



MASTER THESIS | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Dolmetschen in der medizinischen Primärversorgung am Beispiel des
Dolmetschdienstes zweier Ordinationen

verfasst von | submitted by

Kaiwan Anwar Ali Raeis BSc (WU)

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

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 992 883

Universitätslehrgang lt. Studienblatt |
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Dolmetschen für Gerichte und Behörden (MA)

Betreut von | Supervisor:

Dr. Ivana Havelka Bakk. MA

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Ivana Havelka Bakk. MA für ihre hervorragende Betreuung. Ihre fachliche Expertise, ihre konstruktiven Rückmeldungen und ihre wertvolle Unterstützung waren für den erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit von unschätzbarem Wert. Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Geduld und Ihre Zeit.

Weiterhin möchte ich meiner Familie meinen tiefsten Dank aussprechen. Eure bedingungslose Unterstützung, euer Verständnis und eure Liebe waren in dieser intensiven Phase eine unverzichtbare Stütze. Ein ganz besonderer Gedanke gilt meiner verstorbenen Mutter. Als Migrantin, die selbst einen schweren Kampf gegen den Krebs durchgestanden hat, war sie mir stets ein unerschütterliches Vorbild. Ihre Lebenskraft und ihr unermüdlicher Optimismus haben mich gelehrt, dass Aufgeben niemals eine Option ist. Liebe *Daia*, du fehlst mir unendlich, aber dein Vermächtnis der Stärke und des Durchhaltevermögens lebt in mir weiter. Ich liebe dich und vermisse dich sehr.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1. Dolmetschen im Gesundheitsbereich.....	9
1.1 Einsatz von Laiendolmetscher*innen versus professionellen Dolmetscher*innen ..	13
1.2 Kompetenzen von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich	18
1.3 Erwartungen an Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich	22
1.4 Dolmetschmodi und Dolmetscharten im Einsatz	26
1.4.1 Ferndolmetschen: Anwendungen und Potenziale	29
1.4.2 Einsatz von Telefondolmetschen und Videodolmetschen	30
2. Kommunikation im Gesundheitsbereich	35
2.1 Sprachbarriere seitens Patient*innen im Gesundheitsbereich und mögliche Lösungsansätze.....	39
2.2 Kulturspezifische Barriere im Gesundheitsbereich.....	43
3. Das Gesundheitssystem in Österreich	49
3.1 Herausforderung durch Migration und Mehrsprachigkeit im Gesundheitsbereich	52
3.2 Translationspolitik im Gesundheitsbereich.....	57
4. Empirische Untersuchung	64
4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	65
4.2 Zugang zum Forschungsfeld und Teilnehmer*innen	65
4.3 Datenerfassung.....	66
4.4 Analysemethode	66
4.5 Datenauswertung	67
4.6 Ergebnisse der Datenauswertung.....	70
5. Diskussion der Ergebnisse	73
5.1 Mehrsprachigkeit.....	73
5.1.2 Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen	75
5.1.3 Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen	76
5.2 Umgang mit der Mehrsprachigkeit.....	78
5.2.1 Betreuungs-/Behandlungsunterschiede	78
5.2.2 Behandlungsschwierigkeit	80
5.2.3 Behandlungsabbruch.....	82
5.2.4 Eingesetzte Strategien	84
5.2.5 Fortbildung.....	86
5.3 Dolmetschpraxis	88
5.3.1 Dolmetschbedarf.....	88
5.3.2 Erwartungen an Dolmetscher*innen	89
5.3.3 Dolmetschbeauftragung	90
5.3.4 Kenntnis über Dolmetschmarkt.....	91
Conclusio.....	93

Literaturverzeichnis.....	101
Anhang 1	119
Anhang 2	120
Anhang 3	122
Anhang 4	124
Anhang 5	127
Abstrakt.....	130
Abstract.....	131

Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Dolmetschproblematik in Wiener Arztpraxen und fokussiert dabei insbesondere auf die Herausforderungen im niedergelassenen Bereich. Ausgehend von der steigenden sprachlichen Diversität in der österreichischen Gesellschaft und den damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation untersucht diese Arbeit den Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen in allgemeinmedizinischen Ordinationen. Im Zentrum der Analyse stehen zwei exemplarisch ausgewählte Ordinationen im Wiener Bezirk Floridsdorf, die stellvertretend für die Situation in der Primärversorgung betrachtet werden. Die empirische Untersuchung basiert auf Befragungen von ärztlichem Personal und Ordinationsassistent*innen und widmet sich folgenden Forschungsfragen:

- Welche Strategien und Praktiken wenden Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Ordinationsassistent*innen im Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen in Ihrem Arbeitsalltag an?
- Besteht in Ordinationen für Allgemeinmedizin Bedarf an professionellen Dolmetschleistungen? Wenn ja, in welchem Umfang und für welche Sprachen?
- Wie lässt sich die translationspolitische Situation in allgemeinmedizinischen Ordinationen beschreiben? Welche Regelungen, Initiativen oder Herausforderungen kennzeichnen den Einsatz von Dolmetscher*innen in diesem Bereich der Primärversorgung?

Österreich ist durch Migration mehrsprachig geworden (Altenburg et al. 2017; Sandrini 2019: 33). Dies stellt das Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Für nichtdeutschsprachige Patient*innen ist der Zugang erschwert (Kaelin et al. 2013: 13) und die Qualität der Behandlung leidet (Menz 2013: 15f.). Zunehmende Migrationsbewegungen, insbesondere Fluchtmigration nach Europa und Österreich, wobei Österreich hohe Zuwanderungszahlen innerhalb der EU aufweist, verdeutlichen die Notwendigkeit von Dolmetschleistungen (Berger & Strohner 2017: 169f.). Daher werden professionelle Dolmetschdienste im Gesundheitswesen immer wichtiger (Angelelli 2019: 3). Dies kann direkt vor Ort oder aus der Ferne geschehen (Wadensjö 2013: 49).

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Risiken unzureichender Dolmetschleistungen, besonders beim Einsatz Laiendolmetscher*innen wie Familienangehörigen oder Kindern.

Gerade Kinder als Sprachmittler sind problematisch (Schmidt-Glenewinkel 2013). Sie können aufgrund familiärer Involviertheit keine neutrale Dolmetscherrolle einnehmen (Schmidt-Glenewinkel 2013: 105). Auch das Ferndolmetschen wird in dieser Arbeit thematisiert, das mehrsprachige Kommunikation über Distanzen ermöglicht (Braun 2015: 352; Hsieh 2015: 178). De Boe (2020) zeigt, dass Gesprächsqualität und Kompetenz der Dolmetscher*innen wichtiger sind als die Modalität (Video, Telefon, Präsenz). Technologische Faktoren können jedoch Telefon- und Videoqualität stärker beeinträchtigen als Vor-Ort-Dolmetschen, was aber durch Gesprächsführung verbessert werden kann (2020: 212). Videodolmetschen eignet sich gut für strukturierte Gespräche, Vor-Ort-Dolmetschen bleibt bei emotionaler Sensibilität, z.B. Psychotherapie, bevorzugt (Havelka 2018: 307f.).

Im Zuge dieser Arbeit, die sich der Untersuchung der vielschichtigen Beziehungen zwischen Migration, Mehrsprachigkeit und Gesundheitsversorgung widmet, ist es fundamental zu erörtern, dass Integration von Migrant*innen und Aufnahmegesellschaft Anstrengungen erfordert (Wedam 2009: 181f.). Staatliche Sprachpolitik ist wichtig, um Migrant*innen Willkommen zu signalisieren (Rittenberg-Cogan 2015: 126). Migrant*innen haben nicht grundsätzlich mehr Gesundheitsprobleme als Einheimische. Jedoch ist die Gesundheitsversorgung für manche Migrant*innen aufwendiger wegen sprachlicher und kultureller Barrieren (Flubacher 2015: 147). Studien zeigen negative Folgen sozialer Ungleichheit und Sprachbarrieren für Migrant*innen-Gesundheit (Lanfranchi 2015: 21). Zugangsbarrieren müssen abgebaut werden, da manche Migrantengruppen höheres Erkrankungsrisiko haben. Migration selbst kann Stress verursachen und Gesundheitsprobleme fördern (Lanfranchi et al. 2015: 105).

