und außerhalb der Lehrveranstaltungen überprüft werden (vgl. Valero-Garcés 2008: 166f.). Das Pflegepersonal sollte dabei auf die Vorteile der Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetscher:innen aufmerksam gemacht werden, sodass sich Personen aus beiden Fachbereichen, Dolmetscher:innen und Fachkräfte, wohlfühlen und auf höchst professionellem Niveau zusammenarbeiten können (vgl. Valero-Garcés 2008: 166ff.).

Das soeben beschriebene Projekt aus Spanien war allerdings nicht das einzige, das in diesem Bereich eingeführt wurde, denn auch in Australien gibt es Versuche, praxisorientierte Ausbildungen mit Schwerpunkt Dolmetschen im Gesundheitswesen einzuführen. Major et al. (2012) berichten in ihrer Publikation über ein Projekt zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Dolmetschstudierenden und Fachleuten aus der medizinischen Praxis. Auf dieses australische Projekt wird im folgenden Kapitel eingegangen.

4.3 Der interdisziplinäre Ansatz Australiens im Rahmen der Dolmetschausbildung

Das von Major et al. (2012) durchgeführte australische Projekt bestand darin, eine echte interdisziplinäre Kollaboration zu erreichen. Dabei ging es darum, den Student:innen die nötigen Mittel bereitzustellen, um ihnen Wissen über medizinische Gespräche zu vermitteln

beziehungsweise damit sie ihr vorhandenes Wissen vertiefen können (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Die Autor:innen Major, Napier und Stubbe sind der Meinung, dass das Erlernen grundlegender Methoden der Diskursanalyse den Dolmetscher:innen (von Studienanfänger:innen bis hin zu sehr erfahrenen Dolmetscher:innen) dabei helfen kann, diese Fähigkeiten besser zu nutzen, um die Qualität der Verdolmetschung zu erhöhen. Sie ergänzen, dass sich Dolmetscher:innen dessen oftmals nicht bewusst sind, dass ihre Verdolmetschungen aus einer Analyse des Diskurses stammt (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

In Australien wurde ein innovatives System zur Vorbereitung der Dolmetscher:innen auf den Einsatz im Gesundheitswesen eingeführt, bei dem die Student:innen mit Methoden der Diskursanalyse und vor allem mit Transkriptionen und Aufnahmen von authentischen, monolingualen Gesprächen im Gesundheitswesen vertraut gemacht werden (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Es handelt sich dabei um Register über Dolmetscher:innen und Dateien verschiedener Art, die den Dolmetscher:innen von unterschiedlichen Verbänden und Organisationen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Die vorangegangene Beschreibung des Ausbildungsmodells deutet darauf hin, dass Australien die Qualität der Ausbildung seiner Dolmetscher:innen fördern möchte (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Als Beispiel dafür kann auch die Tatsache angeführt werden, dass sowohl die HCIS (Healthcare Interpreting Service) als auch die NABS (National Auslan Interpreter Booking Payment Services) für ihre Dienste nur von der NAATI (Accreditation of Translators and Interpreters) beglaubigte Dolmetscher:innen in Anspruch nehmen (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Beide Organisationen ermutigen die in ihren Registern eingetragenen Dolmetscher:innen zur Teilnahme an Weiterbildungsprogrammen für das Dolmetschen im Gesundheitswesen, obwohl dies nicht verbindlich vorgeschrieben ist (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Darüber hinaus bietet der HCIS-Workshops mit Schwerpunkt medizinische Terminologie an (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Das NABS entwickelte eine Reihe von Videoaufnahmen (DVDs) für die Rollenspiele, die sich auf verschiedene Aspekte der Terminologie im Gesundheitswesen konzentrieren (zum Beispiel Anatomie, oder psychische Gesundheitsfürsorge).

Das Hauptaugenmerk der Autor:innen Major et al. liegt in dieser Studie auf der Vermittlung von Kompetenzen der Diskursanalyse an Dolmetscher:innen und an Dolmetschstudent:innen

im Gesundheitswesen: Das Erlernen und Unterrichten von Dynamiken und Abläufen der medizinischen Gespräche stellt keine innovative Initiative dar (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

In Australien und auf der ganzen Welt werden diskursorientierte Ausbildungs- und Fortbildungskurse zu diesem Thema angeboten (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Allerdings stützen sich diese Kurse in der Regel nicht auf die Analyse authentischer (medizinischer) Interaktionen, da es nur sehr wenige Daten gibt, die auf die Verwendung in der Dolmetschausbildung zugeschnitten sind. Die in diesem Kapitel vorgestellte Studie und die darin vorgestellte Ausbildungsform erweisen sich dabei aus mehreren Gründen als innovativ (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Erstens, weil sie auf authentische Interaktionsdaten zurückgreift und zweitens, weil sie auf einer monolingualen Interaktion im Gesundheitswesen beruht (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Diese Methode ermöglicht den Student:innen, sich von der Verdolmetschung abzuwenden und zu lernen, zuerst Merkmale eines medizinischen Gesprächs zwischen gleichsprachigen Ärzt:innen und Patient:innen zu erkennen und dabei jene diskursanalytischen Fähigkeiten anzuwenden und zu üben, die später in der Dolmetschpraxis hilfreich sein können (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Die von den Autor:innen beschriebene Zusammenarbeit begann 2012 mit der Suche nach interessanten und ansprechenden Materialien für Dolmetschworkshops im Gesundheitswesen im Rahmen des Projekts “Medical Signbank, an der Macquarie University (Australien). Im Rahmen der Datenerhebung für dieses genannte Projekt wurden 2009 Gespräche mit praxiserfahrenen Dolmetscher:innen in Perth, Melbourne, Sydney, Newcastle und Brisbane aufgezeichnet (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Das Ziel des Projekts bestand darin, den Dolmetscher:innen nützliche Materialien für ihre berufliche Aus- beziehungsweise Weiterbildung zur Verfügung zu stellen (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Zu diesem Zweck wurde eine 20-minütige Datenerhebung in einen dreistündigen interaktiven Workshop integriert, der sich nicht nur auf die Terminologie, sondern auch auf das Gespräch im Gesundheitswesen konzentrierte (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Die Workshops umfassten Aktivitäten zur Vertrautmachung mit der Terminologie und ein interaktives Rollenspiel sowie eine interaktive Diskursanalyse (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Der Grund für die Durchführung der soeben genannten Aktivitäten lag darin, dass im Gesundheitswesen zahlreiche Aspekte des Gesprächs die Verdolmetschung beeinflussen können (vgl. Major et al. 2012: 27ff.): Eine authentische Interaktion ist nie so “sauber, wie die erstellten Transkriptionen der Gespräche, da im Diskurs zahlreiche Gesprächspausen sowie Korrekturen, Wiederholungen oder emotionale Ausdrücke (wie zum Beispiel Lachen, Weinen)

vorkommen, die ein Gespräch im realen Leben ausmachen, die aber im Rahmen der Bewertung und Einübung des Dolmetschens oft vergessen werden (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Ein Ansatz, der wohl in vielen Ausbildungsprogrammen fehlt, besteht darin, einen Schritt vom Dolmetschen im Gesundheitswesen zurückzutreten und mehr über die Natur des medizinischen Gesprächs an sich zu diskutieren (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Dies kann etwa anhand von Fragestellungen, wie sie weiter angeführt werden, geschehen. Diese sind beispielsweise, Wie die unterschiedlichen Sprachen von den Gesprächsbeteiligten im Gesundheitswesen eingesetzt werden, worin im Gesundheitswesen die Unterschiede zwischen der Redeweise von Ärzt:innen und jener von Patient:innen liegen, welche Strategien die Beteiligten verwenden, um ihre eigenen Ziele zu erreichen oder ihre Absichten zu verdeutlichen, und vor allem die Frage, welche Gesprächsmerkmale oder Redemuster in einem medizinischen Gespräch zu erkennen sind (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Als die Workshops entwickelt wurden, war die Zahl der vorhandenen Materialien, die sich auf authentische Gesprächsdaten stützen, bereits überraschend umfangreich (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Der Grund dafür ist vermutlich auf die institutionellen Gegebenheiten zurückzuführen (vgl. Major et al. 2012: 27ff.): Die ARCH-Gruppe hat ihren Sitz im “Department of Primary Health Care and General Practice,, (Otago-University, Wellington, Neuseeland) und besteht aus Forscher:innen mit unterschiedlichem klinischen und sozialwissenschaftlichen Hintergrund in der medizinischen Grundversorgung, in der öffentlichen Gesundheit, in der Soziolinguistik, in der Psychologie und in der Soziologie (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Die Mitglieder der ARCH-Kerngruppe sammeln und analysieren seit 2003 Videoaufzeichnungen von alltäglichen Begegnungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und wenden dann eine Reihe qualitativer Methoden wie Gesprächsanalyse, interaktionale Soziolinguistik und thematische Inhaltsanalyse an (vgl. Major et al. 2012: 27ff.). Diese Aufzeichnungen wurden digital archiviert und bilden nun zusammen mit einem maßgeschneiderten Informationsmanagementsystem den *ARCH-Corpus of Health Interactions* beziehungsweise den derzeit einzigen entsprechenden Datenbanksatz in Neuseeland und Australien (vgl. Major et al. 2012: 27ff.).

Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichts umfasste das ARCH-Korpus Audio- und Videoaufzeichnungen von mehr als 400 aufgezeichneten medizinischen Interaktionen, die von etwa 350 Teilnehmer:innen an 33 verschiedenen medizinischen Zentren gesammelt wurden.

Dieses Gemeinschaftsprojekt entstand gleichermaßen durch die Teilnahme zahlreicher Autor:innen an der ARCH-Gruppe und an der Dolmetschausbildung.

George Major, eine qualifizierte neuseeländische Gebärdensprachdolmetscherin und eine der Autor:innen, führte etwa im Jahr 2007 eine Studie über Lifestyle-Talks bei Interaktionen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen durch, die sich auf den ARCH-Korpus stützte (vgl. Major et al. 2012: 31ff.). Dieser Korpus enthielt damals Audio- und Videoaufzeichnungen von 58 Konsultationen mit sieben Ärzt:innen (vgl. Major et al. 2012: 31ff.). Im Rahmen des Lifestyle-Talk-Projekts wurde ein interaktionaler soziolinguistischer Ansatz verwendet, um die Eigenschaften dieser Lifestyle-Talks zu untersuchen und daraus Lehren für die Praxis zu ziehen (vgl. Major et al. 2012: 31ff.). Darauf aufbauend wurde eine vorläufige Beschreibung der Eigenschaften der Gespräche entwickelt (für weitere Einzelheiten siehe Major et al. 2012).

Die ARCH-Gruppe ermöglichte großzügigerweise den Zugang zu einem Text, der im Rahmen des von Major et al. 2012 durchgeführten Projektes *Interpreting and knowledge mediation in the healthcare setting* analysiert wurde. Dank dieser Dokumentation konnten die Autor:innen über Muster berichten, die durch eine bereits abgeschlossene Diskursanalyse identifiziert worden waren und die sich nicht nur auf diese eine Aufzeichnung, sondern auf ein ganzes Korpus authentischer Interaktionen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen stützte (vgl. Major et al. 2012: 31ff.). Obwohl die Autor:innen in diesem Fall den Vorteil hatten, eine bereits bestehende Beziehung dieser Art zu einem Forschungsteam zu haben, gibt es keinen Grund, warum nicht auch Lehrkräfte anderer Länder im Bereich der Dolmetschausbildung auf Forschungsgruppen im Bereich der Kommunikation im Gesundheitswesen zugehen könnten, um eine neue und für beide Seiten vorteilhafte Zusammenarbeit aufzubauen (vgl. Major et al. 2012: 31ff.).

Als besonders interessant erweist sich die Tatsache, dass, während in Australien der Schwerpunkt darauf lag, die Dolmetschstudent:innen mit angemessenen Materialien zur Vertrautmachung mit dem Bereich des Gesundheitswesens auszustatten, andere Länder (wie zum Beispiel die USA) es interessanter fanden, ihre medizinischen Absolvent:innen anhand einer zusätzlichen Lehrveranstaltung zu Dolmetscher:innen zu machen (vgl. Major et al. 2012: 31ff.). Die hier beobachtbaren Ansätze könnten demnach auch kultur- beziehungsweise länderabhängig sein (vgl. Major et al. 2012: 31ff.).

Eine diesbezüglich von Vargas Pelaez et al. (2018) durchgeführte Studie zeigte sogar, dass zweisprachige Student:innen in der Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York, USA) nach der Teilnahme an einem intensiven dreiwöchigen Dolmetschmodul in der Lage waren, als Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen zu arbeiten (vgl. Major et al. 2012: 32ff.). Diaz et al. (2016) formulierten dies folgendermaßen:

These findings suggest that a formal interpreter training course tailored for medical students in the setting of a student-run clinic is feasible and effective. This program for training qualified student interpreters can serve as a model for other settings where medical students serve as interpreters.

(Diaz, J.E et al.: 2016)

Aufgrund zuletzt beschriebener Phänomene kann man deutlich erkennen, dass der Beruf des/der Dolmetscher:in nicht geschützt ist und daher der Zugang zu diesem Markt in vielen Bereichen relativ einfach gestaltet ist (vgl. Angelelli 2004). Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht deshalb unter anderem darin, Ideen für bestmögliche Ausbildungsangebote für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen zu entwickeln und optimale Arbeitsbedingungen für ihre Karriere aufzuzeigen und anzuregen (vgl. Major et al. 2012: 32ff.).

Um diese Vorschläge um einen weiteren potenziellen Lösungsvorschlag aus der Praxis zu ergänzen, wird im nächsten Unterkapitel eine letzte diesbezüglich durchgeführte Studie vorgestellt.

4.4 *Working effectively with interpreters*: Eine Studie über mögliche Fachvertiefungen für Medizinstudent:innen

Wie schon im ersten Kapitel angesprochen, sollten als Lösung für das Problem der geringen Vertrautheit bei der Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Dolmetscher:innen entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit bereits im Rahmen der Ausbildung beider Berufsgruppen ergriffen werden. Dies wird von Marion et al. (2008) in einer dreijährigen Studie bewiesen. Das erste Ziel dieser Studie bestand darin, zu verstehen, ob die Absolvent:innen der medizinischen Fakultät der Wake Forest University, USA, effizient mit Dolmetscher:innen nach der Absolvierung der entsprechenden Fachvertiefung “*Cultural competency formation and Medical Spanish curriculum*“ zusammenarbeiten können (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Das primäre Ziel dieser Studie und des Projektes bestand darin, festzustellen, ob Medizinstudent:innen nach der Umsetzung des Lehrplans *Latin culture competency* in der Lage waren, Dolmetscher:innen für die Kommunikation mit spanischsprachigen (oder LEP) Patient:innen effizient in Anspruch zu nehmen und mit ihnen zu arbeiten (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Im ersten Jahr des dreijährigen Projektes erhielten die Student:innen eine Kurzausbildung rund um das *Common Ground* Kommunikationsmodell, das von Dr. Forrest Lang 2004 an der East Tennessee State University School of Medicine entwickelt wurde (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.). Dabei ging es darum, einen patientenzentrierten Ansatz zu erlernen und eine gemeinsame Agenda mit den Patient:innen und den Dolmetscher:innen festzulegen (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Nach dieser Fachvertiefung begannen die Student:innen, unter Beobachtung von Ärzt:innen und zweisprachigen Lehrkräften, die simulierten ärztlichen Gespräche (Rollenspiele) mit den Dolmetscher:innen und spanischsprachigen Patient:innen durchzuführen (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.). Zur Gesprächsvorbereitung erhielten die Student:innen eine Checkliste, die Leitfäden und Hinweise für eine korrekte Inanspruchnahme von Dolmetscher:innen enthielt und die auch im Folgenden (Abb. 1) abgebildet ist (vgl. Marion et al. 2008: 616).

Table 1. Interpreter SPA checklist.			
Effective Use of Interpreters SPA Checklist			
Student name: _____		Evaluator: _____	
Effective use of interpreters	Performed = 2 points	Partially performed = 1 point	Not performed = 0 points
1. Gave instructions and expectations to the interpreter at beginning of visit			
2. Did not allow side conversation			
3. Did not talk in long units of speech			
4. Did not allow the interpreter to sit in the way of the patient and the provider			
5. Did not allow the interpreter to paraphrase or omit information. (Includes "He said . . . , She said . . .")			
6. Did not allow the interpreter to insert his/her own ideas			
7. Checked for patient's understanding by asking patient to repeat instructions			
8. Spoke directly to the patient, not the interpreter			
9. Listened to the patient and interpreter and observed their verbal and non-verbal communication			
10. Did not allow the interpreter to take control of the visit			
11. The health care provider did not become impatient because the interview took longer/was more difficult			
12. Thanked the interpreter for their services			
Comments:			
Overall Assessment:			
	≥22 Honors _____	21–17 Competent _____	16–14 Concern _____
			<14 Unsatisfactory _____

Abb. 1 effective use of interpreters checklist according to Marion et al. (2008: 616)

Die Gespräche dauerten 20 Minuten und wurden aufgezeichnet, sodass beide betroffenen Gruppen, Student:innen und Gutachter:innen, die Leistung analysieren konnten (vgl. Marion et al. 2008: 616). Die aufgezeichneten Gespräche wurden anschließend auch innerhalb von neun Monaten von zwei professionell ausgebildeten Dolmetscher:innen bewertet (vgl. Marion et al. 2008: 616).

Die Ergebnisse stellten sich wie folgt dar: In der Klasse des Jahrgangs 2007 erwiesen sich 94% der Student:innen, und zwar 43 Personen, als ganz kompetent in der Inanspruchnahme von Dolmetscher:innen und im Verständnis für LEP Patient:innen zu sein. Die Ergebnisse verbesserten sich sogar bei der Klasse des Jahrgangs 2008, hier beherrschten bereits 96% der Student:innen diese Fähigkeit, was bei der Anzahl von 47 Personen liegt (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Die aus dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse unterstrichen, dass eine interdisziplinäre Ausbildung von Medizinstudent:innen für eine effektive Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen machbar und nicht kostspielig sei (die Gesamtkosten dieser Kurzausbildung lagen bei weniger als \$4000) und einen riesigen Unterschied macht (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.). Außerdem waren die Bewertungen und das Feedback sowohl der Student:innen als auch der Lehrkräften durchwegs positiv (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Die folgenden Kommentare der Student:innen, die sie in ihrem Arbeitsalltag beobachten, verdeutlichen die Vorteile dieser Kurzausbildung: “ [...] My Pediatrics rotation was 75% Spanish speaking. I had to be able to use the interpreter effectively and frequently”, “ [...] In ob/gyn, if you couldn’t speak Spanish or use an interpreter you couldn’t survive” (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Die oben angeführte Studie ist ein weiterer Beweis dafür, dass die fachliche, praxisorientierte Schulung beziehungsweise die Ausbildung an einer Vielzahl von medizinischen Universitäten und (universitären Zentren für Translationswissenschaft bereits erfolgreich eingeführt werden konnte und somit mit all den anderen in diesem Kapitel angeführten Forschungsberichten als Beispiel und Vorlage für weitere universitäre Ausbildungsinstitutionen gelten kann (vgl. Marion et al. 2008: 612ff.).

Um diesen Behauptungen und Vorstellungen noch mehr Glaubwürdigkeit zu verleihen, wurde im Rahmen der Masterarbeit eine Umfrage mit acht Ferndolmetscher:innen, die allesamt beim Sprachvermittlungsunternehmen “*Homeland Language Services*,, (HLS) arbeiten, bezüglich ihrer jeweiligen Ausbildungshintergründe, durchgeführt. Die dafür verwendeten Methoden, Fragestellungen und Ergebnisse der Umfrage werden im nächsten Kapitel präsentiert und besprochen und sollen weitere Hinweise und Anregungen für die Theorie und Praxis des Dolmetschberufs mit sich bringen.

5 Empirische Studie

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde auch eine kurze empirische Studie, eine Umfrage, durchgeführt, in der eine Gruppe von acht Ferndolmetscher:innen, die aktuell mit dem Sprachvermittlungsunternehmen “*Homeland LS*„ (wird im Rahmen der Datenerhebung mit *HLS* abgekürzt) im Gesundheitswesen tätig sind, über ihre Ausbildungshintergründe befragt wurden. Anschließend wurden die erhobenen Daten durch eine Befragung von 5 zertifizierten Dolmetscher:innen ergänzt.

Der Gegenstand der Forschung besteht darin, zu verstehen, ob die Ferndolmetscher:innen, die für *HLS* arbeiten, die Notwendigkeit wahrnehmen, mehr Bewusstsein zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den (Fern-) Dolmetscher:innen zu schaffen. Außerdem soll die Frage beantwortet werden, ob eine gemeinsame Absolvierung für Dolmetsch- und Medizinabsolvent:innen von Modulen und Übungen -ihrer Meinung nach - diesem Problem gegenwirken könnte. Noch dazu will die Verfasserin dieser vorliegenden Arbeit herausfinden, ob die (Fern-) Dolmetscher:innen für diesen Beruf trainiert wurden, ob sie eine professionelle Weiterbildung oder eine akademische Ausbildung bekommen haben, und ob sie im Rahmen ihrer entsprechenden Aus- und Weiterbildung schon Kontakt mit Ärzt:innen, medizinischem Fachpersonal oder Medizinstudent:innen gehabt haben.

Der Aufbau und die Umsetzung dieser empirischen Forschung wird im Rahmen des folgenden Unterkapitels beschrieben.

5.1 Methoden

Die in der Masterarbeit verwendeten Methoden und Ansätze sind sowohl qualitativ als auch quantitativ. Als befragte Proband:innen agierten acht Ferndolmetscher:innen der Sprachvermittlungsagentur *Homeland Language Services*, die bereits seit einem Jahr oder länger im Bereich Ferndolmetschen und Gesundheitswesen tätig sind.

Die quantitative Datenerhebung erfolgt durch ein Formular, das den Dolmetscher:innen über Google Forms zur Verfügung gestellt wird, während die qualitative Datenerhebung aus kurzen Interviewbefragungen (10 Minuten) per Zoom mit einer ausgewählten Gruppe von fünf Teilnehmer:innen besteht (die ausschließlich als zertifizierte Dolmetscher:innen oder Ferndolmetscher:innen im Gesundheitswesen arbeiten).

Die Kontaktaufnahme mit den Proband:innen erfolgte durch eine allgemeine Anfrage in der unternehmenseigenen Whatsapp-Gruppe (eine Gruppe mit 101 Teilnehmer:innen, die jedoch nur für die Boostlingo-Plattform verwendet wird und für die, nur die fachlich kompetentesten und zertifizierten Dolmetscher:innen arbeiten können, da das erforderliche technische Niveau viel höher ist als bei anderen Portalen, für die *HLS* Dolmetscher:innen vermittelt).