Die Auswahl des Forschungsfeldes für diese Arbeit basiert auf den langjährigen beruflichen Erfahrungen des Autors, der in einer allgemeinmedizinischen Praxis im 21. Wiener Gemeindebezirk tätig war. Dieser Bezirk zeichnet sich durch eine bemerkenswert hohe sprachliche Diversität aus. Um die Forschungsfragen im Kontext eines urbanen Umfelds zu untersuchen und zugleich – auch im Hinblick auf geplante, zukünftige Vergleichsstudien – ein möglichst repräsentatives Bild der Situation zu gewinnen, wurde der Bezirk Floridsdorf als konkretes Untersuchungsgebiet für die vorliegende Arbeit festgelegt. Die Entscheidung für diesen Bezirk begründet sich insbesondere durch den dortigen überdurchschnittlich hohen Anteil an ausländischen Staatsangehörigen. Laut aktuellen Zahlen von Statistik Austria (2024) lag der Anteil ausländischer Staatsangehöriger in Floridsdorf bei 31,31 Prozent, während der

österreichweite Durchschnitt bei 19,7 Prozent lag. Diese statistischen Daten verdeutlichen die besondere Relevanz der Forschungsfragen im spezifischen Kontext dieses Bezirks, da ein Migrationshintergrund und eine nicht-deutsche Umgangssprache erfahrungsgemäß häufig mit einem erhöhten Bedarf an professionellen Dolmetschleistungen einhergehen. Für die empirische Durchführung der Untersuchung wurde die Methode der qualitativen Datenerhebung gewählt, genauer gesagt wurden Leitfadeninterviews mit verschiedenen Akteur*innen geführt. Für diese Interviews wurde ein detaillierter Leitfaden entwickelt, der die zentralen Themenbereiche der Arbeit systematisch abdeckte. Dieser Leitfaden umfasste die Themenbereiche Umgang mit Mehrsprachigkeit im medizinischen Alltag, der spezifische Bedarf an Dolmetschleistungen in allgemeinmedizinischen Praxen sowie die aktuelle translationspolitische Situation in diesem Arbeitsfeld. Um eine vergleichbare Datengrundlage für die Analyse zu gewährleisten, wurde dieser Leitfaden für alle vier Interviewpartner*innen einheitlich eingesetzt. Obwohl bereits umfangreiche Forschungen zu den Herausforderungen und spezifischen Bedürfnissen im Kontext des Dolmetschens im Gesundheitswesen vorliegen, konzentriert sich diese Arbeit explizit auf die besondere Situation in allgemeinmedizinischen Praxen, die durch einen hohen Anteil mehrsprachiger Patient*innen gekennzeichnet sind. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Berücksichtigung des Migrationshintergrunds des Praxispersonals sowie auf den Umgang mit informellen Dolmetschleistungen gelegt. Die resultierenden Erkenntnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, fundierte Empfehlungen für die Verbesserung der Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu entwickeln und somit einen wichtigen Beitrag zur qualitativen Verbesserung der Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen zu leisten.

In chronologischer Reihenfolge strukturiert sich die vorliegende Arbeit in fünf Kapitel. Kapitel 1 und 2 legen das Fundament der Arbeit, indem sie die zentralen theoretischen Konzepte und Begrifflichkeiten im Themenfeld der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen erläutern. Hierbei werden Themen wie Dolmetschen im Gesundheitsbereich, Einsatz von Laien und professionellen Dolmetscher*innen, Dolmetschmodi sowie Erwartungen und Kompetenzen von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich, Kommunikation im Gesundheitsbereich, Sprachbarrieren und kulturspezifische Barrieren, definiert und kontextualisiert. Darauf aufbauend widmet sich Kapitel 3 der Analyse des österreichischen Gesundheitssystems hinsichtlich Migration und Zugang zum Gesundheitssystem. In diesem Kapitel werden die aktuelle Situation der Mehrsprachigkeit und die Translationspolitik in Österreich beleuchtet, um einen umfassenden Überblick über die Rahmenbedingungen für die

Gesundheitsversorgung mehrsprachiger Patient*innen zu schaffen. Im Anschluss daran stellt Kapitel 4 die Methodologie der Arbeit dar. Detailliert beschrieben werden die Auswahl der Forschungsmethoden, die Stichprobengewinnung und die Datenerhebung, um die Nachvollziehbarkeit und Validität der empirischen Untersuchung zu gewährleisten. Schließlich präsentiert und diskutiert Kapitel 5 die Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Die Ergebnisse werden im Kontext der Forschungsfragen analysiert und interpretiert, um Implikationen für die Praxis abzuleiten und Empfehlungen zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen zu entwickeln.

1. Dolmetschen im Gesundheitsbereich

Dolmetschen ist eine eigenständige Form der sprachlichen Mittelung, die auf eine direkte Verständigung zwischen verschiedenen Sprachgemeinschaften abzielt. Dadurch werden sprachliche und kulturelle Barrieren abgebaut (Pöchhacker 2004: 10). Die Gruppe der Personen, für die Dolmetschdienste relevant sind, ist breit gefächert und schließt Migrant*innen, Flüchtlinge, Tourist*innen sowie Angehörige indigener oder etablierter Minderheiten mit ein (Schouten et al. 2012: 312). Kadrić et al. (2012) argumentieren, dass die Dolmetschinteraktion komplexer ist als herkömmliche Kommunikationsformen, da individuelle Kommunikationsstile, emotionale Aspekte und Machtverhältnisse den zwischenmenschlichen Austausch prägen. Diese Komplexität führt zu spezifischen Herausforderungen und Fragestellungen im Dolmetschprozess. Wie auch die Übersetzung, jedoch mit einem Fokus auf die unmittelbare zwischenmenschliche Interaktion, verfolgt Dolmetschen primär einen kommunikativen Zweck. Um die Verständlichkeit zu optimieren, kann der gedolmetschte Text daher situativ angepasst, erläutert oder bei Bedarf gekürzt oder erweitert werden (Kadrić et al. 2012: 67).

Im Kontext des Gesundheitswesens werden Dolmetschleistungen, um die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen im Rahmen der kulturübergreifenden Gesundheitsversorgung zu erleichtern, oft unter den Begriffen "Medical Interpreting" oder "Healthcare Interpreting" zusammengefasst (Hsieh 2016: 10; Hsieh 2015: 177). Während diese Bezeichnungen häufig synonym verwendet werden, argumentiert ein Standpunkt, dass "Healthcare Interpreting" die vielfältigen Interaktionen im Gesundheitswesen treffender abbildet (Roat & Crezee 2015: 237). Tatsächlich stellt "Healthcare Interpreting" kein klar umrissenes Berufsfeld dar, sondern vielmehr ein breites Feld mit unterschiedlichen Anwendungsbereichen. Dieses Feld umfasst diverse Einrichtungen wie Krankenhäuser, Kliniken und Rehabilitationszentren (Roat & Crezee 2015: 243) und schließt spezialisierte Gebiete wie Physiotherapie und Palliativpflege mit ein (Tipton & Furmanek 2016: 114). Die Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen sind vielfältig und umfassen sowohl Gebärdensprache als auch gesprochene Sprache, wobei verschiedene Dolmetschmodi zum Einsatz kommen (Hsieh 2016: 10). Die konkreten Leistungen werden entweder direkt vor Ort erbracht oder über technische Kommunikationsmittel wie Telefon- oder Videokonferenzen angeboten (Roat & Crezee 2015: 244). Hsieh (2016) unterscheidet hierbei zwei Haupttypen von Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen: "In-person Interpreters" und "Technology-based Interpreters". "In-person Interpreters" können entweder direkt von

Gesundheitseinrichtungen angestellt und bezahlt oder als Vertragsdolmetscher*innen über Agenturen vermittelt und vor Ort tätig sein (Hsieh 2016: 97). "Technology-based Interpreters" hingegen werden auf digitalem Wege zur Kommunikation hinzugefügt (Hsieh 2016: 97). "Healthcare Interpreting" ist ein Tätigkeitsfeld, das sich durch unterschiedliche Professionalitätslevel auszeichnet und eine große Anzahl von Ad-hoc-Dolmetscher*innen einschließt. Diese reichen von zweisprachigen Mitarbeiter*innen in Gesundheitseinrichtungen bis hin zu Familienmitgliedern, Freiwilligen, Freund*innen, anderen Patient*innen und sogar medizinischem Personal (Tipton & Furmanek 2016: 114). Es ist bemerkenswert, dass sich das Dolmetschen im sozialen und medizinischen Bereich seit den frühen 1990er Jahren als Forschungsgebiet innerhalb der Dolmetschwissenschaft etabliert hat. Heute wird es als Teilbereich des "Community Interpreting" betrachtet. Abschließend lässt sich festhalten, dass in Deutschland oft der Begriff "Medizindolmetschen" (Pöllabauer 2013: 88) üblich ist, während im Englischen die Termini "medical interpreting" (Varela Salinas & Meyer 2015; Angelelli 2004) und "healthcare interpreting" (Hsieh 2015) verwendet werden.

Dolmetscher*innen spielen eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen, indem sie die Kommunikation zwischen Patient*innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen und verschiedenen Gesundheitsdienstleisterinnen, einschließlich Ärzt*innen und Pflegepersonal, ermöglichen (Varela Salinas & Meyer 2015: 7). Ihre Aufgaben gehen dabei über die reine Sprachmittlung zwischen Patient*innen und medizinischem Personal hinaus. Wie Varela Salinas & Meyer (2015) ausführen, erleichtern sie ebenso die Verständigung zwischen medizinischen Expert*innen untereinander und mit medizinisch weniger versierten Personen, beispielsweise im Rahmen öffentlicher medizinischer Konferenzen, wenn sprachliche Barrieren bestehen. Diese Vermittlungsleistung ist in vielfältigen medizinischen Kontexten erforderlich (2015: 7). Die Einsatzbereiche von Dolmetscher*innen reichen von ärztlichen Untersuchungen mit medizinischen Geräten, Radiologie und gynäkologischen sowie urologischen Untersuchungen bis hin zu Notaufnahmen, Anamnesegesprächen, verbalen Therapien wie Psychotherapie und Geburtsvorbereitungskursen. Obwohl die Mehrzahl der Dolmetschungen direkt vor Ort stattfindet (Felgner 2009: 59), gewinnt das Ferndolmetschen zunehmend an Bedeutung. Varela Salinas & Meyer (2015) berichten, dass insbesondere in Ländern wie Spanien und Finnland, Ferndolmetschen im Gesundheitswesen vermehrt angeboten wird, vor allem in Notfallsituationen oder bei großen geografischen Distanzen. Technologische Fortschritte ermöglichen zudem den Einsatz neuer Dolmetschmethoden, wie beispielsweise Telefondolmetschen (2015: 8). Auch in Österreich wird Telefon- oder

Videodolmetschen im Gesundheitswesen genutzt, zum Beispiel durch Anbieter wie SAVD (2018). Trotz dieser Entwicklungen bleibt die persönliche, professionelle Dolmetschung ("face-to-face interpreting") weiterhin von großer Bedeutung, da sie in bestimmten Situationen, wie im Umgang mit Kindern oder im Bereich der psychischen Gesundheit, als geeigneter erachtet wird (Varela Salinas & Meyer 2015: 8). Medizindolmetscher*innen, die auch als "public-services interpreters" bezeichnet werden, tragen somit maßgeblich dazu bei, Patient*innen ohne Deutschkenntnisse die Interaktion mit dem medizinischen System zu ermöglichen (Angelelli 2019: 3).

In der medizinischen Dolmetschlandschaft existiert ein breites Spektrum an Dolmetschenden (Angelelli 2019: 51). Diese Vielfalt reicht, wie Lesch & Saulse (2014) ausführen, von zweisprachigem Pflegepersonal mit medizinischer Expertise bis hin zu hochqualifizierten Berufsdolmetscher*innen, die fundierte Kenntnisse in Dolmetschtheorie und interkultureller Kommunikation besitzen (2014: 333). Jedoch betont Bahadir (2010), dass die Mehrheit der in medizinischen Einrichtungen tätigen Dolmetschenden keine professionellen Dolmetscher*innen im eigentlichen Sinne ist. Vielmehr handelt es sich um Personen, die aufgrund ihrer Migrationsbiografie oder ihrer beruflichen Qualifikation zusätzlich zu ihren Hauptaufgaben Dolmetschaufgaben übernehmen (müssen) (2010: 69). Diese Gruppe von sogenannten Laiendolmetscher*innen nimmt unterschiedliche Formen an (Angelelli 2019: 51). Schouten et al. (2012) und Lesch & Saulse (2014) zählen hierzu Familienangehörige, Freund*innen, ungeschultes Krankenhauspersonal, Mitpatient*innen, sowie sogar Hilfskräfte oder Reinigungspersonal (2012: 314; 2014: 332). Studien von Schouten et al. (2012) und Meyer et al. (2010) in Ländern wie der Türkei, den Niederlanden und Deutschland zeigen, dass der Einsatz solcher Laiendolmetscher*innen in medizinischen Kontexten weit verbreitet ist (2012: 314; 2010), eine Beobachtung, die auch für Südafrika bestätigt wird (Lesch & Saulse 2014: 332). Bahadir (2010) hebt hervor, dass Familienmitglieder in der Dolmetschrolle oft über die reine Sprachmittlung hinausgehen und wichtige emotionale und soziale Bedürfnisse wie Solidarität, Fürsprache, Verständnis, Überzeugung, Betreuung und Trost erfüllen (2010: 67). Nevado Llopis (2015) argumentiert, dass der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetscher*innen im medizinischen Bereich zum Teil auf mangelnder Kenntnis des medizinischen Personals über die komplexen Anforderungen an Dolmetschende und ein fehlendes Bewusstsein für potenzielle Risiken zurückzuführen ist (2015: 11). Meyer et al. (2010) fanden in ihrer Studie zu "Familiendolmetscher*innen" in europäischen Ländern weitere Gründe für diesen Einsatz. Sie weisen darauf hin, dass ein Mangel an professionellen Dolmetschdiensten sowie

Situationen, in denen Patient*innen oder medizinisches Fachpersonal über unzureichende Kompetenzen verfügen, dazu führen, dass zweisprachige Familienangehörige quasi als Dolmetschende "missbraucht" werden (2010: 297).

In medizinischen Einrichtungen wird die Wahl der geeigneten Dolmetscher*innen maßgeblich von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Ein zentraler Aspekt ist die Verfügbarkeit. Hinsichtlich der Frage, wer in medizinischen Kontexten Dolmetschaufgaben übernimmt, spielt die Verfügbarkeit von Dolmetschenden eine entscheidende Rolle. Sowohl medizinisches Personal als auch Patient*innen wählen häufig die vermeintlich "naheliegendste Option", indem sie sich an Personen aus ihrem direkten Umfeld wenden (Pöchhacker 2001: 343). Pöchhacker (2001) führt aus, dass Patient*innen sich dabei oft an Begleitpersonen im Krankenhaus wenden, während medizinische Mitarbeiter*innen häufig auf Kolleg*innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen zurückgreifen (2001: 343f). Reisinger (2003) betont auch, dass aufgrund des Mangels an qualifizierten Berufsdolmetscher*innen häufig auf nicht-professionelle Dolmetscher*innen zurückgegriffen wird (2003: 137). Pöllabauer (2013) weist darauf hin, dass solche "Ad-hoc-Lösungen" sich im Laufe der Zeit verfestigen und zu einer "ungern gesehenen Dauerlösung" ohne jegliche Qualitätssicherung entwickeln können (2013: 87). Es kommt sogar vor, dass Patient*innen aufgefordert werden, Freund*innen oder Familienmitglieder als Dolmetschende zu organisieren (Pöllabauer 2013: 87f.). Eng damit verbunden ist der Kostenfaktor. Nicht-professionelle Dolmetscher*innen sind in der Regel kostengünstiger (Reisinger 2003: 137f.). Pöllabauer (2013) bestätigt diese finanzielle Dimension und ergänzt, dass Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenübernahme oft dazu führen, dass gänzlich auf professionelle Dolmetscher*innen verzichtet wird (2013: 88). Die Verfügbarkeit wiederum hängt auch von der internen Organisation der medizinischen Einrichtungen ab. Pöllabauer (2013) weist darauf hin, dass Dolmetschpools oder interne "Dolmetschlisten" zwar existieren können, diese aber oft Mitarbeiter*innen mit nicht überprüften sprachlichen und translatorischen Kompetenzen umfassen (2013: 88). Neben diesen praktischen Erwägungen spielt die rechtliche Notwendigkeit eine entscheidende Rolle. Kletečka-Pulker (2016) unterstreicht, dass medizinische Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet sind, sicherzustellen, dass Patient*innen die notwendige Aufklärung verstehen. Bei fremdsprachigen Patient*innen ist der Einsatz von Dolmetscher*innen in der Regel unerlässlich, um das Haftungsrisiko zu minimieren (2016: 208). Ärzt*innen sind demnach angehalten, Dolmetscher*innen bereitzustellen, um gesetzeskonform zu handeln, oder andernfalls Behandlungen mangels Verständigung abzulehnen (Kletečka-Pulker 2013: 45f.). In

der medizinischen Praxis zeigt sich jedoch oft ein anderes Bild. Hsieh (2016) konstatiert eine Unklarheit darüber, welche Dolmetschtypen und -Modi überhaupt in Frage kommen. Darüber hinaus entscheiden Ärzt*innen oft selbst über den Dolmetschereinsatz und sehen einen Bedarf häufig erst dann, wenn ein unmittelbarer Mehrwert für sie erkennbar ist (2016: 45; 198).