Auf diese Nachricht reagierten neun Personen, die sich dann privat mit der Verfasserin in Verbindung setzen und ihre E-Mail-Adresse mitteilten, damit sie Zugang zum Google-Formular erhalten konnten.

Aus diesem Grund kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse der quantitativen Umfrage eingeschränkt und nicht zu verallgemeinern sind. Außerdem, während bei der quantitative Befragung mehr über den akademischen Hintergrund der bei *Homeland Language Services* tätigen Dolmetscher:innen erforscht wurde, zielte die qualitative Datenerhebung, die aus den Interviews mit fünf zertifizierten Dolmetscher:innen bestand, mehr darauf ab, durch offene Fragen herauszufinden, wie die Dolmetscher:innen ihr Verhältnis und ihre Zusammenarbeit mit den Krankenhausmitarbeiter:innen wahrnehmen, und schließlich ihre Meinung über eine mögliche Zusammenarbeit zwischen medizinischen Universitäten und Dolmetscherschulen zu erfragen, um ihren Absolvent:innen gemeinsame Module anzubieten.

Das Ziel der durchgeführten quantitativen Datenerhebung besteht darin, festzustellen, wie sich die Ausbildungshintergründe der befragten Dolmetscher:innen des Sprachvermittlungsunternehmens *HLS* (und zwar der Ferndolmetscher:innen, die meistens im Gesundheitswesen arbeiten) gestalten. Damit ein Gesamtüberblick geschaffen werden kann und die in der Forschung gestellten Fragen in einen logischen Kontext gebettet werden, ist es wichtig, vor der Umfrage kurz auf die Arbeitsbedingungen der befragten Dolmetscher:innen einzugehen.

Im folgenden Unterkapitel werden die Arbeitsbedingungen der Ferndolmetscher:innen, die bei *HLS* tätig sind, zusammen mit deren Besonderheiten, genauer erläutert.

5.2 Die Arbeitsbedingungen der Ferndolmetscher:innen beim HLS

Die Ferndolmetscher:innen, die bei der Sprachvermittlungsagentur *Homeland Language Services (HLS)* Oxnard, CA, USA, angestellt sind, wurden als freiberufliche Dolmetscher:innen (normalerweise als *Contractor* definiert) angestellt, dolmetschen aus

verschiedenen Sprachen (siehe die genaue Auflistung im folgenden Absatz) ins Englische und sind in verschiedenen Bereichen (Gesundheits-, Sozial-, oder Bildungswesen, IT-Bereich, o.Ä.) und unterschiedlichen Zeitzonen als Ferndolmetscher:innen tätig.

Je nach Sprachkombination, Schwerpunkt, Zeitzone und Verfügbarkeit stellt die Agentur diese Dolmetscher:innen für verschiedene Plattformen zur Verfügung. *HLS* bietet Dolmetschdienste aus mehr als 100 Sprachen ins Englische an, die betreffenden Sprachen aus welchen vorwiegend übersetzt wird, sind: Albanisch, Amharisch, Arabisch, Armenisch, Bahasa, Bengalisch, Bosnisch, Bulgarisch, Birmanisch, Kambodschanisch, Kantonesisch, Schurkisch, Kroatisch, Dari, Farsi, Französisch, Französisches Kreolisch, Forlani, Deutsch, Griechisch, Haitianisches Kreolisch, Hausa Hebräisch, Hindi, Hmong, Ungarisch, Igbo, Indonesisch, Italienisch, Japanisch, Karen, Kinyarwanda, Koreanisch, Kurdisch, Laotisch, Lingala, Mazedonisch, Malaiisch, Mandarin, Nepalesisch, Nigerianisch Pidgin, Oromo, Paschtu, Pidgin, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Somalisch, Suaheli, Syrisch, Tagalog, Tamilisch, Telugu, Thailändisch, Tigrinisch, Türkisch, Ukrainisch, Urdu, Usbekisch, Vietnamesisch.

So können viele der zahlreichen Ferndolmetschplattformen aussehen, die Hauptkund:innen bei Sprachvermittlungsunternehmen wie *HLS* sind:

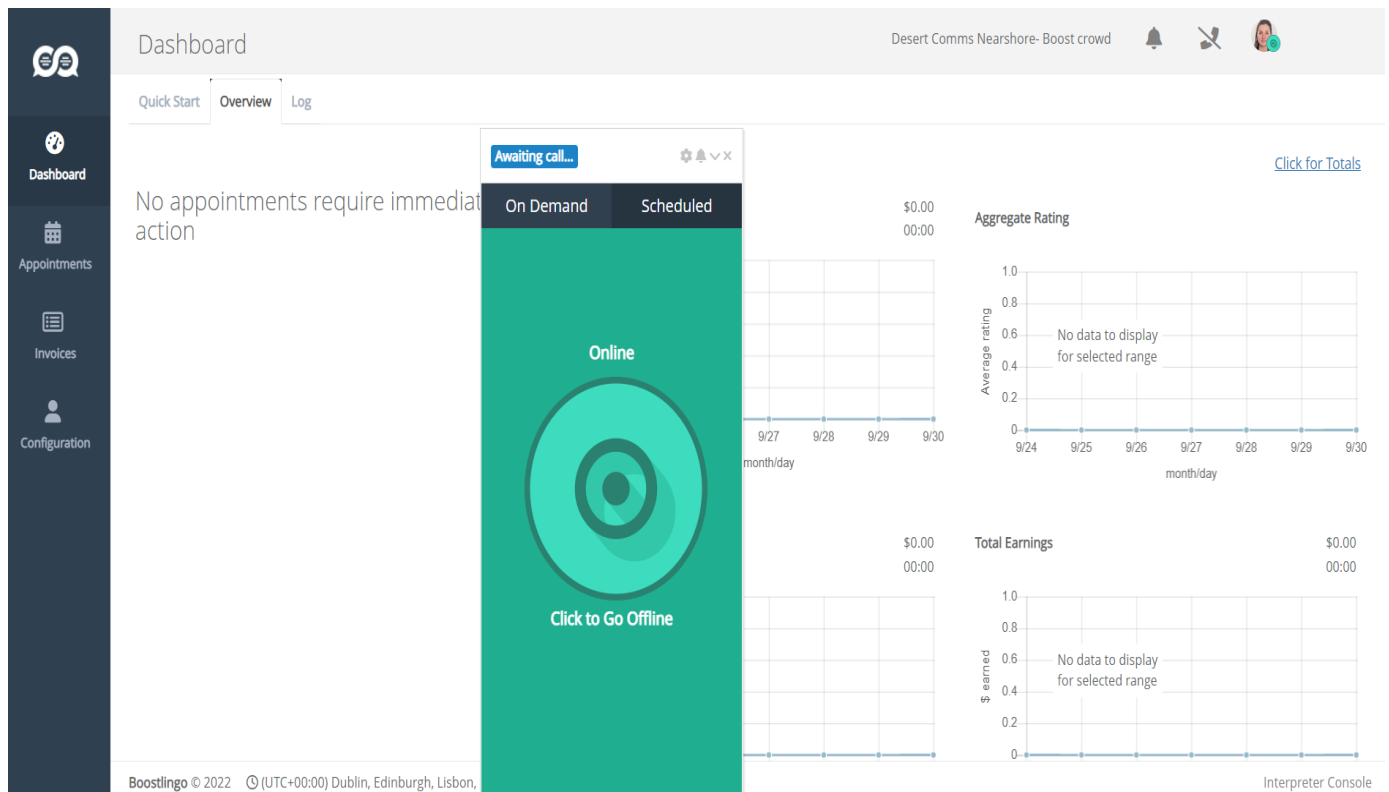


Abb. 2 Dolmetschplattform “Boostlingo”, eigene Darstellung (2022)

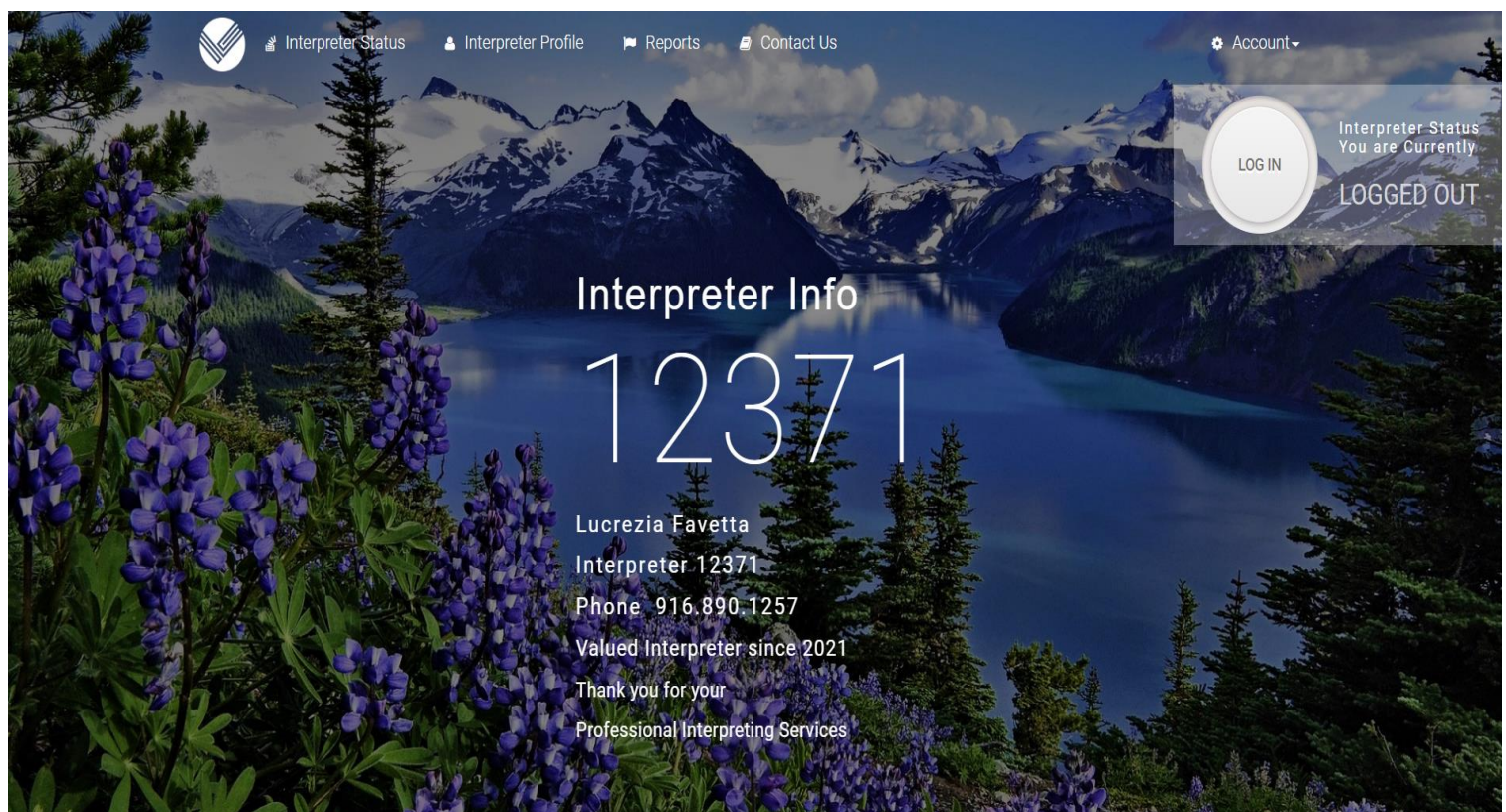


Abb. 3 Dolmetschplattform “United Language Group”, eigene Darstellung (2022)

Wie man bemerken kann, bekommen die Ferndolmetscher:innen eine Identifikationsnummer (in diesem Fall 12371), und können direkt auf der Plattform die eigene Arbeitszeit gestalten, indem sie sich einloggen und ausloggen. Bei einigen Dolmetschplattformen brauchen die Dolmetscher:innen einfach auf die Ikon des Logins zu klicken, wenn sie einen Anruf bekommen, um aufzuheben; während bei anderen Dolmetschplattformen ein getrenntes Telephon auf das Computer der Dolmetscher:innen installiert wird, das normalerweise Micro SIP heißt und bei der folgenden Abbildung zu sehen ist.

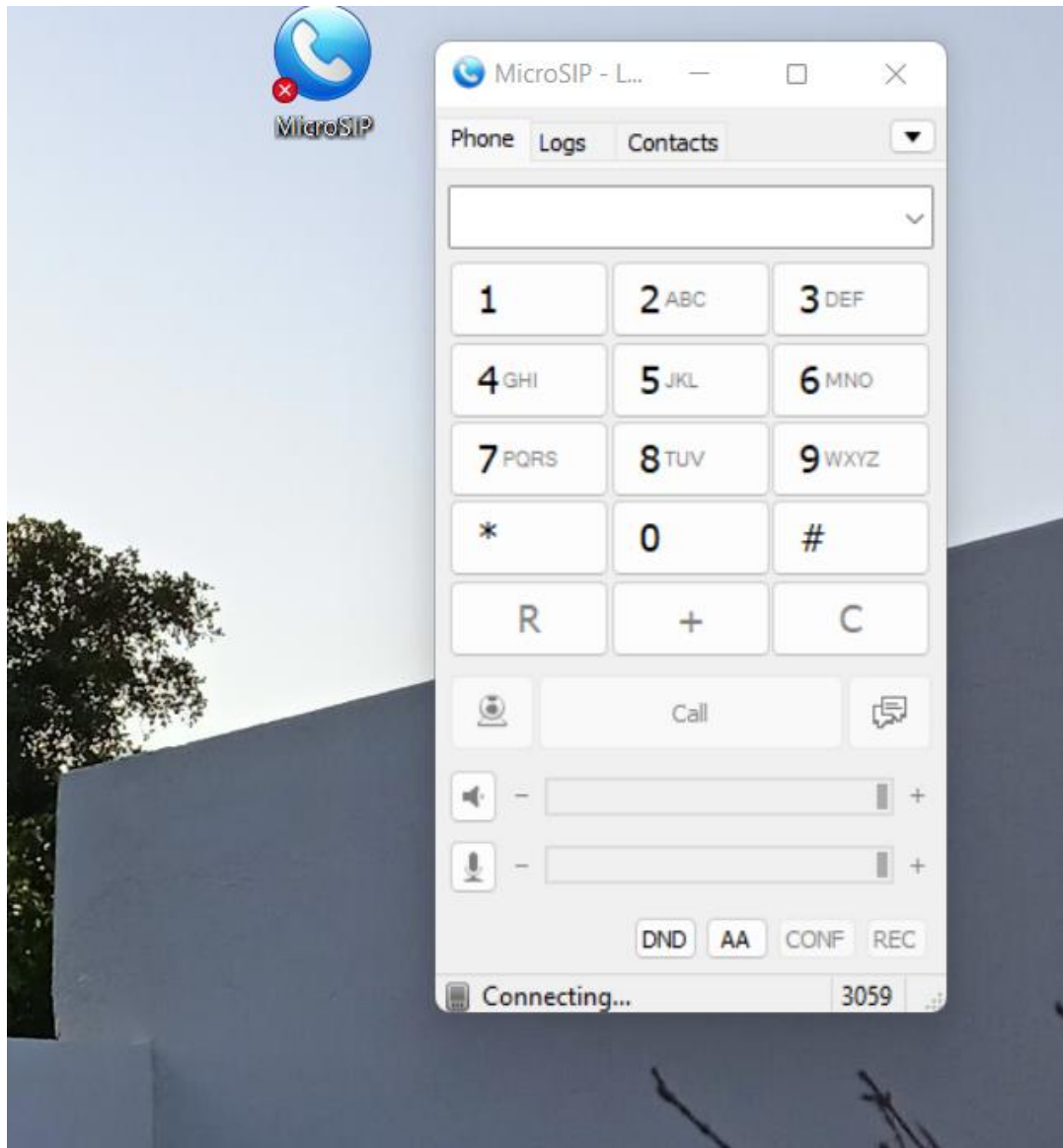


Abb. 4 “Micro SIP” Gerät, eigene Darstellung (2022)

Manchmal können Sprachvermittlungsunternehmen wie *HLS* auch Dolmetscher:innen vor Ort bestellen, aber in dem Fall von *HLS* werden die Dolmetscher:innen relativ selten und nur von einigen Kund:innen vor Ort bestellt (meistens nur in der Nähe des Standortes des

Sprachvermittlungsunternehmens, daher müssen die Dolmetscher:innen in diesem Fall in den USA ansässig sein). Darüber hinaus müssen die Dolmetscher:innen täglich für eine bestimmte Zeitdauer (normalerweise mindestens sechs Stunden) auf der entsprechenden Plattform eingeloggt bleiben und werden pro „Call minutes“ vergütet, jedoch kann die Bezahlung auch nach Hochschulniveau und Sprachkenntnissen variieren. Man unterscheidet hierbei auch die Intervalle pro Tag, in welchen solche Anrufe stattfinden. Gelegentlich können Tage mit einem sogenannten „Low Call Flow“ vorkommen. Das sind Tage, an denen die Telefonate und Videoanrufe nicht so zahlreich sind wie gewöhnlich. Im Gegensatz dazu gibt es auch Tage, an denen die Dolmetscher:innen ständig und fast pausenlos kontaktiert werden (an solchen Tagen kann durchschnittlich alle fünf Minuten ein Anruf für sie eingehen).

Was die von *HLS* verlangten Kompetenzen und Zertifizierungen seitens der Dolmetscher:innen angeht, können diese je nach der Dolmetscherplattform variieren, in der die Ferndolmetscher:innen tätig sind: Die Dolmetscherplattform *Boostlingo* zum Beispiel verlangt ein Sprachzertifikat und eine Schulung über die *HIIPA-Compliance* (Health Insurance Portability and Accountability) und die Zertifikate über eine 40-stündige Dolmetscherfahrung im Gesundheitswesen (siehe untenstehende Abbildungen).

Configuration

My Profile

Rates

Language 1	Language 2	Specialized Types	Ye
English - English	Italian - italiano	Medical	5
English - English	French - français	Medical	4
English - English	German - Deutsch	Medical	4
English - English	Canadian French - français canadien	Medical	4

Degree

-

Current HIPAA training & compliance

☒ Yes
 ☐ No

Current NAATI accreditation/recognition

☐ Yes
 ☒ No

Current NZSTI accreditation/recognition

☐ Yes
 ☒ No

ASL

☐ Yes
 ☒ No

Abb. 5 Notwendige Zertifizierungen auf Boostlingo, eigene Darstellung (2022)

Documentation

+ Add

Hippa Agreement Download	x 
Backstop Contract Download	x 
Sub Contract Compliance Download	x 
English Proficiency Test Download	x 
Bpin Compliance Download	x 
Italian Medical Interpretation 40 Hour Download	x 
French Medical Interpretation 40 Hour Download	x 
German Medical Interpretation 40 Hour Download	x 
Recommendation letter Download	x 
Curriculum Vitae / Resume Download	x 
40 hour medical interpretation certificate Download	x 

Abb. 6 Notwendige Dokumentation auf Boostlingo, eigene Darstellung (2022)

Vorausgesetzt, dass die Dolmetscher:innen sämtliche akademischen/beruflichen Anforderungen erfüllen, um bei *HLS* zu arbeiten (diese werden bei der qualitativen Interviewbefragung erfragt), müssen sie drei Sprachtests bestehen (einer nur für die englische Sprache, einer für die Fähigkeit, im Rahmen von Gesprächen zu dolmetschen und einer ausschließlich für die Terminologie im Gesundheitswesen). Die Dolmetscher:innen können nur dann, wenn sie über die folgende technische Ausrüstung verfügen, auf die entsprechende Plattform zugreifen: ein Windows-Computer mit einem schnellen Prozessor, USB-Kopfhörer und ein Ethernetkabel für eine bestimmte Internetgeschwindigkeit. Außerdem wird täglich ein Test für die Internetgeschwindigkeit und die Audioqualität von allen auf der Plattform arbeitenden Dolmetscher:innen verlangt und durch die Systeme „Twilio“ und „Ookla“

durchgeführt. Die Ergebnisse müssen dann den Plattform-Managern sowie den Key-Account-Managern zugeschickt werden. Diese *Key-Account-Manager* haben es als Aufgabe, sich in der Agentur um die Kommunikation mit bestimmten (Groß-)Kund:innen zu kümmern, dieser ist meistens ein größeres Sprachvermittlungsunternehmen oder eine Dolmetschplattform und keine Privatperson. Die Plattform-Manager sind auch diejenigen, die dem Kunden von Problemen der Dolmetscher:innen und eventuellen technischen Störungen berichten und meistens (je nach Größe des Unternehmens) sind sie auch dafür verantwortlich, die Dolmetscher:innen auszubilden, um diese dann auf den verschiedenen Plattformen fachlich gezielt einsetzen zu können.

Die Art an Ausbildung, welche die berufseinsteigenden Dolmetscher:innen erhalten, ist Plattform- abhängig und besteht meistens aus Empfehlungen, wie z.B. sich Notizen auf einem elektronischen Hilfsmittel zu machen, da die Menge an Informationen und das Redetempo des Fachpersonals immer anders sein kann, und es viel schwieriger ist, zu unterbrechen, wenn es sich um eine Ferndolmetschung handelt. Den Dolmetscher:innen wird ein Verhaltenskodex (ein sogenannter *Code of Conduct*) zur Verfügung gestellt, wo sie jegliche zu berücksichtigenden Regel bezüglich ihres Verhaltens als unparteiische Dolmetscher:innen finden können, wie zum Beispiel:

- Opening / Closing Statement: Am Anfang und am Ende des Anrufs müssen die Dolmetscher:innen eine bestimmte Formel wiederholen, die meistens lautet: *Guten Tag, ich bin Ihre Dolmetscherin, meine ID-Nummer lautet ..., wie kann ich Ihnen behilflich sein?/ Hier spricht die Dolmetscherin, vielen Dank, dass Sie unser Service verwendet haben, ich wünsche Ihnen eine schönen Tag und auf Wiederhören.*
- Die Anwesenheit einer dritten Person ist im Rahmen einer Verdolmetschung verboten.
- Die Dolmetscher:innen dürfen keine persönlichen Informationen bereitstellen, falls die Patient:innen danach fragen.
- Die Dolmetscher:innen müssen immer um eine Wiederholung oder Erklärung bitten, falls ihnen etwas unklar ist, und wenn sie ins Gespräch eingreifen, müssen sie immer zuerst sagen: *Hier spricht die Dolmetscherin, darf ich um Wiederholung/Erklärung bitten?*
- Den Dolmetscher:innen wird erlaubt, den Anruf zu beenden, falls die Wartezeit länger als 15 Minuten beträgt oder falls die Audioqualität zu schlecht ist, aber sie müssen auch

in dem Fall die Formel verwenden: *Hier spricht die Dolmetscherin, dadurch, dass usw., muss ich den Anruf beenden.*

Falls die Dolmetscher:innen diese Regeln nicht einhalten oder gegen andere Regeln für die allgemeine Nutzerbedingungen der Plattform verstoßen (wie zum Beispiel die Verwendung eines automatischen Klickers, um auf die Telefonate schneller zu antworten, keine technische Ausrüstung wie Kopfhörer oder Ethernet-Kabel zur Verfügung zu haben, kein weißes Hemd/ keine weiße Bluse bei einem Videoanruf zu tragen, kein Formular mit den Informationen des Kunden oder der Kundin am Anfang des Anrufes auszufüllen und so weiter.), können sie von der Plattform verbannt oder entfernt werden.