1.1 Einsatz von Laiendolmetscher*innen versus professionellen Dolmetscher*innen

In der Forschungsliteratur zum Dolmetschen im Gesundheitswesen wird wiederholt auf die mangelnde Schulung von Ärzt*innen im Bereich der interkulturellen Kommunikation hingewiesen. Angelelli (2014) argumentiert, dass ein Grund hierfür darin liegt, dass Ärzt*innen während ihrer Ausbildung kaum oder keine spezifische Vorbereitung im Umgang mit Patientengruppen unterschiedlicher Herkunft erhalten (2014: 26). Daraus resultiert, wie Hegemann (2015) feststellt, eine mangelnde Erfahrung von Ärzt*innen in der Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen im medizinischen Kontext (2015: 91). Diese fehlende Erfahrung trägt dazu bei, dass im Gesundheitswesen häufig auf Laiendolmetscher*innen zurückgegriffen wird (Hsieh 2016: 104). Tatsächlich ist der Einsatz von Laiendolmetscher*innen im medizinischen Bereich mittlerweile verbreiteter als der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen, wobei professionelle Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen sogar eine Minderheit darstellen (Hsieh 2016: 97; 104).

Nichtdeutschsprachige Patient*innen suchen sich häufig Unterstützung in ihrem persönlichen Umfeld, welches als wichtigstes "inoffizielles Hilfesystem" bezeichnet wird (Eimmermacher 2015: 67). In diesem Kontext werden oft Kinder als Dolmetschende für ihre Eltern eingesetzt (Eberding 2015: 93). Dies geschieht nicht selten auch dann, wenn die Eltern bereits über Deutschkenntnisse verfügen, jedoch Schwierigkeiten haben, die komplexe Medizinersprache zu verstehen (Eberding 2015: 93). Obwohl viele Laiendolmetscher*innen über gute Sprachkenntnisse verfügen und aufgrund ihrer Bilingualität für Dolmetschaufgaben herangezogen werden, mangelt es ihnen zumeist an einer fundierten translatorischen Ausbildung (Antonini et al. 2017: 5ff.). Die Nutzung von Laiendolmetschenden bringt, wie bereits erwähnt, zusätzliche Unsicherheiten mit sich. Ein wesentliches Problem besteht darin, dass durch nicht-professionelle Sprachmittlung nicht nur das Haftungsrisiko steigt. Schmidt-Glenewinkel (2013) weist darauf hin, dass manche Gespräche für Laien, insbesondere für Kinder, emotional sehr belastend sein können, wenn diese Dolmetschaufgaben übernehmen (2013: 22). Kletečka-Pulker (2013) merkt an, dass es sich im Gesundheitswesen oft um bilinguale Angehörige handelt, die diese Rolle übernehmen (2013: 62). Häufig sind es sogar bilinguale Kinder, die diese Aufgabe erfüllen, da sie aufgrund ihrer schulischen Sozialisation

meist bessere Kenntnisse der Aufnahmesprache Deutsch erworben haben (Salevsky, 2015: 48). Von Laien, und insbesondere von Kindern, kann jedoch keine professionelle Sprachmittlung erwartet werden. Ihnen fehlen zumeist die notwendigen soziokulturellen Kompetenzen, fundierte Dolmetschtechniken und medizinisches Hintergrundwissen. Infolgedessen sind Auslassungen und fehlerhafte Dolmetschungen häufig die Konsequenz, was sich wiederum negativ auf den Behandlungserfolg der Patient*innen auswirken kann (Kletečka-Pulker 2013: 62). Es existiert jedoch nicht nur Kritik an der Qualität der Dolmetschung durch Angehörige im Krankenhaus. Auch die potenziellen Auswirkungen auf die Laiendolmetscher*innen selbst und die interpersonelle Dynamik im Gespräch sind wesentliche Faktoren, die Beachtung finden müssen (Pöchhacker 2013: 1081). Gerade für Kinder, die für ihre Eltern dolmetschen, kann die Übernahme dieser Rolle eine erhebliche Belastung darstellen (Pöchhacker, 2013: 1081). Diese Kinder übernehmen ein hohes Maß an Verantwortung, da die Gesundheit ihnen nahestehender Personen von ihrer Dolmetschung abhängt. Dies kann in der Folge zu Überlastung und Rollenkonflikten führen, insbesondere bei Kindern, wenn sich die traditionellen Verantwortungsverhältnisse zu den Eltern umkehren (Schmidt-Glenewinkel 2013: 72ff.). Moroe & de Andrade (2018) beschreiben, dass Kinder sich häufig emotional unzureichend vorbereitet fühlen, diese hohe Verantwortung zu tragen, und nicht selten unter Überforderung, Gewissenskonflikten und Scham leiden (Moroe & de Andrade 2018: 145). Aber auch für die Patient*innen selbst kann die Einbindung von Angehörigen in den intimen medizinischen Bereich problematisch sein. Über sehr private und sensible gesundheitliche Probleme und Anliegen vor den eigenen Angehörigen zu sprechen kann Schamgefühle hervorrufen und dazu führen, dass bestimmte Themen bewusst verschwiegen oder inhaltlich verfälscht werden (Kletečka-Pulker 2013: 631).

Einige Krankenhäuser versuchen zwar, dem Bedarf zu begegnen, indem sie Listen mit mehrsprachigem Personal führen, das in Notfallsituationen als Dolmetschende eingesetzt werden kann. Jedoch sind sich die Mitarbeiter*innen dieser Listen oftmals ihrer Rolle nicht bewusst und zögern, Anfragen für Dolmetschleistungen abzulehnen (Kletečka-Pulker 2016: 211). Hinzu kommt, dass diese mehrsprachigen Personen ihre Muttersprache möglicherweise nicht mehr ausreichend beherrschen (Kletečka-Pulker 2016: 211). Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die Praxis, mehrsprachiges (Hilfs-)Personal zu beauftragen, Patient*innen selbstständig aufzuklären (Kletečka-Pulker 2016: 211). Ein Hauptgrund für den Rückgriff auf Laiendolmetscher*innen liegt darin, dass Ärzt*innen die Sprachkenntnisse von bilinguaem Personal oft nicht kritisch hinterfragen (Hsieh 2016: 219). Darüber hinaus spielt

der Faktor Zeit eine wesentliche Rolle. Ärzt*innen sehen sich häufig mit der Situation konfrontiert, dass sie nicht auf die Ankunft professioneller Dolmetscher*innen warten können, da dies den Behandlungsablauf verzögern würde (Hsieh 2016: 200ff.). Obwohl professionelle Dolmetscher*innen von Ärzt*innen grundsätzlich bevorzugt werden, fehlt es schlichtweg an Zeit, deren Verfügbarkeit abzuwarten (Hsieh 2016: 200). Als schnellere Alternative wird zwar Telefondolmetschen wahrgenommen, jedoch bringt diese Option Nachteile mit sich, wie Hsieh (2016) ausführt. Eine schlechtere Tonqualität und ein umständlicher Gesprächsstil führen dazu, dass Dolmetschen vor Ort klar bevorzugt wird (2016: 201). Doch auch beim Dolmetschen vor Ort entstehen logistische Schwierigkeiten. Dolmetscher*innen werden beispielsweise in Krankenhäusern oft zeitgleich auf verschiedenen Stationen benötigt, was die Organisation erschwert (Hsieh 2016: 102). Ein weiterer, gewichtiger Aspekt sind die Kosten. Die Ausgaben für freiberufliche Dolmetscher*innen stellen für Gesundheitseinrichtungen ein erhebliches finanzielles Problem dar (Harris 2017: 39). Hinzu kommt, dass nichtdeutschsprachige Migrant*innen häufig selbst für die Bezahlung von Dolmetscher*innen aufkommen müssen, da entsprechende Dolmetschdienste von den Einrichtungen nur selten angeboten werden (Ahamer 2013: 1381). Diese hohen Kosten tragen maßgeblich dazu bei, dass die Inanspruchnahme professioneller Dolmetscher*innen oftmals verhindert wird (Ahamer 2013: 1381). Gentile (2017) fasst diese Problematik treffend zusammen, indem er konstatiert: „Nicht der qualitativ hochwertigste, sondern der kostengünstigste Service setzt sich durch (und wird sich immer durchsetzen)“ (2017: 78). Diese Entwicklung, die primär durch den Fokus auf Kostenersparnis vorangetrieben wird, führt zu einem vermehrten Einsatz von Laiendolmetscher*innen (Hsieh 2016: 206). Dies wiederum wirkt sich negativ auf die Bezahlung und die Beschäftigungsverhältnisse professioneller Dolmetscher*innen aus (Ozolins 2000: 32). Die ohnehin angespannte Verfügbarkeit professioneller Dolmetscher*innen in Notfallsituationen wird durch diese Entwicklung vermutlich noch weiter verschärft (Harris 2017: 39).