Dabei muss man immer im Hinterkopf halten, dass diese Arbeitsbedingungen sehr anstrengend und fordernd sind, weil die Dolmetscher:innen nie wissen, wovon der eingehende Anruf inhaltlich handeln wird, aus welcher beziehungsweise in welche Sprache sie dolmetschen werden, oder ob sie schnell genug sein werden, damit sie den Anruf rechtzeitig annehmen können, da manche Plattformen sehr gefragt und kompetitiv sind. Daher wird, wenn ein Anruf eingeht, jenem:r Dolmetscher:in, der:die am schnellsten auf den Apparat-Ikon klickt, der Anruf zugewiesen. Diese:r wird dafür dann auch vergütet, während die anderen auf den nächsten Anruf warten müssen.

Das Unterkapitel 5.3. widmet sich einer ersten quantitativen Befragung, die mit acht Dolmetscher:innen von *HLS* durchgeführt wurde.

5.3 Quantitative Umfrage

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde zunächst eine quantitative Umfrage mit acht Dolmetscher:innen durchgeführt. Das Ziel der durchgeführten Umfrage besteht darin, festzustellen, über welche Ausbildung die befragten zertifizierten Dolmetscher:innen, die als Ferndolmetscher:innen beim Vermittlungsunternehmen *Homeland Language Services* im Gesundheitswesen tätig sind, verfügen. Die quantitative Umfrage wurde mittels eines Formulars auf Google Forms verteilt. Die Dolmetscher:innen wurden erst persönlich durch eine allgemeine Anfrage in der unternehmenseigenen Whatsapp-Gruppe, um ihr Interesse an einer Teilnahme an der Umfrage zu bestätigen, kontaktiert. Diese Form der Kontaktaufnahme erwies sich als praktikabel, da es sich bei den Teilnehmer:innen um Kolleg:innen der Verfasserin der Masterarbeit handelt. Nach einer direkten Kontaktaufnahme (per E-Mail) mit den Dolmetscher:innen, die ihr Interesse gezeigt haben, wurde mit ihnen das Formular auf Google Form geteilt, da dieses Tool es ermöglicht, die Antworten auf die jeweiligen Fragen direkt als Prozentsätze darzustellen, was für eine visuelle Darstellung der Ergebnisse von Vorteil ist. Die Prozentsätze werden in Form eines Kreisdiagramms dargestellt.

Bei der quantitativen Umfrage sind nur geschlossene Antworten möglich, da die offenen Fragen erst im Rahmen der qualitativen Umfrage gestellt werden, wie in Kapitel 5.4 dargestellt wird.

Die Ergebnisse der Umfrage können als gemeinsamer Bezugspunkt auf den akademischen Hintergrund vieler für große Unternehmen tätiger Ferndolmetscher:innen angesehen werden, da diese Richtlinien und Arbeitsbedingungen von allen großen Vermittlungsagenturen (wie z.B. Lionbridge, Boostlingo, LanguageLine) am häufigsten eingesetzt werden. Die Umfrage wurde auf Englisch mit dem Ziel durchgeführt, diese für Dolmetscher:innen verschiedener Sprachkombinationen zugänglich zu machen.

Die im Rahmen der quantitativen Umfrage formulierten Fragen sind die folgenden:

- How long have you been working for *HLS*?
- How many hours per week do you work for *HLS*?
- Have you been studying interpreting on a higher educational level?
- Have you joined professional training to become an interpreter for this company?
- Were you asked to present any certifications?
- Have you received any training to be an interpreter in healthcare?

- Have you ever had discrepancies/hard times in communicating with the medical staff?
- Have you ever had a hard time communicating with the patient?
- Have ever had a hard time communicating with the patient because of cultural reasons?
- Have you ever had a hard time communicating with the patient because of a lack of trust?
- Have ever had a hard time communicating with the doctors/medical personnel because of lack of trust?
- Have you ever confronted yourself after a call with a doctor (briefing)?
- Have you ever confronted yourself after a call with a doctor? (post-event)
- Do you have a general knowledge of the healthcare procedures thanks to your job or your education?
- Do you ever feel that there are topics and medical conversations you could master much better, if you were given more background and preparation during your education?
- During your studies/training, were you ever given the opportunity to exercise your knowledge on the topic with some real medical stuff or with some student from the university of medicine?
- Do you ever feel that the doctor/patient is completely unaware of your role and their expectations are completely wrong?

5.4 Qualitative Umfrage

Anschließend an die quantitative Umfrage wurden fünf Teilnehmer:innen für die qualitative Umfrage ausgewählt: Grundsätzlich handelt es sich bei jenen Dolmetscher:innen, die weiter befragt werden, um solche, die entweder ein Studium im Bereich Translation oder eine berufliche Weiterbildung abgeschlossen haben, beziehungsweise jene, die als zertifizierte Dolmetscher:innen arbeiten.

Die Interviews fanden über Zoom statt (beziehungsweise handelte es sich um Videoanrufe, in denen die Kandidat:innen die Kamera einschalten oder ausschalten durften), die Gespräche dauerten durchschnittlich zehn Minuten. Mit dem Einverständnis der Teilnehmer:innen nahm die Verfasserin die Interviews auf (auf Video-und-Audioformat), um sie anschließend transkribieren zu können. Der Zeitpunkt der Interviewbefragungen war zwischen Juli und September, da im Laufe dieser Monate in den USA zwei Feiertage lagen (am 4. Juli der Unabhängigkeitstag und am 5. September der Labor Day) und die Dolmetscher:innen mehr Freizeit hatten, da sie sich aufgrund der Wahrscheinlichkeit eines

niedrigen *call flow* gar nicht in die Plattform eingeloggt hatten. Die Mehrheit der Interviewbefragungen dauerte 10 Minuten, nur eine der acht Interviewbefragungen dauerte 30 Minuten. Die Anzahl der befragten Teilnehmer:innen beruht nicht auf der Entscheidung der Verfasserin. Die Anfrage nach Teilnehmer:innen für die Interviewbefragung wurde auf einer Unternehmensgruppe auf Whatsapp, die 100 Mitglieder ausmacht, gemacht. Auf diese Anfrage meldeten sich lediglich fünf Freiwillige, die sich dazu bereit erklärten, teilzunehmen. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der Interviewbefragung eingeschränkt und nicht zu verallgemeinern.

Die qualitative Umfrage verfolgt das Ziel, die multidisziplinären Erfahrungen der Dolmetschabsolvent:innen im Rahmen ihres Translationstudiengangs bzw. ihrer beruflichen Weiterbildung einzustufen, beziehungsweise zu erforschen, ob sie im Rahmen dieser die Gelegenheit gehabt haben, mit Ärzt:innen, medizinischem Fachpersonal oder mit Student:innen einer medizinischen Universität zusammenzuarbeiten, und ob sich diese Gelegenheit je Sprachkombination oder akademischem Hintergrund unterscheidet. Eine weitere Frage, die sich stellt, ist, ob die Dolmetscher:innen je nach Sprachkombination, von den Sprachvermittlungsunternehmen nach verschiedenen Voraussetzungen oder Abschlüssen gefragt wurden und ob sich das Einstellungsverfahren je nach Dringlichkeit der Dolmetschaufträge verändert.

Weitere Ausgangsfragen im Rahmen der Interviewbefragung sind folgende:

- Bekommen Dolmetscher:innen eine professionelle Weiterbildung vom Unternehmen angeboten, und wenn ja, legt diese Weiterbildung den Schwerpunkt mehr auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen oder auf das Ferndolmetschen?
- Wird bei dieser Weiterbildung auf den Erwerb digitaler und technologischer Fähigkeiten geachtet?
- Sind Dolmetscher:innen, die sich begeistert über die Idee eines gemeinsamen Moduls mit Medizinstudent:innen gezeigt haben, auch diejenigen, die über eine akademische Ausbildung verfügen? Oder ist die Wahrnehmung der Dringlichkeit dieser Kollaboration bei allen Dolmetscher:innen vorhanden?
- Interessieren sich Dolmetscher:innen, die im medizinischen Bereich arbeiten, für das Fach Medizin?

Um diese Forschungsziele zu erreichen, wurden zehn Fragen verfasst, die nachstehend aufgelistet werden:

1. Which languages do you use as an interpreter?
2. Which were the certifications you were asked for by the company *HLS*?
3. Have you already interpreted before without being asked for any certification? If yes, in which field?
4. Has *HLS* provided you with an introductory training in order to be able interpret remotely/in healthcare?
5. Have you received training to be a medical/remote interpreter on an academical level or on a vocational level?
6. If the answer to the above question is yes, how long have you been studying interpreting for?
7. Have you already struggled to understand the doctor's or the medical staff's expectations towards you? If yes, describe which were the discrepancies between your perception and their perception of your role?
8. During your studies/vocational training, were you given the opportunity to attend any joint training with medical staff? If yes, describe it briefly.
9. Do you feel that joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's role?
10. Would you be interested in joint training with medical staff/medicine students? If yes, describe shortly how you would benefit from it.

Nach einer kurzen Schilderung der Faktoren, die der Datenerhebung dieser Masterarbeit im Wege standen, werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Umfrage in den Unterkapiteln 5.6 und 5.7. miteinander in Verbindung gebracht und im Sinne der Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfragen diskutiert

5.5 Einschränkungen

Es muss auch festgestellt werden, dass, da leider keine Bezahlung oder Vergütung der Teilnehmer: innen der Interviewbefragung möglich war, die Anzahl der erhobenen Daten auf jeden Fall zu begrenzt bleibt, um eine weltweite oder nationale Realität widerspiegeln zu können.

Darüber hinaus stützt sich die Untersuchung nur auf ein Sprachvermittlungsunternehmen (obwohl in den Interviewbefragungen auch andere Sprachvermittlungsunternehmen wie Language Line Solutions oder Weiss Global erwähnt werden).

Um eine vollständige Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten, wäre eine Fortsetzung der Forschung in diesem Bereich erforderlich. Bei dieser müssten auch Ärzt:innen oder Medizinstudent:innen ihren Standpunkt mittels empirischer Forschung darlegen können, so erhielte man einen besseren Einblick in die Sichtweise aller Akteur:innen. Somit könnte man feststellen, ob auch diese beteiligten Personen denselben Standpunkt vertreten wie die im Rahmen dieser Arbeit befragten Dolmetscher:innen, nämlich, dass die Kommunikation mit Ferndolmetscher:innen durchaus kompliziert sein kann, diese Komplexität aber meist dadurch entsteht, dass Ärzt:innen sowie auch das Krankenhauspersonal und die Patient:innen zu wenig mit der Rolle dieser Dolmetscher:innen vertraut sind.

Im Hinblick auf die in der vorliegenden Masterarbeit vorgeschlagenen Lehrmodule gibt es jedoch weitere Einschränkungen, die den Datenschutz der Patient:innen betrifft: Wie Sultanić (2018) feststellt, ist es im Hinblick auf diese Module eher möglich, ein simuliertes ärztliches Gespräch in einem Schulungsraum zu schaffen als in einem tatsächlichen Krankenhaus, da die Datenschutzbestimmungen für alle Patient:innen in allen Gesundheitszentren eingehalten werden müssen.

Lack of exposure to medical contexts during training could also be attributed to patient privacy laws that prohibit interpreters in training from observing and being mentored by professional interpreters, unless they are contracted through an agency or employed by the organization. Also, most interpreter training takes place outside of the medical curriculum proper, and the reality of interpreter encounters, as will be detailed below, is very different from simulated practice offered during training. (vgl. Sultanić 2018: 3)

Jedoch können diese Regelungen auch hier angepasst werden, beispielsweise durch Partnerschaften zwischen Dolmetsch- und Medizinuniversitäten sowie Gesundheitszentren (obwohl ein solcher Vorschlag auf alle Bereiche ausgedehnt werden könnte, da die Arbeit schlussendlich die Multidisziplinarität im Rahmen des Dolmetschstudiums fordert). Diesbezüglich stellt Sultanić fest:

It has been established that there are many factors that prohibit situating interpreter training in hospital settings, which explains why some participants reported having completed in hospital

training and others did not. However, some academic programs might already be positioned to place their trainees in medical contexts through partnerships with different teaching hospitals, including their own University Medical Centers. (vgl. Sultanić 2018: 117)

Mit dem Ziel, diese Module zu ermöglichen und gleichzeitig die Datenschutzbestimmungen zu respektieren, untersucht Sultanić auch den Einsatz von Technologien, damit solche Rahmenbedingungen geschaffen werden können, die die Realität eines Krankenhauses abbilden. Sie zitiert das europäische *IVY-Projekt* (Dolmetschen in virtueller Realität), das Schulungen in virtuellen Umgebungen durchführt und virtuelle Lernmethoden einsetzt, um professionelle Dolmetschsituationen mit Second Life zu simulieren. Es handelte sich um eine von Linden Labs entwickelte, frei zugängliche, virtuelle 3D-Welt.

Zusammengefasst bieten die Erkenntnisse von Sultanić und die im Rahmen dieser Arbeit gesammelten Ergebnisse Anregungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Personengruppen, für neue Forschungsfragen und didaktische Ideen für den Einsatz im Trainings- und Ausbildungsbereich der Dolmetscher:innen.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Datenerhebung sowie die Schlussfolgerungen vorgestellt.

5.6 Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Umfragen

Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Datenerhebung erwiesen sich als konsistent und können miteinander herangezogen werden, um die Forschungsfragen valide beantworten zu können. Beginnend werden die Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung beschrieben und dargestellt, um dann im Anschluss mit den qualitativen Ergebnissen in Verbindung gebracht werden zu können.

Durch die erste Frage “Have you been studying interpreting on a higher educational level?” stellte sich heraus, dass eine knappe Mehrheit der befragten Dolmetscher:innen (55,6 %) ein Dolmetschstudium an einer Hochschule absolviert hat. Es war sehr wichtig für die Verfasserin herauszufinden, ob die Dolmetscher:innen, die bei einem “standard” Sprachvermittlungsunternehmen arbeiten, überhaupt über einen Abschluss verfügen. Außerdem, ob überhaupt ein Abschluss seitens des Unternehmens verlangt wird, bevor Personen als Ferndolmetscher:innen eingestellt werden. Außerdem war dies auch das erste Ausschlusskriterium für die Auswahl der Dolmetscher:innen, die an der qualitativen Datenerhebung teilnahmen.

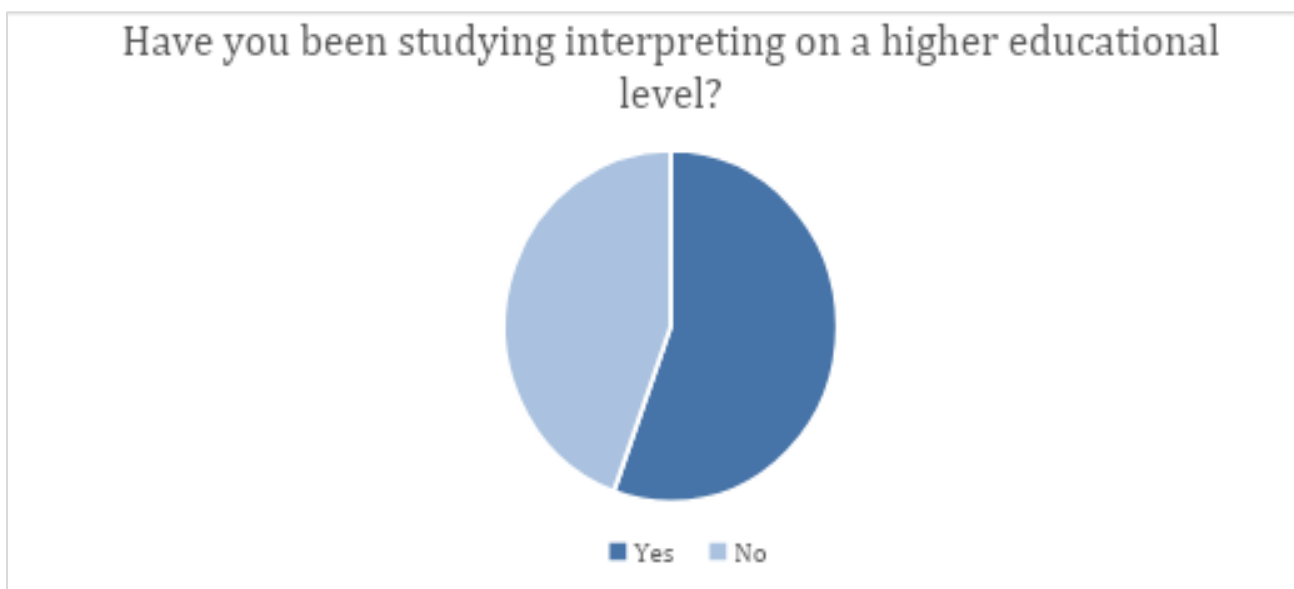


Abb. 7 Frage 1 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Auf die zweite Frage “How long have you been working for *HLS*?” haben 88% der Dolmetscher:innen geantwortet, dass sie länger als ein Jahr für *HLS* arbeiten, was die Verfasserin zu der Schlussfolgerung kommen lässt, dass das Unternehmen für die Mehrheit der Dolmetscher:innen vertretbare Arbeitsbedingungen bietet.. Die Verfasserin legt Wert auf die

Feststellung, dass das für die Datenerhebung berücksichtigte Sprachvermittlungsunternehmen den Ferndolmetscher:innen angemessene Beschäftigungsbedingungen, die in den USA als allgemeine Arbeitsbedingungen für Ferndolmetscher:innen interpretiert werden können, bereitstellt.

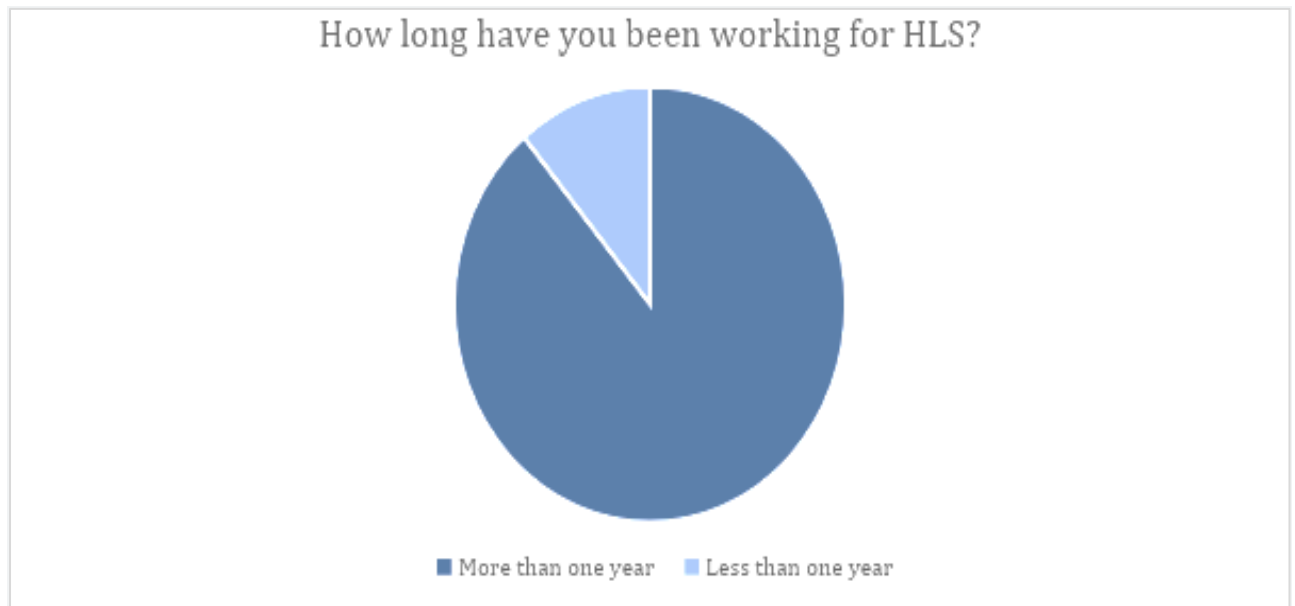


Abb. 8 Frage 2 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Die Frage drei “How many hours per week do you work for *HLS*?” dient dazu, festzustellen, ob die Dolmetscher:innen in Vollzeit oder in Teilzeit beim Unternehmen *HLS* tätig sind. 75 % der Teilnehmer:innen arbeiten mehr als 30 Stunden pro Woche für *HLS*, während 25 % von ihnen diesen Beruf als eine Teilzeitbeschäftigung ausübt. Dadurch kann die Verfasserin feststellen, dass die Arbeitsbedingungen bei *HLS* den Dolmetscher:innen nicht nur ermöglichen, diese Beschäftigung zu behalten, sondern auch, dass sie es ihnen ermöglichen, diese Beschäftigung auf Vollzeitbasis auszuüben. Für die Verfasserin sind diese Hintergrunddaten von großer Bedeutung, da sie damit nachvollziehen kann, wie erfahren die Dolmetscher:innen sind und in der Folge die erfahrensten für ihre Interviews aussuchen kann.