In Dolmetschsituationen im Krankenhausumfeld ergeben sich besondere Herausforderungen, diese umfassen beispielsweise das oft ungleiche Machtverhältnis zwischen den Gesprächspartner*innen, den unvorhersehbaren Verlauf der Gespräche und die häufig emotional belastenden Inhalte (Viljanmaa 2020: 72ff.). Professionelle Dolmetscher*innen werden jedoch bereits in ihrer Ausbildung gezielt auf diese spezifischen Gegebenheiten vorbereitet und erwerben die dafür notwendigen Kompetenzen (Kadrić 2011: 24ff.). Für Pflegekräfte bedeutet die Anwesenheit einer Dolmetschkraft ebenfalls eine zusätzliche

Dimension in der Beziehung zu den Patient*innen. Einerseits kann die indirekte Kommunikation als störend empfunden werden und den Aufbau von Vertrauen zunächst erschweren. Andererseits ermöglicht die Dolmetschung die Kommunikation oft erst grundlegend, wodurch das Vertrauen im weiteren Verlauf wiederum gefördert werden kann (Stuker 2007: 224). Professionelles Verhalten in diesen sensiblen Kommunikationssituationen setzt von Dolmetscher*innen ein ausgeprägtes Bewusstsein für ihre eigene Rolle und den Einfluss auf die Gesprächsdynamik voraus (Baller & Ott 2021: 122). Sie sind demnach keine neutralen Beobachter*innen, sondern aktive Teilnehmer*innen, die unmittelbar mit den Hauptgesprächspartner*innen interagieren (Viljanmaa 2020: 80). Daher ist es essenziell, dass professionelle Dolmetscher*innen ihren Handlungsspielraum in Gesprächsführung und Mediation genau kennen und über ein breites Repertoire an Dolmetschetechniken und -strategien verfügen, einschließlich Strategien zur emotionalen Distanzierung im Umgang mit belastenden Gesprächsinhalten (Viljanmaa 2020: 404). Entscheidend ist letztlich die Fähigkeit professioneller Dolmetscher*innen, die jeweilige Gesprächssituation im Hinblick auf mögliche Interessenkonflikte oder bestehende Machtverhältnisse angemessen einzuschätzen und ethisch verantwortungsbewusst zu handeln (Kadrić 2011: 45).

Im medizinischen Bereich sind ethische Grundsätze von höchster Wichtigkeit für eine erfolgreiche Kommunikation. Neben der inhaltlichen Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen sind hierbei insbesondere die unbedingte Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, das Prinzip der Unparteilichkeit sowie eine respektvolle und zugewandte Haltung gegenüber allen Gesprächspartner*innen zu nennen. Ebenso essenziell ist die Beachtung der sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten aller Beteiligten, einschließlich einer angemessenen Registerwahl (Baller & Ott 2021). Vor diesem Hintergrund ist die Sicherstellung der ärztlichen Schweigepflicht ein besonders gewichtiges Argument für den Einsatz professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen. Im Gegensatz dazu können Laiendolmetscher*innen diese grundlegende ethische Anforderung meist nicht vollständig gewährleisten. Obwohl das Dolmetschen durch Angehörige in Ausnahmefällen, beispielsweise mit ausdrücklicher Zustimmung der Patient*innen, legitim sein kann (Kletečka-Pulker 2016: 210), erweist sich die rechtskonforme Einholung einer solchen Einverständniserklärung in der Praxis oft als schwierig, insbesondere wenn das medizinische Fachpersonal die Sprache der Patient*innen nicht selbst versteht (Kletečka-Pulker 2016: 211). Professionell ausgebildete Dolmetscher*innen bieten hingegen durch ihre vertraglich garantierte Schweigepflicht einen wesentlichen Vorteil in Bezug auf diese zentralen ethischen und rechtlichen Aspekte. Über ihre

vertragliche Schweigepflicht hinaus verfügen professionelle Dolmetscher*innen über ein umfassendes Kompetenzprofil. Dieses beinhaltet nicht nur exzellente sprachliche Fähigkeiten, sondern auch interkulturelle Kompetenz, die sensible Berücksichtigung soziokultureller Hintergründe der Patient*innen sowie spezifisches Fachwissen in verschiedenen medizinischen Bereichen (Dabić 2021: 224).

Roat & Crezee (2015) argumentieren umfassend für den unerlässlichen Einsatz professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen und führen hierfür vier zentrale Gründe an. Zunächst betonen sie die soziale Gerechtigkeit: Roat & Crezee (2015) argumentieren, dass Chancengleichheit bedeutet, dass anderssprachige Menschen, die ebenfalls in das Gesundheitssystem einzahlen, aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnder Sprachmittlung nicht den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen genießen dürften (2015: 241). Weiterhin existieren rechtliche Erfordernisse, die die Hinzuziehung professioneller Sprachmittlung bei medizinischen Konsultationen notwendig machen (Roat & Crezee 2015: 241). Roat & Crezee (2015) unterstreichen zudem die Qualität der Pflege und Patientensicherheit. Ärzt*innen und Pflegepersonal tragen die Verantwortung, korrekt mit ihren Patient*innen zu kommunizieren und deren Sicherheit zu gewährleisten (2015: 242). Aus finanzieller Perspektive argumentieren Roat & Crezee (2015) schließlich, dass die anfänglichen Kosten für einen professionellen Dolmetschdienst durch die Einsparung von Ausgaben, die durch Behandlungsfehler, unnötige Mehrfachuntersuchungen oder verlängerte Krankenhausaufenthalte entstehen können, kompensiert und sogar übertroffen werden können (2015: 242). Kletečka-Pulker (2013) bestätigt diese Ansicht, indem sie hervorhebt, dass Verständigungsschwierigkeiten nachweislich zu längeren Behandlungsdauern oder fehlerhaften Behandlungen führen können (Kletečka-Pulker 2013: 45f.). Ein zusätzliches Problemfeld ergibt sich hinsichtlich der Bezahlung von Dolmetschenden. Pöchhacker (2016) bemerkt kritisch, dass Reinigungs- oder Pflegepersonal, das für Sprachmittlungsaufgaben herangezogen wird – wie es um das Jahr 2000 in Wien in einem erheblichen Teil der Fälle geschah (Pöchhacker 2000) – in der Regel keine gesonderte Entlohnung für diese zusätzlichen Leistungen erhält (2016: 162).

Einige Vorzüge des Einsatzes professioneller Dolmetscher*innen im Vergleich zu Laien wurden bereits dargelegt. Die umfassenden Vorteile professioneller Dolmetschleistungen werden jedoch erst im direkten Vergleich mit unprofessionellen Alternativen in ihrer vollen Tragweite erkennbar. Denn die Entscheidung gegen professionelle Dolmetscher*innen birgt ein Spektrum an Problemen und Risiken, wie Kletečka-Pulker (2013) verdeutlicht. Besonders

in Österreich, wo traditionell hohe Qualitätsmaßstäbe an Dolmetschende und Übersetzende im Gerichtsbereich gelten, werden die potenziellen Folgen fehlerhafter Dolmetschung besonders deutlich. Im Gerichtskontext können falsche Dolmetschungen nicht nur schwerwiegende Konsequenzen für die Betroffenen nach sich ziehen, sondern auch ernste rechtliche Folgen für die Dolmetscher*innen selbst (vgl. ÖVGD 2023). Obwohl vergleichbare Qualitätsstandards und Regulierungen im medizinischen Bereich ebenso wünschenswert und relevant erscheinen, nimmt das Medizindolmetschen in Österreich im Vergleich zum stark reglementierten Gerichtsdolmetschen gegenwärtig noch eine nachrangige Stellung ein. Dennoch sind in Österreich deutliche Bestrebungen erkennbar, den Bereich des Medizindolmetschens weiter zu professionalisieren. Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung sind Initiativen verschiedener Berufsverbände zur Entwicklung von Berufs- und Ehrenordnungen. Diese Richtlinien, wie Maries & Nuč (2021) ausführen, dienen den Verbandsmitgliedern als berufsethischer Kompass und beinhalten wesentliche Prinzipien professionellen Dolmetschens und Übersetzens. Dazu gehören beispielsweise die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung, unvoreingenommenes und unparteiisches Verhalten, absolute Vertraulichkeit und ein diskretes Auftreten sowie umfassende sprachliche und soziokulturelle Kompetenzen (2021: 264f). In Österreich besteht ein erheblicher Mangel an qualifizierten Dolmetscher*innen, insbesondere für Sprachen, die von Migrant*innen und Geflüchteten gesprochen werden (Maries & Nuč 2021: 264ff.). Dieser Mangel führt zu einer prekären Situation im Gesundheitswesen, da in diesem Sektor, besonders in sensiblen Bereichen wie Krankenhäusern, ein hoher Bedarf an Dolmetschleistungen besteht, wo oft private Informationen ausgetauscht werden (Ahamer 2014: 63). Um dieser Knappheit zu begegnen, greift man häufig auf Laiendolmetscher*innen zurück, die jedoch in der Regel keine spezifische Ausbildung für diese anspruchsvolle Aufgabe vorweisen können (Ahamer 2014: 63).