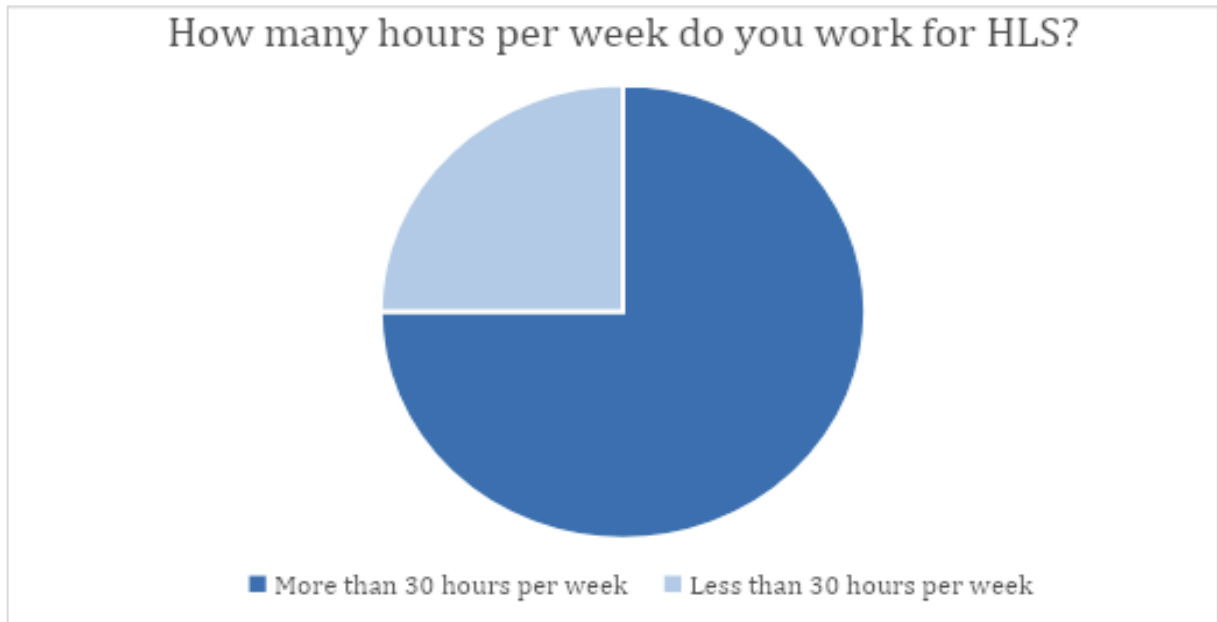


Abb. 9 Frage 3 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Mit der vierten Frage “Were you asked to present any certifications?” versucht die Verfasserin zu verstehen, welche Voraussetzungen *HLS* für eine Einstellung vorgab. Dies ist wiederum eine Frage zum Hintergrund der Dolmetscher:innen, mit der die Verfasserin zu verstehen versucht, ob alle Dolmetscher:innen, die keinen Dolmetschabschluss vorweisen, können über ein Äquivalent (wie ein professionelles Zertifikat, eine Schulung oder ähnliches) verfügen und daher nicht als “ungeschulte Dolmetscher:innen” zu betrachtet sind. In diesem Fall wurden 55,6 % der befragten Dolmetscher:innen durch das Unternehmen bei der Einstellung dazu aufgefordert, ein Zertifikat vorzulegen, während 44,4 % nicht danach gefragt wurden. Auf der Grundlage dieser Antwort wird die Verfasserin in den Interviews auch versuchen zu verstehen, warum einige Dolmetscher:innen eine Zertifizierung vorlegen mussten, während andere dies nicht mussten.

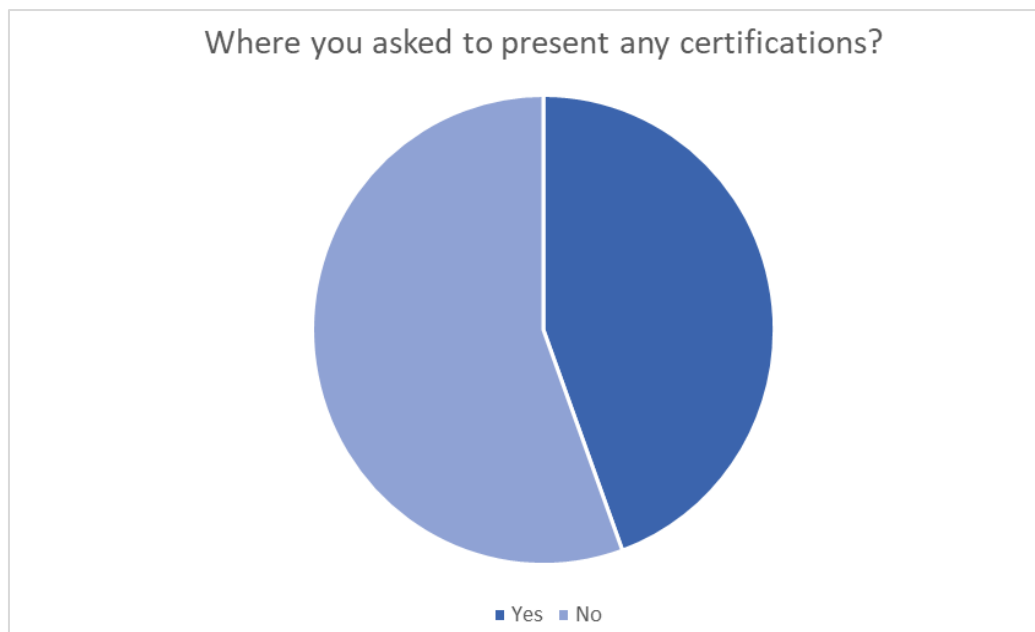


Abb. 10 Frage 4 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Mit der fünften Frage “Have you joined professional training to become an interpreter for this company?” versucht die Verfasserin, das Forschungsfeld weiter einzugrenzen und zu klären, ob Dolmetscher:innen ohne Qualifikation oder Zertifizierung von *HLS* die Möglichkeit erhielten, einen entsprechenden Zertifikatskurs beim Unternehmen zu absolvieren. Mit dieser Fragestellung will die Verfasserin erfahren, wie viele Weiterbildungsmöglichkeiten die Dolmetscher:innen erhalten können, wenn sie im Gesundheitswesen arbeiten möchten, und auf welchen Niveaus sie diese erhalten können (universitär, post graduate, beruflich, unternehmensintern). Interessanterweise nahmen 77,8 % der Dolmetscher:innen an einem Fortbildungskurs teil, um Dolmetscher:innen bei *HLS* zu werden, während 25 % davon nicht teilnahmen.



Abb. 11 Frage 5 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Mit der sechsten Frage “Have you received any training to be an interpreter in healthcare?” kann festgestellt werden, dass die Fragestellungen immer genauer werden und zunehmend auf die Erfahrungen der Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen eingehen.

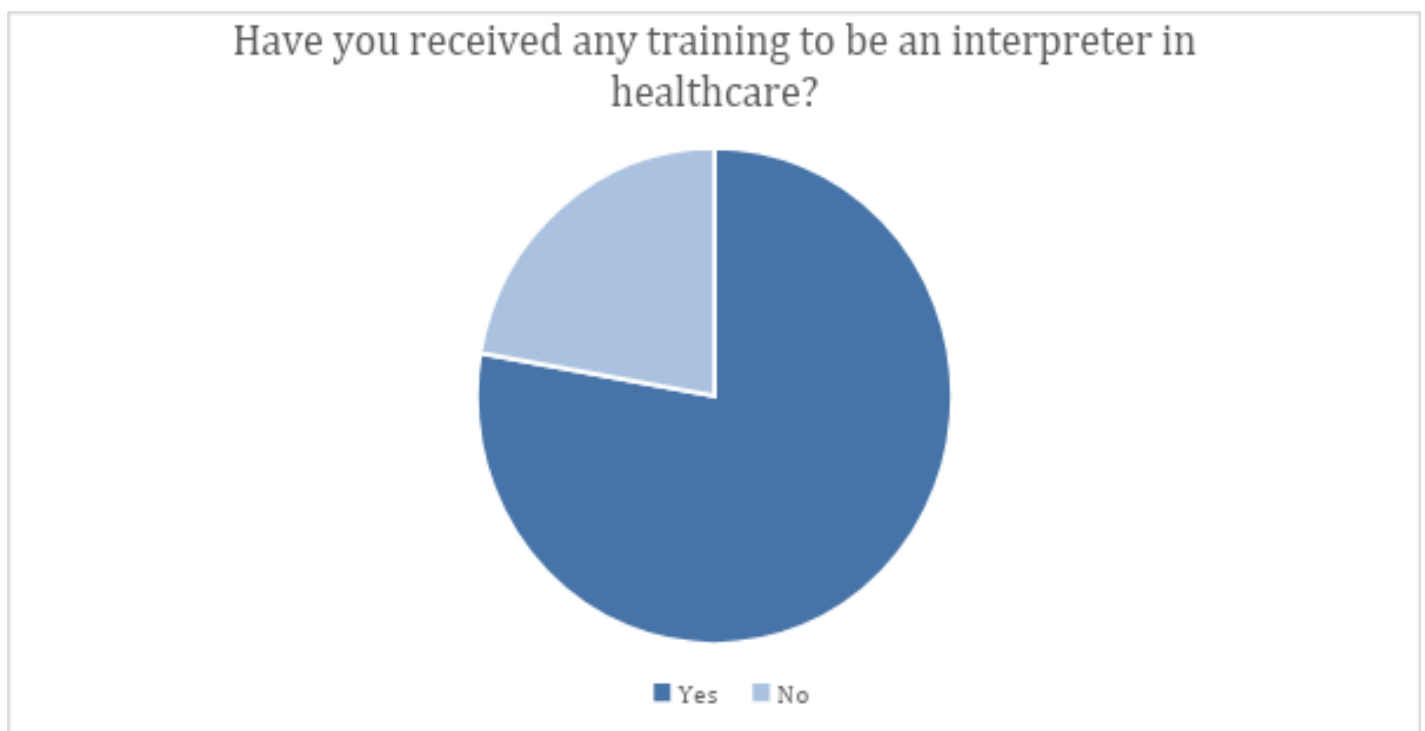


Abb. 12 Frage 6 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Bei der sechsten Frage legt die Verfasserin den Schwerpunkt ausschließlich darauf, ob die Dolmetscher:innen eine Ausbildung für die Arbeit im Gesundheitswesen erhalten haben. 75 % der Dolmetscher:innen gaben an, dass sie mindestens einen Fortbildungskurs besuchen mussten, um als Dolmetscher:in im Gesundheitswesen arbeiten zu können, während 25 % offenbar gar nicht darum gebeten wurden. Dies bestätigt die Behauptung von Llopis Almudena (vgl. ReACTMe 2021), dass das Gesundheitswesen einer der Bereiche ist, in dem das Risiko des Einsatzes von Laiendolmetscher:innen besonders hoch ist.

Bei der siebten Frage “For how long have you been working in healthcare?” lässt sich die Hypothese belegen, dass sich die Anforderungen an die im Gesundheitswesen tätigen Dolmetscher:innen im Laufe der Zeit verändert haben, da 75 % der Dolmetscher:innen seit weniger als zwei Jahren im Gesundheitswesen tätig sind und somit zur neuen Generation von Dolmetscher:innen gehören, während 25 % seit mehr als zwei Jahren in diesem Fachbereich tätig sind. Die siebte Frage zielt darauf ab, zu ermitteln, ob die Dolmetscher:innen bereits praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen gesammelt haben oder ob ihre Erfahrungen auf den Ausbildungsbereich beschränkt bleiben. Auch dies wird später als Ausschlusskriterium herangezogen, da die Verfasserin nur Dolmetscher:innen befragen möchte, die über eine längere Erfahrung im Gesundheitswesen verfügen. Diese bringen deshalb ein tieferes Verständnis für die in der Masterarbeit behandelten Fragestellungen mit und können daher die Fragen, die in den Interviews gestellt werden, besser nachvollziehen.

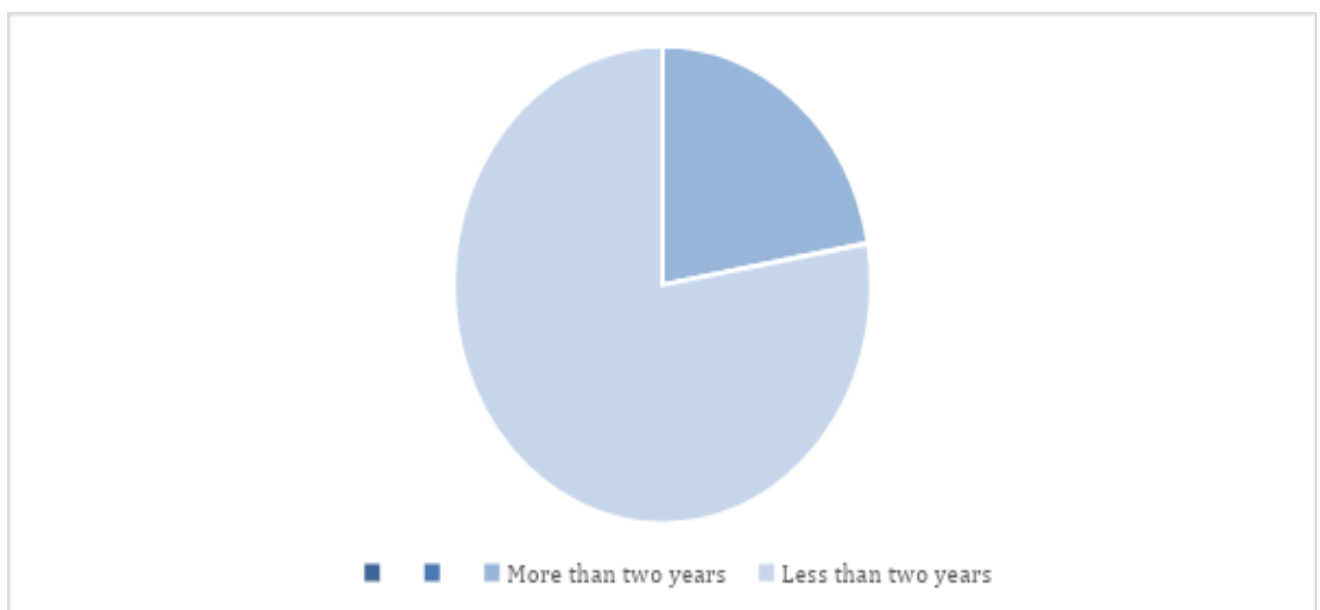


Abb. 13 Frage 7 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Bei der achten Frage “Do you have a general knowledge of the healthcare procedures thanks to your job or your education?” scheint es, dass die Gesamtheit (100 %) der befragten Dolmetscher:innen aufgrund ihrer professionellen Weiterbildung oder aufgrund ihrer Ausbildung mit den Verfahren im Gesundheitswesen vertraut sind oder sich zumindest mit solchen Verfahren vertraut fühlen. Frage acht stellt einen ersten Versuch der Verfasserin dar, zu verstehen, ob es negative Erfahrungen während der Dolmetschaufträge im Gesundheitswesen gegeben haben könnte, die die Dolmetscher:innen an ihrer Vorbereitung zweifeln ließen.

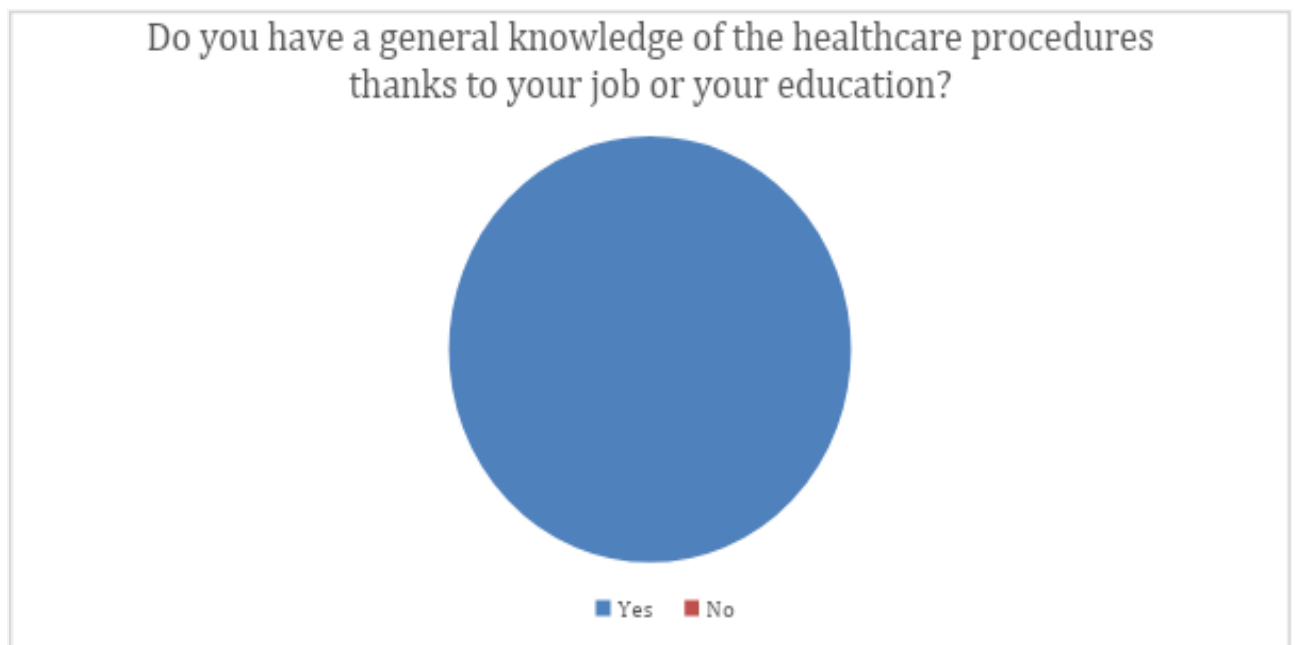


Abb. 14 Frage 8 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Die neunte Frage zielt direkt auf den Fokus der Arbeit ab und fragt “During your studies/training, were you ever given the opportunity to exercise your knowledge on the topic with some real medical stuff or with some student from the university of medicine?”.

Mit dieser Frage versucht die Verfasserin herauszufinden, ob es tatsächlich Dolmetscher:innen gibt, die bereits gemeinsame Übungen mit Medizinstudent:innen oder mit medizinischem Fachpersonal erlebt haben. Selbstverständlich wird die Verfasserin diese Dolmetscher:innen im Rahmen ihrer Interviews dazu auffordern, ausführlich zu erläutern, wie solche Übungen organisiert und durchgeführt wurden. Diese Frage wird gestellt, obwohl in der qualitativen Datenerhebung keiner der Dolmetscher:innen tatsächlich solche Erfahrungen erwähnt hat, was die Verfasserin zu der Vermutung veranlasst, dass einige Dolmetscher:innen

die Frage möglicherweise missverstanden haben oder davon ausgingen, dass ihre Arbeitserfahrungen auch als gemeinsame Erfahrung mit dem Krankenhauspersonal oder mit den Medizinstudent:innen gelten könnten.

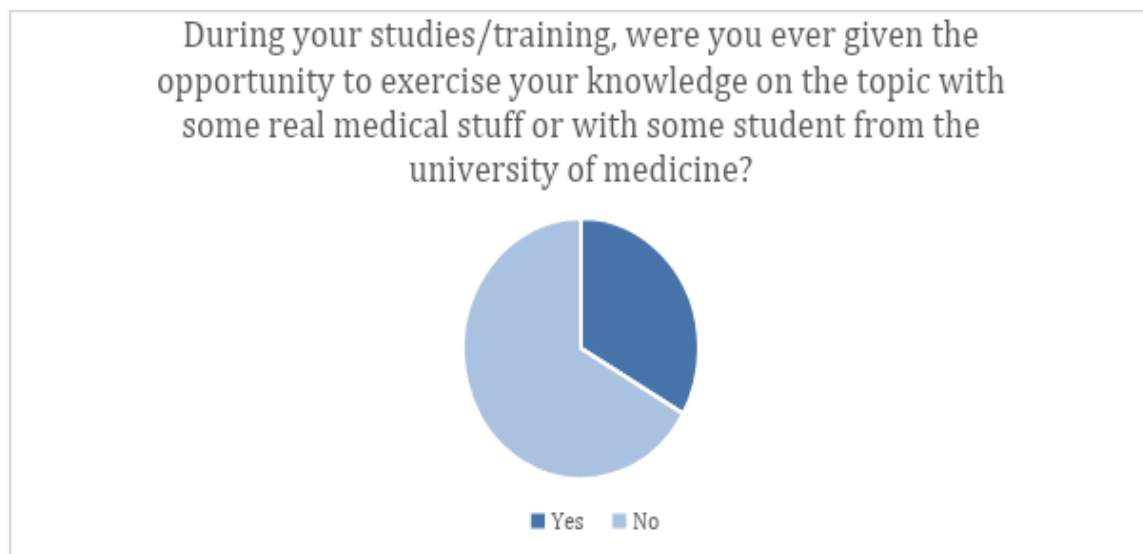


Abb. 15 Frage 9 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

In den folgenden Fragen zehn und elf verlagert die Verfasserin den Schwerpunkt auf die Kompetenz des medizinischen Fachpersonals beim Einsatz von Dolmetscher:innen, indem sie fragt, ob den Dolmetscher:innen jemals ein Informationsgespräch vor dem Dolmetschauftrag angeboten oder Feedback nach dem Dolmetschauftrag durch die Ärzt:innen gegeben wurde. In diesem Fall weisen beide Antworten, zehn und elf, die gleichen Prozentsätze (22 % ja und 78 % nein) auf.