1.2 Kompetenzen von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich

Im Bereich der Dolmetschwissenschaft wird die "Dolmetschkompetenz" als die Fähigkeit definiert, "Kommunikationsinhalte zu übertragen" (Pöchhacker 2000: 44). Diese grundlegende Kompetenz umfasst laut Pöchhacker (2000) die Beherrschung verschiedener Dolmetschmodi und die Fähigkeit, je nach Situation den passenden Modus auszuwählen (2000: 44). Diese Definition wurde von Tipton & Furmanek (2016) erweitert, indem sie das Wissen um Technologien, welche die translatorische Tätigkeit unterstützen – wie beispielsweise Ferndolmetschen in Form von Telefon- und Videodolmetschen – als integralen Bestandteil der Dolmetschkompetenz hinzufügten (2016: 114). Ein weiterer, wesentlicher Aspekt der Dolmetschkompetenz ist die situationsgerechte Anwendung der Notizentechnik, die Crezee

(2013) sowie Hale (2007) als unerlässlich für Vollständigkeit und Präzision hervorheben (2013: 21; 2007: 177). Darüber hinaus zählen Strategien wie die Décalage beim Simultandolmetschen oder die effektive Steuerung der Kommunikation in Dialogsituationen zu den Kernkompetenzen von Dolmetschenden. In bestimmten Situationen kann es zudem hilfreich sein, auf simultanes Flüsterdolmetschen zurückzugreifen, um das Langzeitgedächtnis zu entlasten und die kognitive Last zu reduzieren (Kutz 2012: 455).

Professionelle Dolmetscher*innen treffen ihre Entscheidungen kontextabhängig und berücksichtigen dabei insbesondere, wie und in welchem Umfang sie die Kommunikation lenken und welche metakommunikativen Maßnahmen sie situationsbedingt anwenden (Kadrić & Zanocco 2018: 1231). Strategien im Hinblick auf Textverständnis und Textproduktion, wie beispielsweise Antizipation, sind ebenso von großer Bedeutung wie sogenannte Notfallstrategien, die es Dolmetschenden ermöglichen, auch unerwartete und schwierige Situationen im Dolmetschprozess professionell zu bewältigen (Zidar 2012). In spezialisierten Bereichen wie der medizinischen Versorgung sind fundierte Fachkenntnisse und ein grundlegendes Verständnis der menschlichen Anatomie unerlässlich, um medizinische Inhalte präzise und vollständig wiedergeben zu können (Tipton & Furmanek 2016: 152).

In der Dolmetschwissenschaft sind Sprach- und Kulturkompetenz grundlegende Voraussetzungen für den Erwerb weiterführender translatorischer Kompetenzen (Albl-Mikasa 2013: 22). Es wird daher empfohlen, dass Dolmetschanwärter*innen diese Basis bereits vor Beginn eines entsprechenden Studiums mitbringen (Albl-Mikasa 2013: 22). Sprachkompetenz umfasst dabei mehr als nur die fehlerfreie Beherrschung der Muttersprache. Sie beinhaltet vielmehr eine Kompetenz in mindestens einer Fremdsprache, die annähernd muttersprachlichem Niveau entspricht (Albl-Mikasa 2013: 22). Dies schließt die Fähigkeit ein, verschiedene Register sowie diastratische (soziale Schicht) und diatopische (regionale) Varietäten der Sprache zu beherrschen (Tipton & Furmanek 2016: 24). Darüber hinaus umfasst Sprachbeherrschung laut Kadrić (2009) ein bewusstes und sensibles Sprachverständnis für die kulturspezifische Wahrnehmung von Sprache. Dies ermöglicht es, die kulturgebundenen Eigenheiten der eigenen Sprache zu erkennen und sprachliche Produkte sowie deren soziale Bedeutung kompetent zu reflektieren (2009: 214).

Kulturkompetenz im Dolmetschkontext bezieht sich sowohl auf die Mutter- als auch auf die Fremdsprache und geht über reines Wissen über die Kulturen der jeweiligen Sprachen hinaus.

Sie umfasst die Fähigkeit, Sprachen kulturell angemessen zu verwenden (Kadrić 2009: 214). Kulturell bedingte Unterschiede können sich in dolmetschvermittelten Interaktionen zwischen Menschen unterschiedlicher Sprach- und Kulturkreise auf sprachlicher, kognitiver und Verhaltensebene zeigen (Kadrić & Zanocco 2018: 53). In medizinischen Settings ist spezifisches Wissen von besonderer Bedeutung. Dies betrifft beispielsweise Kenntnisse über Schmerzdimensionen, gesellschaftlich akzeptierte und stigmatisierte Krankheiten, angemessene Verhaltensweisen, Tabus sowie die korrekte Beschreibung von Symptomen (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 931). Damit eine Verdolmetschung von allen Beteiligten adäquat verstanden werden kann, findet somit neben der reinen sprachlichen Übertragung immer auch ein kultureller Transfer statt. Was und wie in einer bestimmten Situation präzise vermittelt wird, ist in hohem Maße von der jeweiligen Kulturspezifität abhängig (Kadrić & Zanocco 2018: 54). Da zwischenmenschliche Kommunikation nicht ausschließlich verbal erfolgt, sondern auch nonverbale Elemente einschließt, ist die nonverbale Dimension der Kommunikation eng mit Sprach- und Kulturkompetenz verbunden (Kadrić 2011: 13). Wichtige nonverbale Aspekte, die Crezee (2013,) nennt, sind beispielsweise Proxemik (Raumdistanz), Blickkontakt, Mimik und Gestik, deren Ausprägung je nach Situation und kulturellem Hintergrund variieren kann (2013: 24).

Ethische Kompetenz nimmt in Modellen professioneller Dolmetschkompetenz eine zentrale Stellung ein, was ihre grundlegende Bedeutung für professionell Dolmetschende unterstreicht (Setton & Prunč 2015: 144; Albl-Mikasa 2013: 63; Kadrić 2009: 217). Berufsverbände definieren in ihren Ethikkodizes detailliert erwartete und unangebrachte Verhaltensweisen für Dolmetschende (Setton & Prunč 2015: 144). Als universelle und grundlegende Prinzipien gelten dabei Verschwiegenheit, Kompetenz, Integrität, Neutralität und Inhaltsgenauigkeit (Setton & Prunč 2015: 146). Verschwiegenheit, als oberstes Gebot, untersagt die Weitergabe jeglicher Gesprächsinhalte und persönlicher Informationen (Setton & Prunč 2015: 146). Kompetenz impliziert die Verpflichtung zu qualitativ hochwertiger Leistung und verantwortungsbewusster Auftragsannahme basierend auf dem individuellen Fachwissen (Kadrić 2009: 217). Integrität beinhaltet Ehrlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Solidarität im beruflichen Handeln (Setton & Prunč 2015: 146). Diese Prinzipien implizieren auch das Recht auf Auftragsablehnung aus moralischen oder ethischen Gründen, etwa bei Förderung krimineller Handlungen oder Gefährdung von Menschenleben (Setton & Prunč 2015: 146). Die Konzepte Neutralität und Inhaltsgenauigkeit gestalten sich komplexer und werden innerhalb ethischer Diskussionen teils kontrovers diskutiert (Setton & Prunč 2015:

146). Neutralität kann hierbei als Inhaltsgenauigkeit und Loyalität gegenüber allen Beteiligten interpretiert werden, entsprechend dem Konzept des "rotating side-taking" (Gile 2009: 34). Kadrić & Zanocco (2018) bekräftigen diese Sichtweise und argumentieren, dass Dolmetschende stets im Interesse beider Gesprächsparteien eine faire Kommunikation ermöglichen sollen, ohne ein bestimmtes Ergebnis zu verfolgen (2018: 1291). Empathie erweist sich als weiterer, wesentlicher Bestandteil ethischer Kompetenz. Sie trägt zur Vertrauensbildung bei und unterstützt den Genesungsprozess von Patient*innen (Bialek-Wolf & Kirsch 2017: 921). Merlini & Gatti (2015) definieren Empathie als die Fähigkeit, sich in die Perspektive Anderer hineinzusetzen, um deren Standpunkt zu verstehen und angemessen zu reagieren (2015: 143). Gerade im medizinischen Kontext kann Empathie somit entscheidend zum Wohlbefinden der Patient*innen beitragen (Merlini & Gatti 2015: 155).

Eine professionelle Vorbereitung auf einen Dolmetscheinsatz wird maßgeblich durch zwei Kernaspekte geprägt: die Erstellung und Pflege von Terminologiedatenbanken sowie die Entwicklung einer ausgeprägten Recherchekompetenz. Fantinuoli (2009) betont die Bedeutung von Terminologiedatenbanken, die es Dolmetschenden ermöglichen, rasch auf relevanten Fachwortschatz zuzugreifen. Diese Datenbanken dienen als persönliches Terminologie-Repositorium, in dem Fachbegriffe alphabetisch geordnet und mit essenziellen Zusatzinformationen versehen werden (2009: 411). Zu diesen Zusatzinformationen zählen unter anderem Definitionen, präzisierende Erklärungen oder Anwendungsbeispiele für den jeweiligen Fachterminus. Albl-Mikasa (2012,) empfiehlt in diesem Zusammenhang die Nutzung von spezialisierten Terminologiemanagementprogrammen, da diese Programme die Effizienz der Terminologiarbeit signifikant steigern können (2012: 65). Eine kontinuierliche Erweiterung und Aktualisierung der Terminologiedatenbank ist dabei unerlässlich und sollte idealerweise nicht nur unmittelbar vor anstehenden Einsätzen erfolgen, sondern als fortlaufender Prozess in den Arbeitsalltag integriert sein. Dolmetschende sollten daher idealerweise neue Begriffe, die ihnen in den Medien begegnen, direkt in ihre persönliche Terminologiesammlung aufnehmen und bereits existierende Einträge regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüfen, da gerade im Zuge der fortschreitenden Internationalisierung etablierte Fachtermini nicht selten durch neue Wortschöpfungen ersetzt werden (Albl-Mikasa 2012: 66). Neben dem terminologischen Grundstock spielt die Recherchekompetenz eine zentrale Rolle für eine effiziente Einsatzvorbereitung. Pöchhacker (2001) definiert Recherchekompetenz als die Fähigkeit zur zielgerichteten Vorbereitung auf konkrete Aufträge sowie zur fallbezogenen Erweiterung des eigenen Wissens (2001: 22). Zur gezielten

Wissensaneignung und umfassenden Recherche steht Dolmetschenden ein breites Spektrum an Hilfsmitteln zur Verfügung. Dieses Spektrum umfasst beispielsweise Online-Wörterbücher und Paralleltexte in der Ausgangs- und Zielsprache. Darüber hinaus kann die Konsultation von Fachexpert*innen durch das Stellen relevanter Rückfragen für den Übersetzungsprozess sehr hilfreich sein (Kadrić et al. 2012: 144f.). Da Dolmetschenden im Arbeitsalltag oftmals nur ein begrenzter Zeitrahmen für die eigentliche Einsatzvorbereitung zur Verfügung steht, ist es essenziell, dass sie die Fähigkeit entwickeln, sich rasch in neue Themengebiete einzuarbeiten und relevante Informationen von weniger wichtigen Informationen zu differenzieren (Albl-Mikasa 2012: 68f.). Demzufolge sollten Dolmetschende bei der Recherche aus der Fülle an verfügbaren Informationsquellen gezielt diejenigen Informationen extrahieren, die für den konkreten Translationszweck von direkter Relevanz sind, wobei das Prinzip gelten sollte: „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ (Kadrić et al. 2012: 144). Nach Abschluss einer umfassenden Recherche entscheiden Dolmetschende abschließend, welche der gesammelten Informationen und spezifischen Termini sie in ausgedruckter Form oder digital auf ihrem Laptop als Gedächtnisstütze während des Dolmetscheinsatzes verwenden möchten (Albl-Mikasa 2012: 69).

Es ist jedoch wichtig zu berücksichtigen, dass die zuvor genannten Kompetenzen häufig einen normativen Charakter tragen und von der tatsächlichen Ausgestaltung der Dolmetscherrolle in der Praxis abweichen können (Pöllabauer 2015: 358ff.). Schmidt-Glenewinkel (2013) argumentiert in diesem Zusammenhang, dass die tatsächliche Rolle von Sprachmittelnden stark variieren kann. Dies sei auf das Fehlen einheitlicher Standards und die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der Praxis zurückzuführen (2013: 22). Des Weiteren merken Varela Salinas & Meyer (2015) an, dass "kulturelle Probleme in der Kommunikation nicht immer berücksichtigt werden" (2015: 8). Ihrer Ansicht nach liegt dies unter anderem daran, dass Dolmetschende im medizinischen Bereich keine homogene Berufsgruppe darstellen (Felgner 2009: 47).

1.3 Erwartungen an Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich

Die Perspektive der Nutzer*innen von Dolmetschdienstleistungen umfasst, wie Pöchlhammer (2015) umfassend darlegt, alle relevanten Bezugsgruppen. Dies beinhaltet sowohl die Auftraggeber und Kostenträger der Dolmetschung als auch alle weiteren an der Kommunikation beteiligten Personen. Nutzererwartungen lassen sich dabei definieren als "Dolmetschen darüber, was man voraussichtlich bekommen wird oder bekommen möchte" (2015: 430). Obwohl Untersuchungen zu Nutzererwartungen eine gängige wissenschaftliche

Methode in der Qualitätsforschung des Dolmetschens darstellen, merkt Reithofer (2014) kritisch an, dass sie nicht unmittelbar die tatsächliche Qualität der Dolmetschleistung messen (2014: 21). Reithofer (2014) führt weiter aus, dass eine exzellente Dolmetschleistung demnach nicht zwangsläufig zur Erfüllung der Nutzererwartungen führt (2014: 24). Nutzererwartungen beziehen sich in erheblichem Maße auf das Aufgabenprofil von Dolmetschenden, wie Tipton & Furmanek (2016) aufzeigen. Insbesondere im Bereich des Dialogdolmetschens werden Nutzererwartungen häufig mit Rollenerwartungen gleichgesetzt (vgl. Tipton & Furmanek 2016: 136). Die Art und Weise, wie Dolmetschende von den anderen Beteiligten wahrgenommen werden und die damit verbundenen Rollenerwartungen, können den Erfolg der dolmetschvermittelten Kommunikation maßgeblich beeinflussen. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn Patient*innen Dolmetschende lediglich als ein störendes Element wahrnehmen (vgl. Tipton & Furmanek 2016: 137).

Im Rahmen einer Studie untersuchte Allaoui (2005) die unterschiedlichen Erwartungen und tatsächlichen Aufgaben von Dolmetschenden im Krankenhaus aus der Perspektive von Ärzt*innen und Dolmetschenden. Allaouis Untersuchung zielte darauf ab, die Vorstellungen und praktischen Tätigkeiten von Dolmetschenden im medizinischen Kontext zu ermitteln. Die befragten Ärzt*innen äußerten dabei vielfältige Erwartungen an Dolmetschende. Neben der primären Aufgabe des Dolmetschens nannten sie unter anderem die neutrale Vermittlung, die Betreuung von Patient*innen sowie die Weitergabe relevanter Informationen und weitere, nicht näher definierte Tätigkeiten als wichtige Aufgabenbereiche (Allaoui 2005: 58ff.). Im Gegensatz dazu sahen die befragten Dolmetschenden ihre Kernaufgabe primär im Dolmetschen selbst. Darüber hinaus betonten sie aber auch die Bedeutung der Betreuung von Patient*innen, insbesondere in sozialen Fragen, sowie die Vermittlung von Terminen. Weitere zentrale Aufgabenfelder stellten für die Dolmetschenden die Sprach- und Kulturmittlung sowie die generelle Unterstützung sowohl des Krankenhauspersonals als auch der Patient*innen dar (Allaoui 2005: 84ff.). Eine übereinstimmende Ansicht zwischen Ärzt*innen und Dolmetschenden zeigte sich in Bezug auf einige konkrete Aufgabenfelder. Sowohl die Ärzt*innen als auch die Dolmetschenden waren sich einig, dass Dolmetschende sowohl krankenhausinterne als auch -externe Aufgaben übernehmen sollten. Ebenso herrschte Konsens darüber, dass die Terminvereinbarung, die passive Sprachmittlung während der Arzt-Patienten-Kommunikation, die Kulturmittlung und die Patientenbegleitung zentrale Bestandteile des Aufgabenprofils von Dolmetschenden im medizinischen Bereich darstellen (Allaoui 2005: 60ff.; Allaoui 2005: 87ff.).