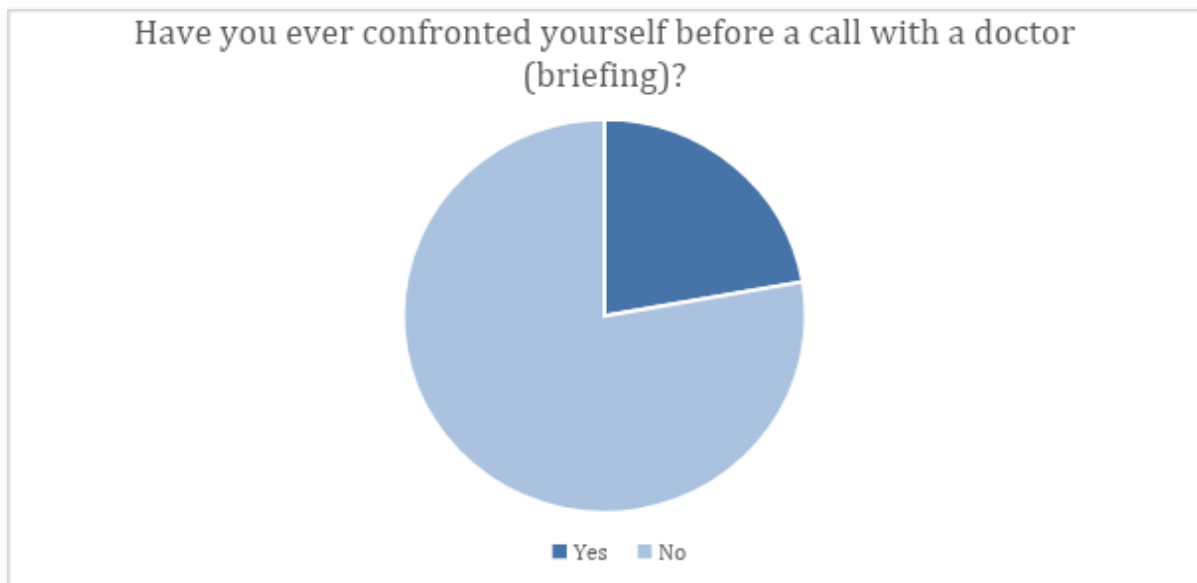


Abb. 16 Frage 10 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

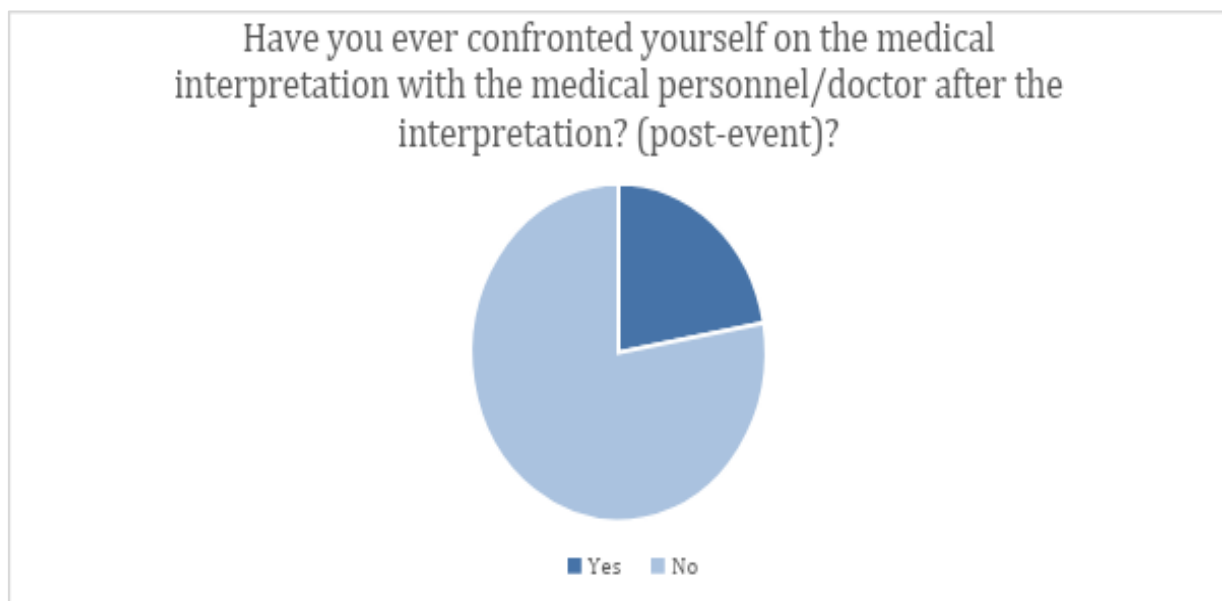


Abb. 17 Frage 11 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

In der zwölften Frage “Have you ever had a hard time communicating with the LEP patient?” geht die Verfasserin auf ein drittes Feld ein, nämlich auf die Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit *LEP*¹-Patient:innen, also Patient:innen, deren Erstsprache nicht Englisch ist und die diese Sprache auch nicht auf einem Niveau beherrschen, auf dem sie mit Pflegepersonal oder Ärzt:innen kommunizieren können. Dies ist eine Option, die berücksichtigt werden sollte, da sehr oft kulturelle und soziale Unterschiede mit den anderen

¹ LEP = Limited English Proficiency

zwei Gesprächspartner:innen bei der triadischen Kommunikation auftreten können. In diesem Fall gab eine leichte Mehrheit (55 %) der Dolmetscher:innen an, dass sie die Kommunikation mit den Patient:innen als schwierig empfanden.

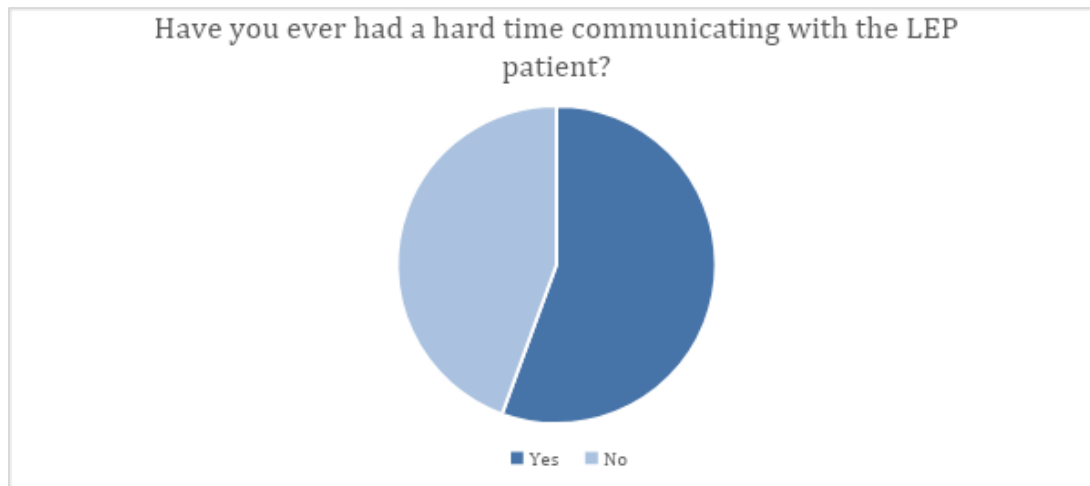


Abb. 18 Frage 12 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

In den folgenden zwei Fragen (13, 14) versucht die Verfasserin in der Folge herauszufinden, ob den Dolmetscher:innen klar ist, worauf diese Unterschiede mit den LEP-Patient:innen zurückzuführen sind, falls sie solche Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit ihnen erkannt haben.

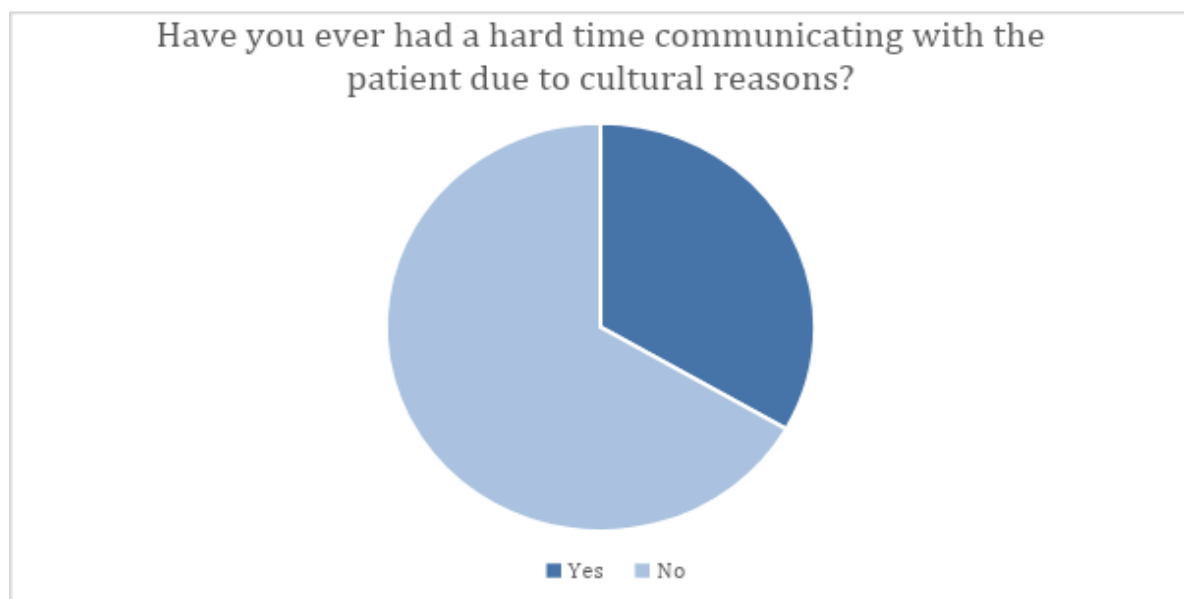


Abb. 19 Frage 13 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Bei Frage 13 “Have you ever had a hard time communicating with the patient due to cultural reasons?” scheint die Minderheit (22 % der Dolmetscher:innen) das Gefühl zu haben, dass sie einen anderen kulturellen Hintergrund als die Patient:innen haben, was durchaus nachvollziehbar sein kann, gerade wenn sie dieselbe Sprache sprechen und daher möglicherweise den gleichen kulturellen Hintergrund haben. Bei Frage 14 hingegen “Have you ever had trouble communicating with the patient because of lack of trust?” hatten anscheinend 75 % der Dolmetscher:innen den Eindruck, dass die Patient:innen kein Vertrauen in sie hatten. Diese beiden Aspekte sind sehr wichtig, da Missverständnisse und Kommunikationsprobleme manchmal nicht nur auf die Kompetenz von Ärzt:innen und Dolmetscher:innen zurückzuführen sind, sondern auch auf misstrauische Patient:innen oder auf Patient:innen, die die Rolle von und den Umgang mit Dolmetscher:innen nicht kennen, was in den Interviews immer wieder thematisiert wird (Kapitel 7).

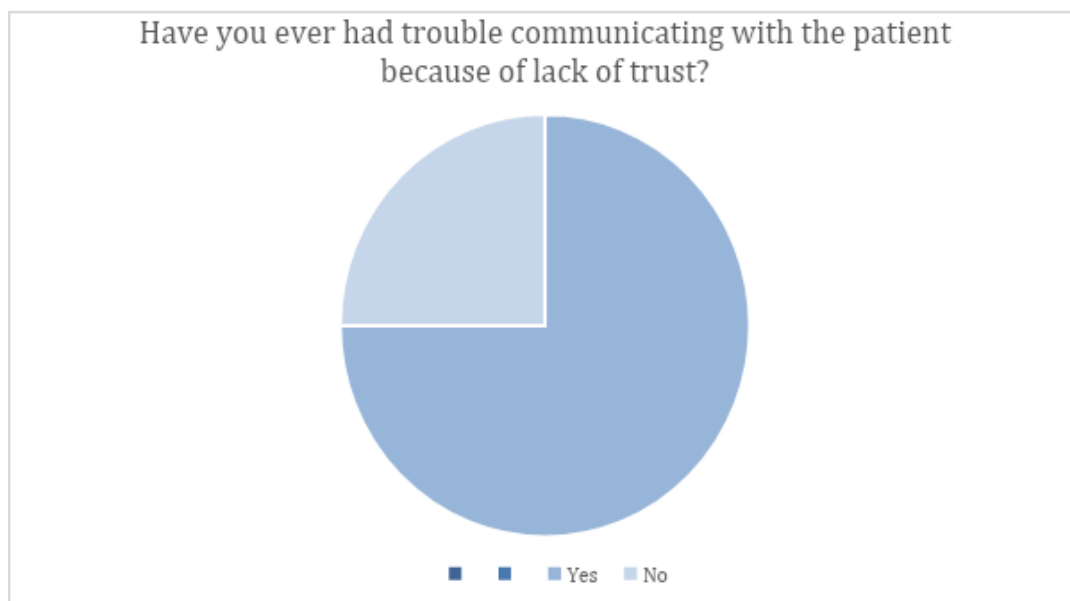


Abb. 20 Frage 14 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Die Frage “Have you ever had a hard time communicating with the doctor/medical personnel because of lack of trust on their side?” beruht auf ähnlichen Überlegungen in Bezug auf das mangelnde Vertrauen seitens des Fachpersonals in die Dolmetscherin:innen, das darauf zurückzuführen sein könnte, dass das Fachpersonal sie und ihre Rolle nicht hinlänglich kennt. Erfreulicherweise ist festzustellen, dass diese Frage nur von 11 % der befragten Dolmetscher:innen bejaht wurde. Dies bedeutet, dass die meisten Dolmetscher:innen mit

Mitarbeiter:innen des Gesundheitspersonals zusammengearbeitet haben, die großes Vertrauen in ihre Rolle gezeigt haben.

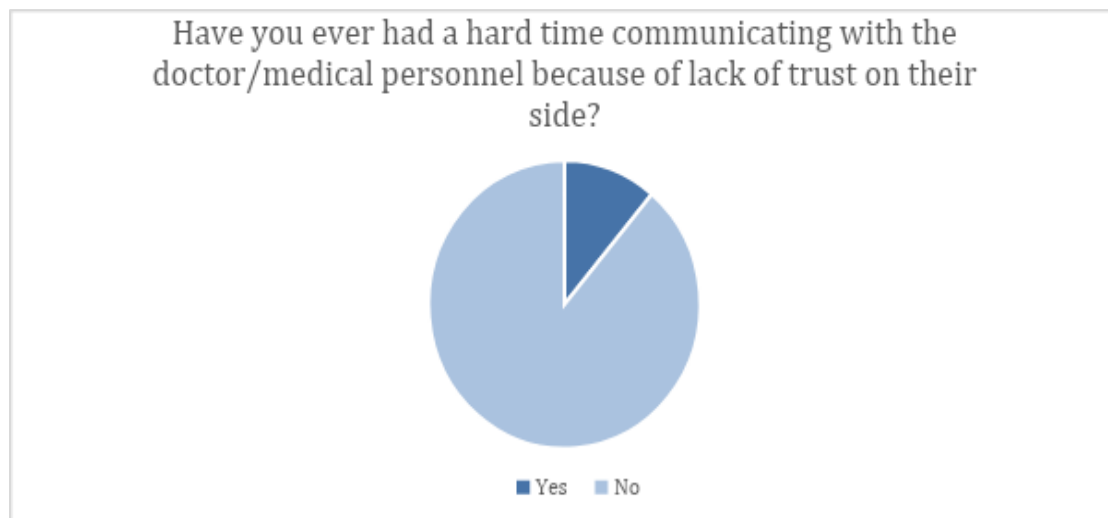


Abb. 21 Frage 15 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Die Frage “Do you ever feel that there are topics and medical conversations you could master much better, if you were given more background and preparation during your education?” geht nicht nur der Frage nach, ob die Dolmetscher:innen die Wahrnehmung hatten, dass sie eine bessere Vorbereitung auf ihre Dolmetschaufträge im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer Ausbildungen oder Weiterbildungen erhalten hätten können, sondern auch, ob sie hinterfragt haben, ob ihr Gefühl der Unzulänglichkeit für Dolmetscheraufträge im Gesundheitswesen auf Barrieren in ihren Fachkenntnissen zurückzuführen sein könnte.

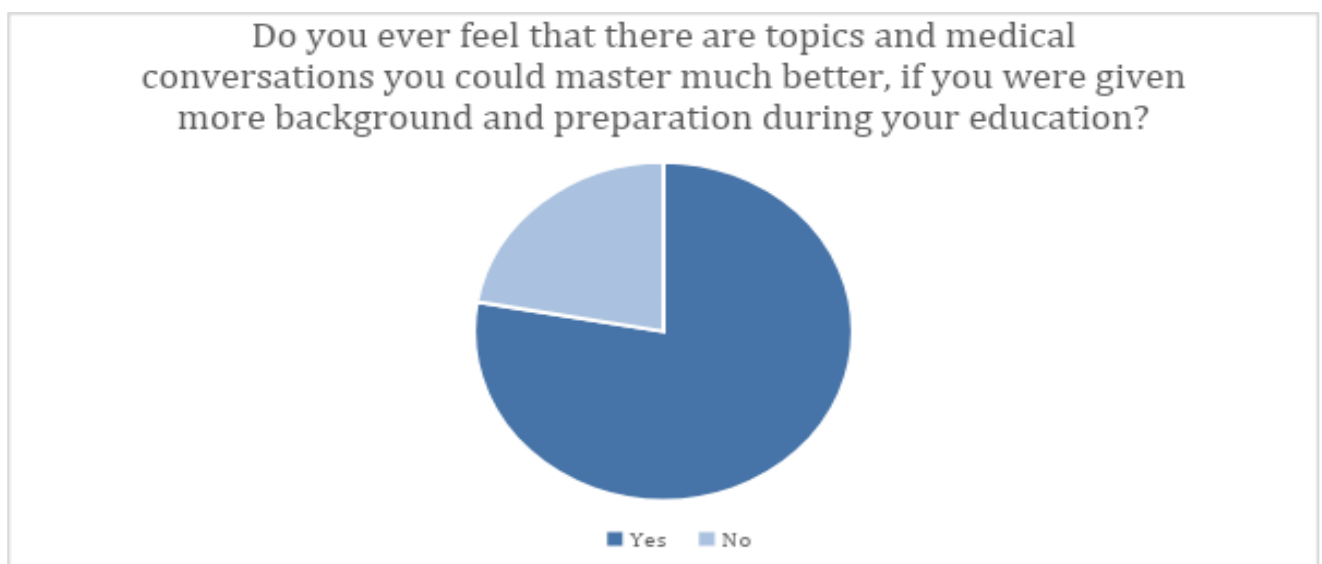


Abb. 22 Frage 16 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Dieses Gefühl könnte wiederum mit der mangelnden Vorbereitung, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung für solche Aufträge erhielten, zusammenhängen. In diesem Fall gab die Mehrheit (88 %) an, dass sie die Notwendigkeit sehen, diese Art des Dolmetschens mit diesem Fach zu vertiefen und im Rahmen ihrer akademischen und/oder professionellen Ausbildung vermehrt zu üben und in den Fokus zu rücken.

Die Fragen 17 “Do you ever feel that the doctor/patient is completely unaware of your role and their expectations are completely wrong?” und 18 “Have you ever had discrepancies/ hard times in communicating with the medical staff?” beziehen sich eher auf die Wahrnehmung der Rolle der Dolmetscher:innen seitens des medizinischen Personals, was über ein Mangel an Vertrauen in die Dolmetscher:innen hinausgeht, aber möglicherweise eine ähnliche Ursache hat, nämlich dem mangelnden Bewusstsein über die Rolle der Dolmetscher:innen. Manchmal kommt auch das Gegenteil von mangelndem Vertrauen vor, nämlich eine übertriebene Erwartung an die Sprachkenntnisse der Dolmetscher:innen, denn offenbar haben 66 % der Dolmetscher:innen solche übertriebenen Erwartungen bereits wahrgenommen. Frage 18 schließlich ist allgemeinerer Art und zielt darauf ab, viele Dolmetscher:innen anzusprechen, die möglicherweise Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit dem medizinischen Fachpersonal hatten, aber wegen keiner der oben genannten Gründe, auf die später in den Interviews eingegangen wird.

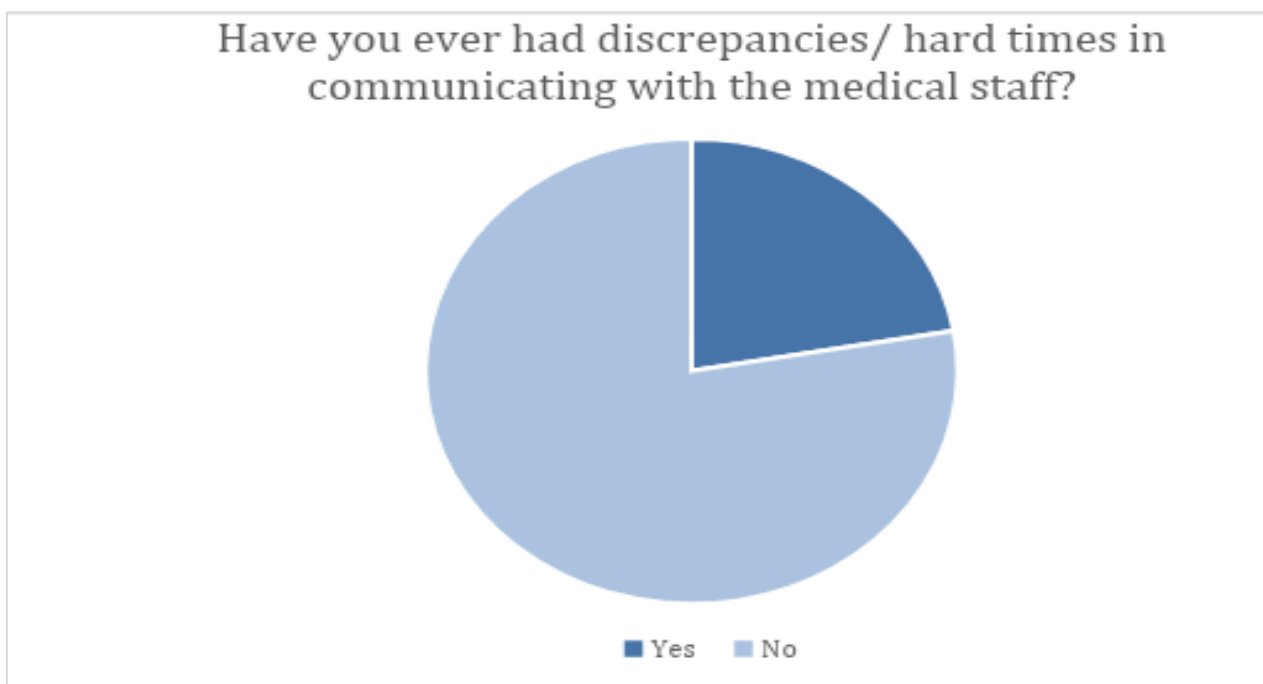


Abb. 23 Frage 18 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Diese Frage verneinten 22 % der Dolmetscher:innen und gaben an, dass sie keine derartigen Kommunikationsschwierigkeiten erlebten.

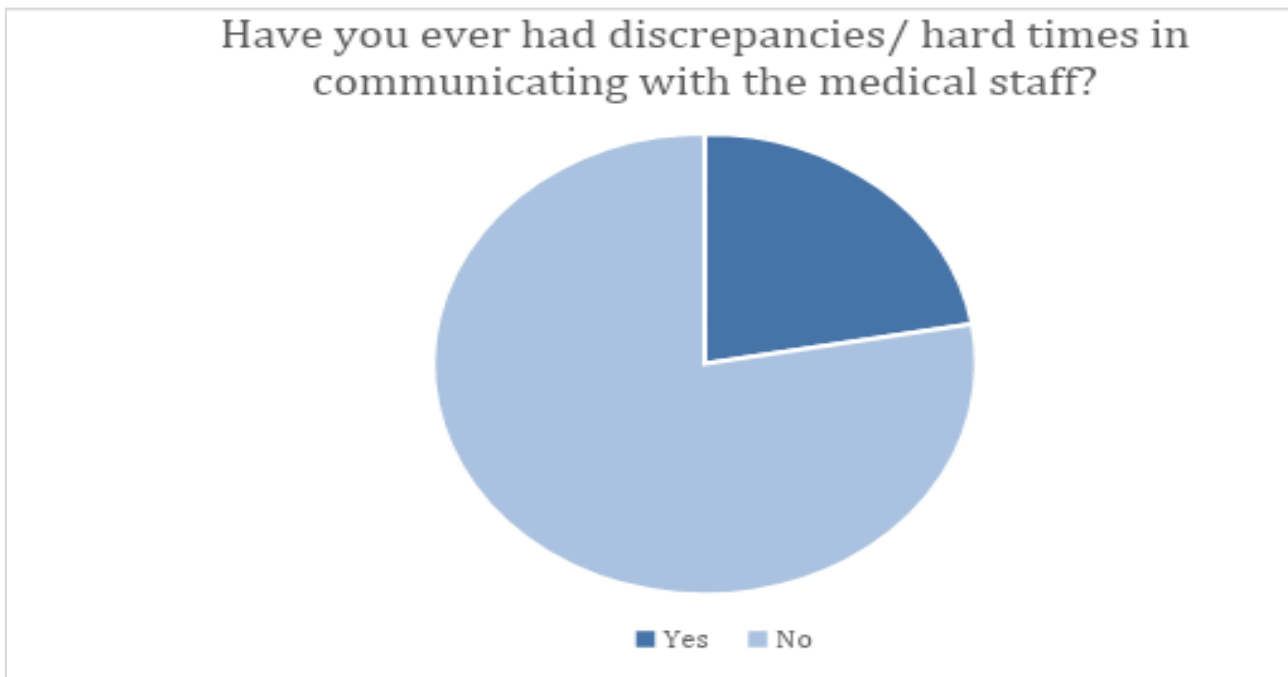


Abb. 24 Frage 19 der quantitativen Datenerhebung, eigene Darstellung (2022)

Was die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung angeht, kann man beobachten, dass die Mehrheit der Teilnehmer:innen (drei von fünf) mehr als zwei Arbeitssprachen beherrscht, und zwei Dolmetscher:innen von fünf nichteuropäische Sprachen sprechen. Alle fünf Teilnehmer:innen wurden nach einem Zertifikat gefragt, das zeigt, dass sie mindestens 40 Stunden Erfahrung im Dolmetschen im Bereich des Gesundheitswesens gesammelt haben. Die Mehrheit der Dolmetscher:innen (vier von fünf) haben schon ohne Zertifikat gearbeitet, drei davon haben sogar bereits im Gesundheitswesen gearbeitet, ohne überhaupt Zertifikate vorweisen zu müssen. Alle fünf Dolmetscher:innen bestätigen, dass *HLS* ihnen eine unternehmensinterne Weiterbildung angeboten hat, aber vier der fünf diese nicht in Anspruch genommen haben, da sie schon über ein Zertifikat verfügten. Die letzte befragte Person hat nicht ausführlich erklärt, ob sie diese Weiterbildung in Anspruch genommen hat oder nicht.

Zwei der fünf Dolmetscher:innen haben einen Abschluss im Bereich Translation, was ungefähr sechs Jahren Studium in diesem Bereich entspricht, während die anderen über ein Zertifikat eines Sprachvermittlungsunternehmens oder einer privaten Einrichtung verfügen (die Weiterbildungen dauerten von einer Woche bis zu vier Monaten, je nach Einrichtung und interner Betriebsordnung des jeweiligen Unternehmens). Die Gesamtheit der Teilnehmer:innen gibt an, dass ihr nie angeboten wurde, im Rahmen ihres Studiums oder ihrer Weiterbildung

gemeinsame Übungen mit dem Fachpersonal oder mit Medizinstudent:innen durchzuführen. Abschließend zeigten sich alle fünf Teilnehmer:innen begeistert über die Idee, solche gemeinsamen Übungen mit Medizinstudent:innen durchzuführen.

6 Auswertung

Aus der Beantwortung der qualitativen Interviewfragen von den fünf Teilnehmer:innen, die alle als zertifizierte Dolmetscher:innen auf der Plattform Boostlingo exklusiv im Gesundheitswesen arbeiten, lässt sich schließen, dass der Zugang für Ferndolmetscher:innen an Aufträge im Bereich Gesundheitswesen unabhängig von den oben genannten Faktoren ist: Es macht keinen Unterschied, welche Sprachkombination oder welchen Ausbildungshintergrund sie haben: Sie müssen alle die gleichen Voraussetzungen erfüllen, und zwar ein Zertifikat über eine 40-stündige Erfahrung im Gesundheitswesen (in dem Fall der Firma *HLS*) vorweisen oder müssen in anderen Fällen gar nichts vorweisen, wie drei Dolmetscher:innen aussagen.

In diesem Fall stimmten die Antworten auf die Fragen während des Interviews mit den Prozentsätzen überein, die bei der quantitativen Datenerhebung ermittelt wurden, da die Mehrheit der Dolmetscher:innen in diesem Fall angab, an einem Weiterbildungskurs für die Arbeit für *HLS* teilgenommen zu haben. Der Aspekt, der sich bei der quantitativen Datenerhebung als weniger kohärent erwies, war die Tatsache, dass die Mehrheit der Dolmetscher:innen bei der Umfrage angab, dass sie nicht dazu aufgefordert wurde, ein Zertifikat vorzulegen, während bei den Interviews alle Dolmetscher:innen das Gegenteil angaben: Dies könnte an einer Fehlinterpretation des Wortes “Zertifikat” liegen. Alle Dolmetscher:innen erwähnten bei den Interviews das Zeugnis, das beweist, dass sie 40 Stunden als Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen gearbeitet haben, dies könnte aber mehr als Nachweis ihrer Berufserfahrung angesehen werden als als echtes Zertifikat.

Was die Ausbildungshintergründe der befragten Dolmetscher:innen angeht, verfügt mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen (drei aus fünf) über keinen Abschluss im Bereich Translation, aber über ein professionelles Zertifikat als Fern- oder medizinische Dolmetscher:innen. Die Weiterbildungsmöglichkeiten für Ferndolmetscher:innen und für das Dolmetschen im Gesundheitswesen scheinen zahlreich zu sein, nachdem mehr als der Hälfte der Teilnehmer:innen schon im Rahmen des Einstellungsverfahrens eines Sprachvermittlungsunternehmens eine Weiterbildung angeboten wurde. Dies wurde auch in der Umfrage bestätigt, denn 77 % der Befragten gaben an, dass sie eine Ausbildung als Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen absolviert haben. Jedoch wurde den Dolmetscher:innen im Rahmen keiner dieser Aus- oder Weiterbildungen die Gelegenheit geboten, zusammen mit medizinischem Fachpersonal oder mit Medizinstudent:innen zu

trainieren. Dies wird jedoch von der Gesamtheit der befragten Ferndolmetscher:innen als eine wertvolle Möglichkeit angesehen, für ihre Aufträge im Gesundheitswesen gerüstet zu sein. Bereits in der Umfrage weist die Mehrheit der Dolmetscher:innen darauf hin, dass sie sich bewusst sind, dass viele der Hindernisse und Schwierigkeiten, auf die sie bei ihren Erfahrungen als Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen gestoßen sind, auf einen Mangel an Ausbildung oder akademischer Vorbereitung auf eine solche Ausbildung zurückzuführen sind. Dies bestätigt die Theorie von Sultanić, die besagt, dass die Dolmetscher:innen die heutzutage im Gesundheitswesen arbeiten, sehr selten über eine praxisorientierte Ausbildung verfügen (vgl. Sultanić 2018: 27).

Hinsichtlich der professionellen Weiterbildung im Dolmetschen im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt auf dem Ferndolmetschen wurden keine näheren Erläuterungen gegeben, wie diese von den jeweiligen Sprachvermittlungsunternehmen gehandhabt wurden. Dies könnte aber als weiterführende Forschungsfrage bearbeitet werden, ob die Dolmetscher:innen im Rahmen ihrer Aus- oder Weiterbildungen, wenn sie auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen vorbereitet werden, auch Fachwissen über das Ferndolmetschen bekommen, da sich das Ferndolmetschen gerade in diesem Bereich als sehr dominant erweist.

Zwei Teilnehmer:innen gaben nur ein Detail an, das wahrscheinlich eher die Ausbildung im Bereich Ferndolmetschens betraf, und erklärten, dass sich das Sprachvermittlungsunternehmen *HLS* zum Beispiel mehr auf die Erklärung der Funktionalitäten der Plattform konzentrierte. Das heißt, sie legten den Schwerpunkt mehr auf die Erklärung technischer Aspekte anstatt auf die Vermittlung von Fähigkeiten und Strategien, um als Ferndolmetscher:innen oder als Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen zu arbeiten. Die diesbezüglichen Aussagen waren die folgenden: B1: “[...] They did some basic protocol training specifically for their portal.” B3: “[...] As for *Homeland*, I got training in the very beginning, but it was mostly about using the software, not about interpreting remotely.”

Diese Daten können jedoch keine Gesamtheit der Richtlinien aller Sprachvermittlungsunternehmen widerspiegeln, aber es ist zu vermuten, dass viele von ihnen eine ähnliche Vorgehensweise anwenden, da sich die Verfasserin durch die ersten Fragen der Umfrage (“How many hours per week do you work for *HLS*? How long have you been working for *HLS*?”) vergewissert hat, ob das Unternehmen angemessene Arbeitsbedingungen und -standards für ihre Ferndolmetscher:innen anbietet, und daher voraussetzt, dass diese als

standardisierten Arbeitsbedingungen bei anderen Sprachvermittlungsunternehmen vorzufinden sind.

Ein weiteres Element, das sich in den Interviewbefragungen herauskristallisierte, bestand darin, dass zwei von fünf Dolmetscher:innen angaben, dass sie sich sehr für Medizin interessierten. B4 erklärt:

I think I especially love medicine. So, for me in a second life, I would like to be a doctor, I think that it's amazing. I don't know if I have the head and the heart to do certain things, but I really like it. It is not necessarily the case that every interpreter who works in this field also loves medicine. So, in those terms. I really admire them (the doctors), and therefore I think that: first, I would benefit from them, from their knowledge and everything. But yes, especially with vocabulary, in terms of getting to know what a day in the life of a doctor is or what is a day in a nurse's life.” (Interviewbefragung 4: 21)

Daraus ergab sich eine weitere interessante Perspektive, nämlich die Fragestellung, wie wichtig es für die Dolmetscher:innen ist, sich in die Thematik einzuarbeiten, was in der quantitativen Umfrage gar nicht erforscht wurde, aber von großer Bedeutung ist. B1 beispielsweise gibt sogar an, dass er/sie sein/ihr Medizinstudium abgeschlossen hat, bevor er/sie zum:r Dolmetscher:in wurde: “[...] Because I was a medical student, and I did my high school in the medical field. So, I was already good at building, (you know), (kind of) medical knowledge and terminology.”

Wie Van de Walle et al. (2022) behaupten, spielt ein solcher Aspekt eine grundlegende Rolle für Dolmetscher:innen, die im Gesundheitswesen tätig sind, da es sich um ein Bereich handelt, in dem vieles vorkommen kann: Von psychischen Störungen bis hin zu gynäkologischen Untersuchungen kann man hier alle Arten und Formen von Untersuchungen antreffen. Dolmetscher:innen müssen nicht nur die “Ausrüstung” ihrer Aus- oder Weiterbildung für solche Aufträge mitbringen, sondern auch die eigene Empathie, das eigene Mitgefühl (besonders wenn sie als Ferndolmetscher:innen arbeiten), und die Fähigkeit, immer ruhig und besonnen zu bleiben, unbeachtet dessen, was gerade bei der Untersuchung oder bei dem Gespräch vor sich geht. Hierbei ist auch eine gewisse Leidenschaft für das Thema seitens der Dolmetscher:innen gefragt.

Das interessanteste Ergebnis der Interviewbefragungen geht auf die Hauptfrage zurück, und zwar die Frage Nummer acht: “Have you already struggled to understand the doctors or the medical staff’s expectations towards you? If yes, describe, which were the discrepancies between your perception and their perception of your role?” Überraschenderweise gaben drei

der Dolmetscher:innen sogar an, dass sie die Kommunikation mit den Ärzt:innen nicht als anstrengend empfinden. B3 stellte sogar fest, dass sich die Ärzt:innen immer als sehr offen erwiesen haben, Begriffe und Terminologie zu erklären:

No, I would say no, and as my response will be more positive than expected, because one person might think that the doctor takes for granted that the interpreter knows the terminology or the aspects concerning a pathology. But in my experience, the doctor always tried to explain what the terminology was about. And I was like: "Yes, I know it. You don't have to explain it. I already knew about it." I always found very nice and understanding people.
(Interviewbefragung 3: 14)

B4 hingegen gibt an, dass sie:er sich schwerer getan hat, mit Sozialarbeiter:innen und mit Physiotherapeut:innen zu arbeiten:

No, not at all. I mean, to be honest, (...) it happened to me in governmental agencies or something of this sort, but not in the medical field. The only moment in which I felt that, was in some times when they were face to face with the patients: (...) especially with physical therapy, (you know) that it's everything like "Up and down and move and do this and do that". (...) There are a lot of doctors that say: "Well, here I have X and she has this problem, can you translate for me?" and they give you some kind of context, and I really appreciate that. (...) There are some people being like: „Hello!" and then they just start. (Interviewbefragung 4: 17)

B4 gibt auf jedem Fall zu, dass sie auch ungeschulte Mitarbeiter:innen unter dem Fachpersonal erkannt hat, sie aber bezieht sich auf Krankenschwestern und -pfleger, die sich in einer gewissen Stresssituation befanden:

I mean they don't really know. Sometimes I feel like they think that we are robots and that we can understand everything and see everything, and we are just countries away from them. And sometimes we're not able to understand the situation. (...) It happened to me like two weeks ago, as I perceived that this member of the medical staff didn't know exactly my role and there was a woman about to give birth. But at the very beginning I couldn't hear her. Well, she was in a lot of pain, but I never knew that she was in that situation. (...) If the briefing would have been: „Hello, interpreter. Here I have a woman in labour, I need your help." That would have clarified a lot of things (...) But if there is a case in which I really think that they don't know exactly our role, is when they assume that we can just be robots and understand everything, when we are over the phone interpreters and there are lots of things that we lose.

(Interviewbefragung 4: 31)

Noch interessanter ist die Bemerkung von B5, der:die behauptet, dass das, was er:sie am schwierigsten gefunden darin bestand, mit den LEP Patient:innen zu kommunizieren:

In my experience, the most difficult part was the LEP interaction. The doctors, they just know what my role is. But the LEPs, the nurses, the other staff (...) it would be super interesting, (like) to train the doctors on how to(...) how to help the LEP to interact with the interpreter. When I was working with Language Line Solutions, the doctors, the facilities, they were also familiar with working with interpreters, you know, whereas communicating with the LEPs was more complicated. (...) And I think that in this kind of interaction, the authority figure is the doctor. So the interpreter will benefit a lot if the doctor kind of 'protects' him from the LEP, you know, by describing hers/his role, and something like that. (Interviewbefragung 5: 18)

Dies zeigt, dass die Dolmetscher:innen, obwohl sie die Notwendigkeit und Nützlichkeit von gemeinsamen Modulen mit Medizinstudent:innen durchaus erkennen, das Hindernis in ihrer triadischen Kommunikation eher bei den Patient:innen, bei dem Pflegepersonal oder bei Mitarbeiter:innen anderer Bereiche, die nicht in den Pflegebereich fallen (zum Beispiel Sozialarbeiter:innen), liegt.

Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da schon Sultanić die Nützlichkeit der praxisorientierten Module und der gemeinsamen Übungen thematisiert (vgl. Sultanić 2018: 96).

Wie bereits bei der Befragung festgestellt wurde, scheinen sich die für die qualitative und quantitative Datenerhebung berücksichtigten Dolmetscher:innen bewusst zu sein, dass ihre Schwierigkeiten bei der traditionellen Kommunikation nicht nur auf die Ärzt:innen, sondern auch auf die Patient:innen oder andere Krankenhausmitarbeiter:innen (Triage-Krankenpfleger:innen, Sozialarbeiter:innen, Sachbearbeiter:innen, Entlassungsmanager:innen) zurückzuführen sind. Dieses Ergebnis entspricht dem, was Sultanić (2018: 122) behauptet, und zwar dass:

Obtaining information regarding interpreter readiness from different stakeholders, such as medical providers, patients, and interpreter trainers, would also help paint a more complete picture with respect to medical interpreter training and interpreter readiness. (...) would also help paint a more complete picture with respect to medical interpreter training and interpreter readiness. This, however, would require additional training of providers and patients on what constitutes readiness in order for them to be able to provide their own assessment. (Sultanić 2018: 122)

Eine andere Erweiterung der Forschung in Zukunft könnte darin bestehen, herauszufinden, ob bei der Ausbildung von (Fach-)Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen dem möglichen Einsatz von Dolmetschern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als bei der Ausbildung anderer Krankenhausmitarbeiter:innen, wie zum Beispiel Krankenpfleger:innen. Hierbei müsste natürlich ein Unterschied zwischen den einzelnen Ländern und Kontinenten berücksichtigt werden.

Diese Perspektiven haben die Datenerhebung bereichert und ermöglichen die Vision und den Vorschlag, die in dieser Arbeit dargelegt wurden, durch weitere Aspekte zu ergänzen: Die Module und die Zusammenarbeit zwischen Medizinstudent:innen und Dolmetscherstudent:innen sollten sich nicht nur auf den Erwerb von Terminologie und auf das Wissen über sämtliche Abläufe in einem Krankenhaus beschränken, sondern auch einen Schwerpunkt auf die erfolgreiche Kommunikation mit den Patient:innen legen, sowie auf die Erarbeitung von Strategien Maßnahmen oder auf gemeinsamen Aktionsplänen, falls die Kommunikation mit den Patient:innen sich komplizierter als erwartet erweist.

Solche Maßnahmen könnten in erster Linie das Vertrauen in den Sinn für Zusammenarbeit und Gleichstellung zwischen Ärzt:innen und Dolmetscher:innen erhöhen, was auch schon von Sultanić (2018: 96) vorgeschlagen wurde: Beide Berufsgruppen wären sich nicht nur ihrer Rollen bewusster, sondern sie wären auch bereits darauf sensibilisiert, bestimmte Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Dolmetscher:innen zu erkennen und zu begreifen. Sie würden beispielsweise nicht zulassen, dass die Patient:innen sich während der Wiedergabe der Dolmetscher:innen selbst zu Wort melden, oder aber verlangen, dass die Dolmetscher:innen immer alles wiedergeben, was die Ärzt:innen gesagt haben, auch wenn die Patient:innen behaupten, sie hätten bereits verstanden. Einige Maßnahmen und Aktionspläne, die in der Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher:innen und Ärzt:innen angenommen werden könnten, könnten während des sogenannten “Briefings” oder “Pre-Events” besprochen werden, was genauso wichtig wie das Feedback oder auch das “Post-Event” ist, bei dem sich die Dolmetscher:innen mit den Ärzt:innen über das Gespräch, das sie gerade hatten, austauschen können. Leider fallen Maßnahmen nicht unter die Erfahrungen der Dolmetscher:innen, die bei der Umfrage einbezogen wurden (nur 22 % der Dolmetscher:innen hatten die Möglichkeit, “Briefings” oder “Post-Events” mit dem Fachpersonal zu haben).

Das Bewusstsein über die Rolle der Dolmetscher:innen in jeglichem Bereich lässt sich sicherlich nicht einfach schaffen und verbreiten, aber man kann davon ausgehen, dass selbst

Patient:innen, die aus bildungsfernen Schichten kommen oder über geringen Kenntnisse über Sprachvermittlung verfügen, wenn sie vor einem Arztbesuch richtig über den Einsatz von Dolmetscher:innen informiert werden, viel besser an der triadischen Kommunikation teilnehmen können. Wenn Patient:innen aufgrund von mangelnden Kenntnissen über die Rolle der Dolmetscher:innen, sowie aufgrund von Hörproblemen, kognitiver Störungen, oder aufgrund starker Schmerzen deutliche Schwierigkeiten bei der Interaktion aufweisen, können sich Aktionspläne und Maßnahmen als ein wertvolles Hilfsmittel erweisen, um auf solche Barrieren zu reagieren und sie zu bewältigen. Solche Maßnahmen und Strategien können im Rahmen der vorgeschlagenen gemeinsamen Übungen von Medizin- und Dolmetschstudent:innen entwickelt werden.

Jedoch bestehen noch Hindernisse bei der Implementierung solcher Programme sowie bei der Forschung und Datenerhebung. Diese Hindernisse und Herausforderungen werden im folgenden Unterkapitel angesprochen.

7 Fazit

Aus dieser vorliegenden Arbeit, die einen theoretische Übersicht über die Kollaboration zwischen den Fachbereichen Medizin und Translation im Rahmen der Ausbildung ihrer jeweiligen Fachkräfte, geben soll, ergeben sich diverse Vorschläge zum Umgang mit diesem immer größer und wichtiger werdenden Berufsfeld, und zwar der des (Fern-)Dolmetschens im Gesundheitswesen.

Die sich daraus ergebenden Vorschläge fokussieren sich nicht nur auf die Ausbildung der Dolmetscher:innen im Dialogdolmetschen und im Gesundheitswesen, sondern auch auf Lösungen und Maßnahmen, um die Zusammenarbeit zwischen Dolmetscher:innen und Fachkräften des Gesundheitswesens zu ermöglichen oder zu verbessern, sodass auf beiden Seiten ein erhöhtes professionelles Bewusstsein und eine effizientere Kollaboration entstehen können.

Um diese triadische Kommunikation zwischen Fachpersonal, Patient:innen und Dolmetscher:innen zu ermöglichen, ist jedoch nicht nur die Beteiligung und das Bewusstsein des Gesundheitspersonals bezüglich der Rolle der Dolmetscher:innen erforderlich, sondern auch das Bewusstsein des ganzen Gesundheitspersonals, der Patient:innen, der Familienangehörigen und von denjenigen, die aktiv an der Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen beteiligt sind. Gleichzeitig benötigen die Dolmetscher:innen ein erhöhtes Bewusstsein für die Rolle der Fachkräfte und über die typischen Abläufe eines Krankenhauses. Es kann durchaus möglich sein, die Gesamtheit dieser Aspekte im Rahmen gemeinsamer Übungen und Ausbildungsmodule zwischen Medizin- und Dolmetschstudent:innen einbezogen werden können, da auch die Hindernisse bei der Implementierung solcher Module (wie zum Beispiel die Datenschutzregelungen innerhalb eines Krankenhauses) durch Partnerschaften zwischen Dolmetsch- und Medizinuniversitäten sowie Gesundheitszentren oder sogar durch das Dolmetschen in virtueller Realität geregelt werden können (vgl. Sultanić 2018: 117).

Obwohl viele Vorschläge und Vorstellungen in der vorliegenden Masterarbeit zukunftsorientiert sind, war die Wahl der Literatur darauf ausgerichtet, zu zeigen, dass viele Hochschulen in verschiedenen Ländern bereits konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsangebote für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen ergriffen haben, und als Vorbilder betrachtet werden können.

Allein in den USA kann man eine Reihe von Studiengängen finden, die Abschlüsse oder Zertifikate im Bereich des Dolmetschens mit Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen anbieten. Leider bieten nur manche davon den Dolmetschabsolvent:innen eine Anwendung des Gelernten vor Ort, in Form eines Praktikums oder einer Hospitation erfahrener Dolmetscher:innen an.

Die einzigen Hochschulprogramme in den USA, die sowohl Zertifikats- als auch Diplomstudiengänge für Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen anbieten, und auch Möglichkeiten zur Einübung vor Ort anbieten, sind unter anderem das City College of San Francisco, CA; das Bunker Hill Community College im Großraum Boston Greater Boston Area, MA; die Boston University, die University of Massachusetts Medical School (UMASS), das Cape Cod Community College, das Berkeley City College, das Middlebury, Institute of International Studies in Monterey, die UCLA Health, das Reedley College, die University of Memphis, das Madison Area Technical College und das Estrella Mountain Community College.

Durch eine Analyse der Websites und der Lehrpläne wurden folgende Programme identifiziert, die Module vor Ort anbieten: Das City College of San Francisco organisiert ein 45-stündiges Dolmetschpraktikum, bei welchem die Student:innen an einem der folgenden Standorte eingesetzt werden können: Kaiser Permanente - San Francisco, Oakland, Richmond, Santa Rosa, San Francisco General Hospital, Alameda County Medical Center, Highland Hospital, Newcomer Health Program, SFDPH, Saint Francis Memorial Hospital, und Stanford Medical Center. Aus der Analyse der Webseiten dieser Hochschulen kann ein weiteres Problem erkannt werden, und zwar, dass im Rahmen der Dolmetscherausbildung die kontextuelle Kompetenz eines vor-Ort-Praktikums noch immer kein obligatorischer Bestandteil ist, beziehungsweise stellt sie noch keine zentrale Voraussetzung dar. Diese Programme sind jedoch ein Schritt in die richtige Richtung und ein Zeichen dafür, dass Ausbildungsprogramme die Wichtigkeit von Praktika und berufsbegleitender Weiterbildungen für Dolmetscher:innen anerkennen.

Zusammen mit den aus dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse und den daraus folgenden Erwägungen und Anregungen können die oben erwähnten Programme als ein Vorbild für neue Ausbildungsprogramme und Module angesehen werden und neue Forschungsfragen für Abschlussarbeiten bieten.

8 Literatur

- Amato, Amalia; Spinolo, Nicoletta; González, Rodríguez; María, Jesús (2018). *Handbook of Remote Interpreting – SHIFT in Orality Erasmus+ project*. AMSActa Institutional Research Repository. amsacta.unibo.it/5955/ (Stand: 11.07.2022).
- Angelelli, Claudia (2001). Designing Curriculum for Healthcare Interpreting Education: A Principles Approach. In: Roy, Cynthia B. (Hg.) *New Approaches to Interpreter Education*. Washington, D.C: Gallaudet University Press, 23–43.
- Angelelli, Claudia (2004). *Revisiting the Interpreter's Role: a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Angelelli, Claudia; Jacobson, Holly (2009). *Testing and Assessment in Translation and Interpreting Studies: A Call for Dialogue between Research and Practice*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.
- Angelelli, Claudia (2014). Interpreting in the Healthcare Setting: access in crosslinguistic communication. In: Hamilton, Heidi E.; Chou, Sylvia Wen-ying (Hg.) *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Hoboken, NJ: Taylor & Francis, 573–585.
- Angelelli, Claudia; Washbourne, Kelly (2019). *Healthcare Interpreting Explained*. London: Routledge. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9781315310978> (Stand: 10.10.2022)
- Atkins, Sara; Roberts, Celia; Hawthorne, Kamilla; Greenhalgh, Trisha (2016). Simulated Consultations: A Sociolinguistic Perspective. *BMC medical education* 16 (1), 16–17. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0535-2> (Stand: 11.08.2022).
- Davitti, Elena; Pasquandrea, Sergio (2017). Embodied participation: What multimodal analysis can tell us about interpreter-mediated encounters in pedagogical settings. *Journal of Pragmatics* 107 (1), 105–128. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2016.04.008> (Stand: 05.08.2022).
- Davitti, Elena; Braun, Sabine (2020). Analysing interactional phenomena in video remote interpreting in collaborative settings: implications for interpreter education. *The Interpreter and Translator Trainer*. ABINGDON: Routledge. 14 (3), 279–302. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2020.1800364> (Stand: 05.08.2022).

Diamond, Lisa; Schenker, Yael; Curry, Leslie; Bradley, Elizabeth H.; Fernandez, Alicia (2012). Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine*. New York: Springer-Verlag 24 (2), 256–262. 10.1007/s11606-008-0875-7 (Stand: 05.08.2022).

Diaz, Jennifer E. L.; Ekasumara, Nydia; Menon, Nikhil R.; Homan, Edwin; Rajarajan, Prashanth; Zamudio, Andrés Ramírez; Kim, Annie J.; Gruener, Jason; Poliandro, Edward; Thomas, David C.; Meah, Yasmin S.; Soriano, Rainier P. (2016). Interpreter training for medical students: pilot implementation and assessment in a student-run clinic. *BMC Medical Education* 16 (1), 1–7. doi: 10.1186/s12909-016-0760-8 (Stand: 10.10.2022).

Downing T., Bruce (2021). Community/liaison interpreting in healthcare settings. In: Şebnem, Susam-Saraeva; Spišiaková, Eva (Hg.) *The Routledge Handbook for Interpreting in Healthcare*. Abingdon Oxon New York NY: The Routledge Handbooks, 165–183.

Ertl, Anita; Pöllabauer, Sonja (2010). Training (Medical) Interpreters - the Key to Good Practice. MedInt: A Joint European Training Perspective. *The Journal of specialised Translation* 14 (1), 165–193. https://www.jostrans.org/issue14/art_ertl.pdf (Stand: 05.08.2022).

González-Rodríguez, María Jesús; Spinolo, Nicoletta (2017). Telephone Dialogue Interpreting: A short teaching Course. In: Cirillo, Letizia; Niemants, Natacha (Hg.). *Teaching Dialogue Interpreting. Research-based Proposals for Higher Education*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 241–258. <https://doi.org/10.1075/btl.138.12gon> (Stand: 05.08.2022).

Hagemann, Susanne (2006). Studien – und Berufswege im Übersetzen und Dolmetschen. In: Krüger, Ralph; Reichmann, Tinka; Wienen, Ursula (Hg.) *Lebende Sprachen*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. Vol. 51 (1), 13–21. http://www.fask.unimainz.de/user/hagemann/berufswege_projektbericht.pdf (Stand: 29.06.2022).

Havelka, Ivana; Stachl-Peier, Ursula; Agabani, Anna; Leet-Schutti, Sonja; Redl Katharina (2020). Remote Interpreting über Video und Telefon beim Dialogdolmetschen. In: UNIVERSITAS Austria (Hg.). *Mitteilungsblatt* 4/20. Wien: UNIVERSITAS Austria, Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen, 10–12.

Havelka, Ivana (2018). *Videodolmetschen im Gesundheitswesen: Dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme.

Hlavac, Jim (2013). Should Interpreters Be Trained and Tested in Telephone and Video-Link Interpreting? Responses from Practitioners and Examiners. *International Journal of*

Interpreter Education 5, 34–50.
https://www.researchgate.net/publication/281086604_Should_interpreters_be_trained_and_tested_in_telephone_and_video-link_interpreting_Responses_from_practitioners_and_examiners (Stand: 10.10.2022).

Hsieh, Elanie (2010). Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education and Counseling* 78 (2), 154–159. 10.1016/j.pec.2009.02.017 (Stand: 29.06.2022).

Kinsella, Elizabeth Anne; Pitman, Allan (2012). Engaging Phronesis in Professional Practice and Education. *Phronesis as a Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Professions*. Rotterdam: Sense Publishers, 1–11. 10.1007/978-94-6091-731-8 (Stand: 29.06.2022).

Korak, Christina (2010). *Remote Interpreting via Skype: Anwendungsmöglichkeiten von VoIP-Software im Bereich Community Interpreting - Communicate everywhere?* Diplomarbeit, Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz.

Krystallidou, Demi; Van De Walle, Céline; Deveugele, Myriam; Dougali, Evangelia; Mertens, Fien; Truwant, Amélie; Van Praet, Ellen; Pype, Peter (2018). Training “doctor-minded” interpreters and “interpreter-minded” doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpreting: international journal of research and practice in interpreting*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co. 20 (1), 126–144. <https://doi.org/10.1075/intp.00005.kry>. (Stand: 10.10.2022).

Lachman, Vicki D. (2008). Patient safety: the ethical imperative. *Dermatologic Nurs* 20 (20), 134–136.

Lee-Jahnke, Hannelore (2004). Le défi de la formation des traducteurs. *FORUM. International Journal of Interpretation and Translation* 2, 59–103. <https://doi.org/10.1075/forum.2.1.06lee> (Stand: 05.08.2022).

Major, George; Napier, Jemina; Stubbe, Maria (2012). What happens truly and not in textbook! Using authentic interactions in discourse training for healthcare interpreters. In: Swabey, Laurie A.; Malcolm, Karen (Hg.). *In Hour Hands: Educating healthcare interpreters*. Washington DC: Gallaudet University Press.

Marion, Gail S; Hildebrandt, Carol A; Davis, Stephen W; Marín, Antonio J. ; Crandall, Sonia J (2008). Working effectively with interpreters: A model curriculum for physician assistant students. *Medical Teacher*. LONDON: Informa UK Ltd. 30 (6), 612–617. doi: 10.1080/01421590801986539 (Stand: 10.10.2022).

- Moreno, Gerardo; Walker, Kara Odom; Morales, Leo S.; Grumbach, Kevin (2011). Do physicians with self-reported non-English fluency practice in linguistically disadvantaged communities? *Journal of General Internal Medicine* 26 (5). doi: 10.1007/s11606-010-1584-6. (Stand 07.07.2022).
- Ono, Naoko; Kiuchi, Takahiro; Ishikawa, Hirono (2013). *Development and pilot testing of a novel education method for training medical interpreters*. Ireland: Elsevier Ireland Ltd.
- Ozolinis, Uldis (2011). Telephone Interpreting: Understanding Practice and Identifying Research Needs. *Translation and Interpreting*. Sydney: University of Western Sydney 3 (2), 33–47. link.gale.com/apps/doc/A289723064/AONE?u=43wien&sid=bookmark-AONE&xid=3bd14567 (Stand 08.08.2022).
- Pöchhacker, Franz (2016). *Introducing Interpreting Studies, second edition*. New York: Routledge.
- Pöllabauer, Sonja; Bergunde, Annika; Grießner, Florika.; Sourdille, Anna. unter Mitarbeit von Bahadır-Berzig, Sebnem; Behr, Martina; Bodo, Ana-Maria; Feyrer, Cornelia; Grbić, Nadja; Hagenlocher, Lilian; Kadrić, Mira; Oberhofer, Maria; Redl, Katarina; Stachl-Peier, Ursula (2021). *Übersichtsdarstellung über Qualifizierungs- und Sensibilisierungsiniciativen im Bereich Dialogdolmetschen in Österreich (2001–2021)*. doi.org/10.25365/phaidra.297 (Stand: 08.08.2022).
- ReACTMe (2021). Project Description. <http://reactme.net/events/list> (Stand: 10.10.2022).
- Rodriguez, Fatima; Cohen, Amy; Betancourt, Joseph R.; Green Alexander R. (2011). Evaluation of medical student self-rated preparedness to care for limited English proficiency patients. *BMC Medical Education* 11 (1), 1–8. 10.1186/1472-6920-11-26 (Stand: 08.08.2022).
- Schmitz, Klaus-Dirk (2003). 10 Thesen zur Bachelor- und Master-Ausbildung im Bereich Translation. *Lebende Sprachen* 51 (1), 1–5, doi.org/10.1515/LES.2006.2 (Stand: 08.08.2022).
- Skaaden, Hanne (2016). Professionalization and trust in public sector interpreting. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication* 5, 56–66. <https://doi.org/10.12681/ijltic.10654> (Stand: 29.06.2022).
- Spinolo, Nicoletta; Bertozzi, Michela; Russo, Mariachiara (2018). Shaping the Interpreters of the Future and of Today: Preliminary results of the SHIFT Project. *The Interpreters'*

Newsletter 23 (1), 45-61, <http://hdl.handle.net/10077/22398> (zuletzt abgerufen am 23.10.2022).

Squires, Allison; Peng, Timothy R.; Barrón-Vaya, Yolanda; Feldman, Penny (2017). An Exploratory Analysis of Patient-Provider Language-Concordant Home Health Care Visit Patterns. *Home Health Care Management & Practice* 29 (3), 161–167. DOI:10.1177/1084822317696706 (Stand: 25.05.2022).

Sultanić, Indira (2018). *Medical Interpreter Training and Interpreter Readiness for the Hospital Environment*. PhD Dissertation of Philosophy. Kent State University.

Tribe, Rachel; Thompson, Kate (2022). *Working with Interpreters in Mental Health*. London: Taylor & Francis doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202e.

Valero-Garcés, Carmen; Martin, Anne (2008). Hospital interpreting practice in the classroom and the workplace. In: Valero-Garcés, Carmen; Martin, Anne (Hg.). *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 166–185.

Van De Walle, Celine; De Wilde, July; Van Praet, Ellen (2022). Involving foreign language speaking simulated patients in medical interpreter training: A qualitative study. Translation & Interpreting. *The international journal of translation and interpreting research* 14 (1), 25–41. DOI: 10.12807/ti.114201.2022.a02 (Stand: 05.08.2022).

Vargas Pelaez, Alvaro F.; Ramirez, Sarah I.; Valdes Sanchez, Chavely; Piedra Abusharar, Shady; Romeu, Jose C.; Carmichael, Connor; Bascoy, Soraya; Baron, Rose; Pichardo-Lowden, Ariana; Albarracin, Nathalia; Jones, Claire C.; Silveyra, Patricia (2018). Implementing a medical student interpreter training program as a strategy to developing humanism. *BMC Medical Education* 18. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1254-7> (Stand: 10.10. 2022).

Wasserman, Melanie; R. Renfrew, Megan; Green, Alexander R.; Lenny Lopez, Tan-McGrory, Aswita; Brach, Cindy; Betancourt, Joseph R. (2014). Identifying and Preventing Medical Errors in Patients with Limited English Proficiency: Key Findings and Tools for the Field. *Journal for Healthcare Quality* 36 (3), 5–16. <https://doi.org/10.1111/jhq.12065> (Stand: 27.06.2022).

Westermeyer, Joseph (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 178 (12), 745–749. <https://doi.org/10.1097/00005053-199012000-00003> (Stand: 10.05.2022).

Youdelman, Mara (2013). The Development of Certification for Healthcare Interpreters in the United States. *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 5 (1), 114–26.

Anhang

ANHANG 1: UMFRAGE MITTELS GOOGLE FORMS

Quantitative Umfrage: Educational Background

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/1fQEFKdivXj5ST30b0dDwJJ>

Quantitative Umfrage: Educational Background

* Erforderlich

1. E-Mail-Adresse *

2. Have you been studying interpreting on a higher educational level?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

☐ Sonstiges: _____

3. • How long have you been working for HLS?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ more than one year

☐ less than one year

4. How many hours per week you work for HLS?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ more than 30 hours per week

☐ less than 30 hours per week

5. Were you asked to present any certifications?

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ YES
☐ NO

6. Have you joined professional training to become an interpreter for this company?

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ YES
☐ NO

7. Have you received any training to be an interpreter in healthcare?

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ YES
☐ NO

8. For how long have you been working in healthcare?

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ More than 2 years
☐ Less than 2 years

9. Do you have a general knowledge of the healthcare procedures thanks to your job or your education?

Markieren Sie nur ein Oval.

- ☐ YES
☐ NO

10. During your studies/training, were you ever given the opportunity to exercise your knowledge on the topic with some real medical stuff or with some student from the university of medicine?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

11. Have you ever confronted yourself before a call with a doctor (briefing)? *

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

12. Have you ever confronted yourself on the medical interpretation with the medical personnel/doctor after the interpretation? (post-event)

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

13. Have you ever had a hard time communicating with the LEP patient?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

14. Have you ever had hard time communicating with the patient due to cultural reasons?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

15. Have you ever had troubles communicating with the patient because of lack of trust?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

16. Have you ever had hard time communicating with the doctor/medical personnel because of lack of trust on their side?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

17. Do you ever feel that there are topics and medical conversations you could master much better, if you were given more background and preparation during your education?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

18. Do you ever feel that the doctor/patient is completely unaware of your role and their expectations are completely wrong?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

19. Have you ever had discrepancies/ hard time in communicating with the medical staff?

Markieren Sie nur ein Oval.

☐ YES

☐ NO

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google

ANHANG 2: INTERVIEW B1

- 1 00:05: I: So, the first question is: which languages do you use as an interpreter?

- 2 00:12: B1: I'm a multilingual interpreter. So, I interpret in four languages, including: Pashto, Urdu, Hindi, and Punjabi. So, from all these languages to English and from English to all these languages.

- 3 00:26: I: Perfect. And were there any certifications you were asked for, in order to join the company Homeland Language Services? And in case of yes, which were the certifications?

- 4 00:45: B1: Almost all companies ask for at least 40- or 60-hours medical interpretation training certification. So (yeah) they did ask me that and I already had gotten my certification from Wise Global. So, I was having that one with me from before.

- 5 1:05: I: Perfect. And have you already interpreted before without being asked for any certification? And if yes, in which field?

- 6 1:17: B1: I did. I did. (laughs) In medical. Because I was a medical student, and I completed my degree in the medical field. So, I was already good at building (you know, kind of) medical knowledge and terminology. So, I did, specifically in medical, and afterwards, when I joined Weiss global, they were having their programmes for 60 hours medical interpretation training. So, I attended all those classes, and then I got the certification as well.

- 7 1:47: I: Very interesting. Thank you. So, Homeland Language Services provided you with an introductory training in order to be able to interpret, or (...) to interpret remotely or (you know) to interpret in healthcare?

- 8 2:05: B1: No, they did some basic protocol training specifically for their portal. But as I was already like a trained interpreter, so (...) when they interviewed me, they said: "Do you need any extra training?" So, you can just go without that.
- 9 2:28: I: Perfect. Very nice. I'm curious to see if this is going to be very different among all of the interpreters. And have you received any training to be a medical or a remote interpreter on an academic level? Or on a vocational level?
- 10 2:50: B1: It was like (...) professional level, (like no, you know) not on an educational level.
- 11 2:56: I: All right. Okay.
- 12 3:31: B1: I had my high school in the medical field, you know, like, (...) before joining the medical college, it was (like) a two-year programme. So, I studied biology, zoology, botanics, human anatomy and stuff like that. (So) I was having a lot of medical subjects and it taught me a lot of (...) knowledge, terminology, and some clinical (you know) acronyms. I was well aware of those. So, (...) but my certification, what I'm holding right now, is (like) vocational. It's not educational.
- 13 4:06: I: All right. All right. And have you already struggled to understand the doctors or the medical staff's expectations towards you? If yes, describe, which were the discrepancies between you, (...) or your perception, (...) and their perception of your role?
- 14 4:58: B1: Yeah. Sometimes, (...) sometimes yes. Because (you know) most of the providers, doctors, and nurses, they know how to (like) deal with the interpreter. But sometimes, if someone is new in that field, (so) they don't know (you know). So, as far as being an interpreter, we need the provider to speak in clear sentences, and try his best to (kind of) go simple, so that we can interpret everything clearly. So,

sometimes, if that provider doesn't know about that protocol, so they go with long sentences and (kind of) very technical and critical (you know) like terminologies and acronyms, so (...) then we ask (like) “please”, (like, kind of) “go down and (you know) explain it to us and elaborate that stuff” (you know) and sometimes we say (like) “if you could (like) speak in shorter sentences”, so it does happen. (Yeah) most of the time it happens.

- 15 5:13: I: All right. Do you feel that a joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's roles?
- 16 5:58: B1: Exactly! I think so. (laughs) Because yeah, exactly! Because we both are working on the same case matter (you know): doctors, medical students, and interpreters. (Like) they both are working on the same case matter. The ultimate end, or the aim, is to create understanding between each other, all the three members of personnel. So, if they are (like) all trained together, they have the same knowledge and information, they share that knowledge, so obviously, they won't make any kind of (like) mistake, and they won't be going through struggles to understand each other.
- 17 6:13: I: And would you be interested in joint training with medical staff? Or with medicine students? And if yes, describe shortly how you would benefit from it?
- 18 6:58: B1: I think so. I am interested. But (somehow, like) as I have been interpreting for about two and a half years, I might have a lot of knowledge related to medical understanding and interpretation. But, you know, that is not all. So, as being an interpreter, we have to be (kind of) students every day, we have to be (...), we have to keep this learning (...) mindset every day, we have to learn things every day, new things. So, I think I would need it (yeah). So, we have to (kind of) go through trainings, like personal trainings, and academic trainings, to increase our knowledge and our professionalism.

19 7:22: I: Thank you. Thank you so much. (All right) I'll stop the recording now.

ANHANG 3: INTERVIEW B2

- 1 00:00: I: I'll start with the first question. Which languages do you use as an interpreter?
- 2 00:08: B2: Sure, the languages which I use as an interpreter are Urdu and Punjabi.
- 3 00:17: I: Thank you. And were there any certifications you were asked by the company Homeland Language Services, in order to work for them? And if there were some, which ones were they?
- 4 00:32: B2: (Yeah) So, I was asked for the medical interpreter certificate, which is of 60 hours or 40 hours medical interpreting experience, so I was having the 60-hours certificate. So, I did give them and there's all what I have got from them, and also the English proficiency certificate. So, I gave them the Fset, which is equal to (you know) IELTS, or TOEFL. And the HIPAA certification was also demanded. So, I gave it also.
- 5 1:09: I: Very nice. Thank you. And have you already interpreted before without being asked for any certification? And, if yes, in which field?
- 6 1:30: B2: So, without certification, I worked for a local based interpretation company in our hometown. So, it is named One Language Services. So, for that company, I did work without any certification, after getting into that, I got my certifications and everything and I have got to know about the interpretation. So that is it.
- 7 1:59: I: Okay. And has Homeland Language Services provided you with introductory training in order to be able to interpret remotely? Or in healthcare?
- 8 2:14: B2: So, the introductory training was not given to me by Homeland, or (...) they asked me if I was to have training. So, I declined, because I was having that training

with Effective, I have got the training from Effective. So, that's why I declined, but they did offer me the training session.

9 2:34: I: Yeah. Perfect. And have you received training to be a medical or to be a remote interpreter? And if yes, was it on an academic level or on a vocational level (on a professional level)?

10 2:58: B2: So, it was on an academic level. Not on a professional level. At an academic level, I got a certification as a medical interpreter.

11 3:08: I: When I say vocational level, like vocational training, I mean a training, which is offered by companies as in the case of *HLS*, okay? And, with academical level I mean, other training, for example, yeah, private training or universities. So (...)

12 3:38: B2: That was a private one. That was a private one.

13 3:46: I: Okay. Thank you. (All right) perfect. And how long have you been studying interpreting for or how long did this training last for?

14 3:56: B2: So, this training lasted for about one month, at least. And as I did, I took a lot of time there. And as you asked for interpretation, and for how long it was. So, it is around one year and a few months: four to five months.

15 4:23: I: Wow. Okay. Very nice. Okay, these are going to be a bit more articulated. So, have you already struggled to understand the doctor's or the medical staff's expectations towards you? And if yes, describe which were the discrepancies between your perception and their perception of your role?

16 4:52: B2: So yes, I did get sometimes confused with the doctors because, obviously, they are using their medical protocols. And so, in those ones, some terminologies are,

(...) so they seem to be a little bit difficult. And we do have to ask them to elaborate to us what they are trying to say. So, that's what it is.

- 17 5:23: I: Yeah. Thank you. It's a very valid answer. And, during your studies or during your vocational training, were you ever given the opportunity to attend any joint training with medical staff? And if yes, would you provide a short description?
- 18 5:49: B2: Well, I was not given the training with the medical staff, but you know, through books and other reading material I found ways you can get the terms out, so we could understand the medical terminology that was provided to us: but no doctors or interaction with the doctors. We interacted during the calls. And during the working days, when we used to contact the doctors and interpret in their languages. So that's where we got the interaction, otherwise not in the training.
- 19 6:26: I: Very interesting, interesting. Okay, and do you feel that joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's roles?
- 20 6:49: B2: Yeah, that would be very good, as you can see that most of the interpretation is needed for medical purposes, and it is in order to deal with the medical situation. And in that way, I think that the interpreter can interpret more accurately to the doctor about what is the case with the patient. So, in that way, the doctor can also understand the interpreter perfectly, because, sometimes, what we do is (...) we only interpret what the patient is saying. So, in case of language barriers, what the patient is saying is not conveyed to the doctor, because of the sense of the sentences, which are often (...) they don't seem to be that correct, or they don't pursue what the patient is having and what (...) what is interpreted to the doctor. So, if there will be joint training, the interpreters and the doctors will almost be on the same page, and it will be easy for them to identify what the disease is or whatever the problem is with the patient.

- 21 8:02: I: Yeah, yeah. And last question is: would you be interested in joint training with medical staff or with medicine students and if yes, describe shortly, how would you benefit from it? What do you think?
- 22 9:05: B2: So, yeah, if I was given the opportunity to get training with medical students or the doctors, I will (...) I will be okay with it and it will enhance my medical knowledge, as well as (...) I will be more familiar with the medical situations and the things doctors used to see and patients and, you know, medical terminology will increase and my experience will also enhance, and I will get to know the patient as accurately as the doctor, despite the fact that I am the interpreter. That will be good.
- 23 10:07: I: Okay, thank you. Um, that's it. Okay, these were my questions, and I'm very, very satisfied with the answers I'm getting from the interpreters. I see that everyone is very enthusiastic about such an idea.

ANHANG 4 : INTERVIEW B3

- 1 00:00: I: The first question is, which languages do you use as an interpreter?
- 2 00:15: B3: As an interpreter I use Italian, English, German, Spanish. Yeah, that's it.
- 3 00:23: I: Okay. Thank you. And were there any certifications you were asked by the company Homeland Language Services? And, in case they were, which ones were they?
- 4 00:37: B3: I cannot remember the name. But they said: "If you keep working with us, you have to pay like 150 USD and you will get a medical interpreting certification." But I cannot remember the name.
- 5 00:51: I: Okay. No worries. Um, and have you already interpreted before without being asked for any certifications? And if yes, in which field?
- 6 1:05: B3: Yes, because I usually work as a freelance interpreter, mostly as a medical interpreter, in hospitals, but also for medical conferences as simultaneous interpreter, both in person and as a remote simultaneous interpreter.
- 7 1:26: I: Okay, and (...) has Homeland Language Services provided you with an introductory training, in order to be able to interpret remotely, or in order to be able to interpret in healthcare?
- 8 1:42: B3: Yes and no: I got a list, a glossary, from another company, which I also used to prepare my tests for Homeland. And it was very useful. It was very useful terminology. Well, I have got the glossary in English, and they had to translate it into my work in languages. As for Homeland, I got training in the very beginning, but it was mostly about using the software, not about interpreting remotely.

- 9 2:17: I: Oh, and have you received training to be a medical or to be a remote interpreter? Was it on an academical level or on a vocational level?
- 10 2:33: B3: Oh, no, not as in my professional field, not during my master's degree, but during my Bachelor: during my bachelor, I had many occasions when I had to interpret for medical purposes, it was dialogical interpretation, simultaneous interpretation, and consecutive interpretation.
- 11 2:59: I: Okay, perfect. And how long have you been studying interpreting for?
- 12 3:09: B3: Six years.
- 13 3:11: I: In total? Okay. So now there are the more articulated questions. So, have you already struggled to understand the doctors or the medical staff's expectations towards you? And if yes, describe which were the discrepancies between your perception and their perception of your role?
- 14 3:39: B3: No, I would say no, and as my response will be more positive than expected, because one person might think that the doctor takes for granted that the interpreter knows the terminology or the aspects concerning a pathology. But in my experience, the doctor always tried to explain what the terminology was about. And I was like: „Yes, I know it. You don't have to explain it. I already knew about it." I always found very nice and understanding people.
- 15 5:21: I: Interesting. And during your studies, or during your vocational training, were you given the opportunity to attend any joint training with medical staff? And if yes, could you please describe it briefly?
- 16 5:38: B3: No, never, never.

- 17 5:47: I: And do you feel that joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's role?
- 18 5:56: B3: That would be amazing. Yes, of course. (laughs)
- 19 6:01: I: And yeah, would you be interested in joint training with medical staff or with medicine students? And if yes, describe shortly, how would you benefit from it?
- 20 6:14: B3: But what role should I play?
- 21 6:18: I: Like, if you were obviously the interpreting student, how do you think that you could benefit from this training?
- 22 6:26: B3: It would be nice to see another interpreter in action and see how he or she goes with a dialogue, when he or she decides to use consecutive interpretation and when chuchotage, to see how he or she differs terminology when he or she talks to the doctor or to the patient. So, it would be very nice to see this scenario from outside.
- 23 7:00: I: Okay, yeah. Yeah. And well, B3, that was it. Thank you very much. So, I'll stop recording now.

ANHANG 5: INTERVIEW B4

- 1 00:00: I: So, the first question would be, which languages do you use as an interpreter?
- 2 00:10: B4: English and Spanish. Spanish is my mother tongue while English, well, is the second language.
- 3 00:17: I: Perfect. (Um), were there any certifications you were asked for from the company Homeland Language Services?
- 4 00:29: B4: No, no certification. I did have a certification from the previous company but not from Homeland.
- 5 00:34: I: They just took the test and they saw that I was stable, and I did have experience and everything but no, no official certification somehow.
- 6 00:45: B4: Okay, okay. I may ask you what, what was the certification of the previous company about?
- 7 00:51: B4: it really is like a certification, we did a one month, four-week training, in which we basically covered (I mean), it was like from 10am to, like five or have us, it's like the shift here, a little bit less one hour less. And we were trained on governmental agencies, medical stuff, and everything that had to do with Well, with all the insurance and medical insurances with car insurance. I mean, everything that we all list scenarios on different fields that we cover in interpretation, well, all of them, and we had kind of a trainer, you know, and we were like 10. So, it was a very personalised class in which we were all the time, we faced all the scenarios, and we had to interpret, and we saw lots and lots of vocabulary. We didn't have low salaries and everything, but I didn't have I don't know, I don't have what I know in the world of interpretation, and it is known as the medical or, or certified medical interpreter.

No, I don't have that. But I don't say that I don't have anything I do have that training. And, in university, I had a subject of interpreting, because if not, these would be impossible, basically. But I did have that kind of dream, but not a certificate per se. Just yeah.

- 8 2:17: I: Yeah. And plus, all your experience, you know, it's also some luggage. (Um), yeah, they said, the next question is probably a bit the same: has Homeland Language Services provided you with an introductory training to be able to interpret remotely or to interpret in healthcare?
- 9 2:40: B4: No, no, but I feel that was because, as I just said that, like, three weeks before the interview, I had the trainee. I know that they offer one. But I mean, they just told me that in case they saw that I needed them, they would go ahead and offer me that. But apparently, that was not necessary. And everything went well.
- 10 3:01: I: All right. That's good. Yeah, this is more about your background, and it is: Have you received training to be a medical or to be a remote interpreter? And if yes, was it on an academic level? Or was it on a vocational level? Vocational level means professional.
- 11 3:27: B4: Yeah, exactly. Well, let it's difficult to answer because, I tell you, from Homeland I didn't receive anything, any certification or any training or anything. But I am two subjects away right now from graduating as a sworn translator of English and Spanish. It's kind of a mixture between lawyer and translator. I did have many subjects that are related to this. That's why I'm really acquainted with the vocabulary here and everything. And I had only one subject on interpretation, which is kind of an introduction, just to show the students if he or she wants to go on that path and specialise on interpretation, but the training per se as an interpreter, I did it with SCF, the company SCF global, only there.

- 12 4:24: I: Okay, so you are in a translation university, you are doing a translation degree?
- 13 4:32: B4: Yes. But what I want to know is that the name of the degree is not "interpretation" as many other universities offer. It's just a sworn translation. I mean, I will be a sworn translator of English and Spanish and not an interpreter per se, there is a specialisation in the university, which I would have really liked to undertake because well, I realised in these five years of being at university that I love interpreting, much more than translation. So well, it's kind of difficult to say what training I do have, but it's something with all the mixture of knowledge from university and from the experience I had but not it is not an official certificate.
- 14 5:46: I: Okay. Okay. Yeah, you never know in life. (Um), I got lost. Ah yes: how long have you been studying interpreting for? Okay, let's say that this is valid for translating as well.
- 15 6:38: B4: Yes. Well, in that case, I mean, from the very moment that I started with all this whole word of English and Spanish and translation and interpreting and everything else: six years. I started my university degree in 2017. All right. Wow. And of course, I have learnt English since I was five years old.
- 16 7:32: I: Have you already struggled to understand the doctors or the medical staff's expectations towards you? And if yes, describe which were the discrepancies between your perception and their perception of your role? (Beim Bemerken, dass B4 sich schwer getan hat, die Frage zu verstehen, wiederholt die Interviewerin die Frage) Have you ever noticed that you were having troubles communicating with the doctors or with the healthcare personnel, because they were not aware of your role? They were not aware of what you were supposed to do?
- 17 8:45: B4: Okay, great. No, not at all. I mean, to be honest, no, the only thing that I can remember now is these situations in which, (...) it never happened to me, in the

medical field. I mean, it happened to me in governmental agencies or something of this sort, but not in the medical field. The only moment in which I felt that was in some times when they were face to face with the patients: well, when the patient is there in the in the in the doctor's room. And there are sometimes well, especially with physical therapy, you know, that it's everything like "up and down and move and do this and do that". They've never been rude to me or anything. It's not like they don't understand my role, or they don't acknowledge that I'm there, but sometimes I find it that they assume I think that one can understand them, like five metres away from the microphone, I mean, sometimes it's impossible to hear them or sometimes to understand the situation. There are a lot of doctors that say: "well, here I have X and she has this problem, can you translate for me?" and they give you some kind of context, and I really appreciate that. There are some people being like: „Hello!" and then they just start, I mean they don't really know. Sometimes I feel like they think that we are robots and that we can understand everything and see everything, and we are just countries away from them. And sometimes we're not able to understand the situation. Of course, in very specific cases, that I cannot even name right now. But these cases in which you need a little bit more context, they are not a common medical visit. It happened to me like two weeks ago, as I perceived that this doctor or member of the medical staff didn't know exactly my role and there was a woman about to give birth. But at the very beginning I couldn't hear her. Well, she was in a lot of pain, but I never knew that she was in that situation. I mean, if the briefing would have been: „Hello, interpreter. Here I have a woman in labour, I need your help." That will have clarified a lot of things, for the questions that she asked and well, a lot of stuff but I won't go deeper in that. But I think that in most of the cases no. But if there is a case in which I really think that they don't know exactly our role, is when they assume that we can just be robots and understand everything, when we are over the phone interpreters and there are lots of things that we lose.

- 18 11:39: I: The visual queue is just missing, that's also a reason (...) Okay, so next question. Do you feel the joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's role?

- 19 12:21: B4: Yeah, definitely. And, especially in terms of, like when you get to know the other's role, when you really get to know the difficulties that the other person has, you can sympathise with that person much more. I mean, I think that as I told you, not in the medical setting, because when I, if I ever had some situation, it was not in the medical field or in these medical calls, really. But I think that if I could also in my point of view, if I could get to know the difficulties that the other person in this case the doctor has, or the nurse has, or sometimes they are running out of time with the patients and with the visits, if I could understand and put just give me a few minutes to stand on their on their shoes, I think that probably that could help me as well have kind of another patience or other attitude towards them. So, I think that it's a two-way thing, you know, it's important for them to know, what are my difficulties? Or what are my feelings? Or what are the challenges that I have when interpreting and I think that I should also know, which are the difficulties of the reasons that sometimes they may do the things they do. So yes, I will be grateful for both.
- 20 13:40: I: Well, yeah, yeah, actually, the next question is asking: would you be interested in joint training with medical staff or with medical students? And if yes, would you describe shortly how you would benefit from it?
- 21 14:00: B4: I think I especially love medicine. So, for me in a second life, I would like to be a doctor, I think that it's amazing. I don't know if I have the head and the heart to do certain things, but I really like it. It is not necessarily the case that every interpreter who works in this field also loves medicine. So, in those terms. I really admire them, and therefore I think that: first, I would benefit from them, from their knowledge and everything. But yes, especially with vocabulary, in terms of getting to know what a day in the life of a doctor is or what is a day in a nurse's life. So yeah, I could benefit from vocabulary, from terminology, from really knowing the scenarios in which they go through every day, the situations the anecdotes that they may have, the differences because we are accustomed to all the time: the same things happening during a patient's visit or something, but I would like get to know also other situations, so that I am aware when I'm in those difficult calls and I don't understand what is the main objective of that call.

ANHANG 6 : INTERVIEW B5

1 I: So, I will start with the first question, which languages do you use as an interpreter?

2 B5: English and Portuguese, and my mother tongue is Italian.

3 I: Okay. Thank you. And were there any certifications you were asked for by the company Homeland Language Services in order to work with them? And if yes, which ones?

4 B5: Oh, well, I don't remember. But I have got a certification. I think it was the 40 hours' certification, I can check. And I will let you know if you need this information.

5 I: It's okay. All the other candidates also told me that it was this 40- or 60-hours certification proving some experience in the medical. Okay. And have you already interpreted before without being asked for any certification? And if yes, in which field?

6 B5: No, because when I was working with Language Line Solutions, I got the internal certification from this company. So, my answer is no, I suppose.

7 I: Yeah. Yeah. I think it's a no, you didn't have one. But you were provided with one afterwards. Yeah. And has Homeland Language Services provided you with an introductory training in order to be able to interpret remotely or in order to be able to interpret in healthcare?

8 B5: Yeah. Just a formal training.

9 I: For both of them?

- 10 B5: Yes.
- 11 I: Okay. Have you received training to be a medical or a remote interpreter? Was it on an academic level? Or on a vocational level?
- 12 B5: Like a professional? I don't know because I don't have an academic background in interpretation. I have no idea. I received one training from Language Line Solutions, which was three weeks long and contained both remote interpreting and healthcare interpreting subjects.
- 13 I: Oh, okay. It's okay. How long have you been studying interpreting for?
- 14 B5: I would say, including training and my own experience, like by myself: I would say three years.
- 15 I: And were you ever provided, during these training sessions, with the possibility of training together with medical staff?
- 16 B5: Never, never.
- 17 I: Have you already struggled to understand the doctors' or the medical staff's expectations towards you? And if yes, describe which were the discrepancies between your perception and their perception of your role? Like your perception of your role and their perception of your role? It's an articulated question, but it's the one that matters, I think.

- 18 B5: Okay. Let me think for just a second. Yes: because in my experience, the most difficult part was the LEP interaction. The doctors, they just know what my role is. But the LEPs, the nurse, the other staff, maybe yes.
- 19 I: Okay, so you would make a distinction between what, (like) how a nurse, for example, has been treating you, and how a doctor has been treating you? How patient (...) okay, that's also interesting. Wow. Do you feel the joint training for medical students and interpreters might change their understanding of each other's role?
- 20 B5: Of course, yes. I think it would be super beneficial, also for the patients. Yeah, maybe in my opinion, it would be super interesting, (like) to train the doctors to how to (um), I don't know, but maybe, how to help the LEP to interact with the interpreter.
- 21 I: Okay, so (yeah), so it would be, according to you, even more useful, not only (like) for doctors, to understand the interpreters' role, but also to understand how to integrate the interpreter in their communication with LEP and how to treat LEP basically?
- 22 B5: Both are fundamental, in my opinion. Because, I don't know, when I was working with Language Line Solutions, the doctors, the facilities, they were also familiar with working with interpreters, you know, whereas communicating with the LEP was more complicated. Yeah. And I think that in this kind of interaction, the authority figure is the doctor. So the interpreter will benefit a lot if the doctor kind of protects him from the LEP, you know, by describing hers/his role, and something like that.
- 23 I: Okay, thank you. Thank you. That's very interesting, actually. So yeah, the last question is, would you be interested in joint training with medical staff or with medicine students? And if yes, describe shortly how you would benefit from it?

24 B5: Of course, it would be wonderful for me, for my professional skills, to be part of this kind of training. Because we need a lot of training in medical terminology, all the time. So in that way, it would be wonderful.

25 I: Okay, and you think that these benefits you would receive from it is mostly because of terminology?

B5: In my opinion, yes.

26 I: Okay, cool. Perfect, then. I will stop recording now. Yeah, that was it.

Abstract (Deutsch)

Abstract (Deutsch)

Das Forschungsinteresse dieser Masterarbeit liegt darin, herauszufinden, ob die Notwendigkeit für Dolmetscher:innen besteht, im Rahmen ihrer theoretischen Ausbildung besser auf den praktischen Arbeitsalltag im Gesundheitswesen vorbereitet zu werden, beziehungsweise bereits während des Studiums mit Situationen aus dieser Praxis in Kontakt zu kommen. Dies betrifft vor allem praktische Situationen wie Rollenkonflikte, den Umgang mit terminologischer Unwissenheit, falschen Erwartungen seitens des Fachpersonals und die kulturellen Unterschiede zwischen Patient:innen und Ärzt:innen.

Die vorliegende Masterarbeit sieht die Multidisziplinarität (und zwar die Zusammenarbeit und das gemeinsame Training) von Dolmetsch- und Medizinstudent:innen als eine mögliche Lösung, auf die obengenannten Situationen vorbereitet zu werden.

Ziel ist es, die existierenden Unterschiede zwischen theoretischer Dolmetscherausbildung und praktischem Arbeitsalltag für Einsätze im Gesundheitswesen durch eine multidisziplinäre Lösung zu auszugleichen und gemäß der Forschungsfrage herauszufinden, wie das Dolmetschstudium in diesem Bereich praxisorientierter gestaltet werden kann, sodass Absolvent:innen der Medizin- und Dolmetschuniversitäten dank gemeinsamer Fachmodule ganzheitlicher auf den Berufseinstieg vorbereitet werden.

Der empirische Teil der Arbeit beruht auf einer Datenerhebung, für die sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Forschung umgesetzt wurde.

Aus der Beantwortung der qualitativen Interviewfragen der fünf Teilnehmer:innen, die alle als zertifizierte Ferndolmetscher:innen im Gesundheitswesen arbeiten, lässt sich schließen, dass die Dolmetscher:innen, obwohl sie die Notwendigkeit und Nützlichkeit von gemeinsamen Modulen mit Medizinstudent:innen durchaus erkennen, das Hindernis in ihrer triadischen Kommunikation eher bei den Patient:innen, bei dem Pflegepersonal oder bei Mitarbeiter:innen anderer Bereiche, die nicht in den Pflegebereich fallen (zum Beispiel Sozialarbeiter:innen), sehen.

Keywords: Dolmetschen im Gesundheitswesen, Multidisziplinarität, Ausbildung, Ferndolmetschen

Abstract (Englisch)

The aim of this master's thesis is to find out whether interpreters need to be better prepared for the daily practice in healthcare as part of their academic training, or whether they need to come into contact with practical situations during their studies. This concerns especially those practice situations such as role conflicts, dealing with unfamiliarity with terminology, false expectations among medical staff, and the cultural differences between patients and doctors. This master thesis considers multidisciplinary (namely collaboration and joint training) of interpreting and medical students as a possible solution to be prepared for the above mentioned situations.

The objective is to close the existing gaps between theoretical interpreter training and practical working life in healthcare settings through a multidisciplinary solution and, according to the research question, to find out how interpreting studies can be designed to be more practice-oriented in this field, so that students graduating from medical and interpreting universities are more holistically prepared for entering the profession thanks to joint specialized modules.

The empirical part of the thesis is based on the data collection, which includes both qualitative and quantitative research.

From the responses to the qualitative interview questions from the five participants, who are all working as certified remote interpreters in healthcare, the conclusion is that although the interpreters certainly recognize the necessity and usefulness of joint modules with medical students, the obstacle in their triadic communication is rather related to patients, nurses, or staff members from other areas that do not fall within the nursing field (for example, social workers).

Keywords: interpreting in health care, multidisciplinary, training, remote interpreting