Hsieh und Kramer (2012) untersuchten die unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Erwartungen, die an Dolmetschende im medizinischen Kontext herangetragen werden. Ein verbreitetes Idealbild in medizinischen Einrichtungen ist, dass Dolmetschende als unauffällige, neutrale Sprachrohre fungieren sollen. Vielfach wird von ihnen erwartet, lediglich als "unsichtbare Anwesende" zu agieren und sich auf die Rolle eines neutralen Kanals zu beschränken (2012: 158). Gleichzeitig werden aber Aufgaben von ihnen gefordert, die diesem Ideal widersprechen und eher einem zweckorientierten Verständnis der Dolmetscherfunktion entsprechen. Obwohl die Dolmetschwissenschaft längst belegt hat, dass Dolmetschende sichtbare und aktive Gesprächsteilnehmer sind, die sich aktiv in den Kommunikationsprozess einbringen, um eine "effektive, ethische und kulturell sensible Versorgung" (Hsieh & Kramer 2012: 158) zu gewährleisten, halten viele Institutionen im Gesundheitswesen weiterhin an der Vorstellung fest, Dolmetschende seien primär ihre Hilfskräfte und keine gleichberechtigten Partner in der Kommunikation. Aus dieser Haltung resultieren widersprüchliche Anforderungen: Einerseits sollen Dolmetschende neutral und vollständig dolmetschen, andererseits aber auch Informationen aus Patientenäußerungen selektieren, wenn diese aus Sicht des medizinischen Personals zu weit ausschweifen oder vermeintlich irrelevante Details beinhalten. Darüber hinaus wird von Dolmetschenden erwartet, dass sie Patient*innen auf Anweisung des medizinischen Personals eigenständig Fragen stellen und ihnen gleichzeitig emotionale Unterstützung anbieten (vgl. Hsieh & Kramer 2012: 158ff.). Der aktuelle Zustand im Gesundheitswesen verdeutlicht, dass die Prinzipien partizipativer Dolmetschmodelle in der Praxis häufig keine Anwendung finden. Zeit- und Kostendruck spielen hierbei eine erhebliche Rolle. Die Perspektive und Stimme der Patient*innen scheinen in der klinischen Realität oft weniger Gewicht zu haben (vgl. Hsieh & Kramer 2012: 161), da im stressigen Klinikalltag häufig kaum ausreichend Zeit für eine ausführliche Kommunikation mit Patient*innen verbleibt.

Die Erwartungen an Dolmetschende im medizinischen Kontext variieren stark in Abhängigkeit von der jeweiligen Fachrichtung, wie eine Studie verdeutlicht. So legen Allgemeinmediziner*innen großen Wert auf den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung, während für das Personal in Notaufnahmen die unmittelbare Information über den Zustand der Patient*innen und somit eine schnelle Diagnosefindung im Vordergrund steht (Hsieh et al. 2013: 558). Hsieh (2016) argumentiert, dass sich diese unterschiedlichen Prioritäten in divergierenden Erwartungshaltungen an Dolmetschende widerspiegeln. So zeigen beispielsweise Pädiater in der Behandlung von Kindern mit ADHS abweichende Erwartungen

im Vergleich zu Ärzt*innen in Notaufnahmen (2016: 198). Unabhängig von der Spezialisierung sind jedoch adäquate Sprachkenntnisse und medizinisches Fachwissen für den Behandlungserfolg unerlässlich. Kulturelle Kompetenz hingegen wird von Ärzt*innen tendenziell als nachrangig betrachtet (vgl. Hsieh 2016: 281 ; 284).

Dolmetschende werden im Gesundheitswesen zwar häufig als wesentlicher Bestandteil des Behandlungsteams angesehen, jedoch tendenziell anders als Patient*innen eingeordnet. Diese Kategorisierung impliziert oft, dass von Dolmetschenden in erster Linie Loyalität gegenüber den Ärzt*innen erwartet wird (Hsieh 2016: 13; 212). Der Fokus der Erwartungen medizinischen Personals liegt demnach primär auf der Unterstützung der Ärzt*innen bei der Erreichung ihrer therapeutischen Ziele (Hsieh 2016: 203). Hsieh (2016) veranschaulicht diese Perspektive treffend, indem er Dolmetschende als "Prothesen" der Ärzt*innen bezeichnet, ohne die diese ihre ärztliche Tätigkeit nicht adäquat ausüben könnten (2016: 214). Folglich wird von Dolmetschenden im Wesentlichen die Wiedergabe der ärztlichen Perspektive und professionellen Identität erwartet. Aus diesem Grund präferieren Ärzt*innen in der Regel professionelle Dolmetschende oder zweisprachiges Klinikpersonal gegenüber Familienmitgliedern, da sie davon ausgehen, dass erstgenannte primär in ihrem Sinne und Interesse handeln (Hsieh 2016: 209). Auch Vertrautheit in der direkten Zusammenarbeit spielt eine entscheidende Rolle. Ärzt*innen bevorzugen demnach die Kooperation mit Dolmetschenden, die mit den typischen Behandlungsabläufen im jeweiligen medizinischen Feld vertraut sind und somit die Agenda der Ärzt*innen aktiv unterstützen (Hsieh 2016: 203). Eine stabile und eingespielte Zusammenarbeit basiert somit auf gemeinsam entwickelten Kooperationsmustern und dem grundlegenden Vertrauen, dass Dolmetschende die Ärzt*innen in der erfolgreichen Umsetzung ihrer Behandlungspläne unterstützen (Hsieh 2016: 226).

Weissenhofer (2017) betont, dass die Erwartungen an Dolmetschende im Kontext des Medizintourismus in Österreich äußerst vielfältig sein können. In einer Untersuchung erachteten sämtliche befragten Gruppen – Patient*innen, Krankenhauspersonal und eine Vertretung einer Patientenvermittlungsagentur – ein ausgewogenes Verhältnis von Mitgefühl und professioneller Distanz als besonders relevant. Interessanterweise betrachtete die Vermittlungsagentur Dolmetschende als Verbündete und erwartete von ihnen Empathie, Sympathie sowie Verantwortungsbewusstsein (2017: 65). Demgegenüber legten die befragten Ärzt*innen primär Wert auf fundiertes medizinisches Wissen und detaillierte Kenntnisse des Fachvokabulars. Auch die Patient*innen selbst stufen diese Sach- und Fachkompetenz als sehr

bedeutsam ein. Zusätzlich erwarteten Patient*innen, dass medizinische Inhalte für sie gut verständlich aufbereitet werden und Dolmetschende ihnen einen vereinfachten Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen. Patient*innen im Medizintourismus erwarten demnach von Dolmetschenden mehr als die reine Sprachmittlung.

Iacono (2018) hebt hervor, dass Patient*innen im Medizintourismus aufgrund des erheblichen Aufwands, der mit der Reise einhergeht, sowohl an die medizinische Behandlung als auch an das Arzt-Patienten-Gespräch und somit auch an die Dolmetschenden hohe Erwartungen knüpfen. Sie nehmen oft ein umfassendes Dienstleistungspaket in Anspruch, das neben der Organisation der Reise auch die Einholung einer Zweitmeinung und die Erläuterung spezieller Behandlungsformen beinhaltet, die in ihrem Heimatland möglicherweise nicht zugänglich sind (2018: 6). Dies führt zu neuartigen Anforderungen an Dolmetschende, die unter Umständen proaktives Verhalten erfordern und über reine Dolmetschaufgaben hinausgehen können (Iacono 2018: 6). Ivaşcu (2014) berichtet auch von Dolmetschenden im Medizintourismus, deren Aufgaben von Anrufen im Auftrag der Nutzer*innen über Hotelreservierungen bis hin zur Organisation von Transfers reichen (2014: 97). Eine Dolmetscherin zählte zu den außertranslatorischen Erwartungen unter anderem Auskünfte zu touristischen Attraktionen, organisatorische Aufgaben wie die Suche nach geeigneten Verkehrsverbindungen zwischen Flughafen und Stadtzentrum, die Suche nach der passenden medizinischen Ansprechperson oder Institution sowie die Korrespondenz zwischen Patient*innen und Ärzt*innen und die Abholung der Patient*innen vom Flughafen (Ivaşcu, 2014: 108f.). Auch Chistyakova (2016) beschreibt vergleichbare außertranslatorische Erwartungen an Dolmetschende, welche die Planung, Koordination und Organisation des gesamten Aufenthalts im touristischen und medizinischen Kontext umfassen (2016: 72f.)

1.4 Dolmetschmodi und Dolmetscharten im Einsatz

Im Bereich der Translationswissenschaft werden zwei Hauptformen des Dolmetschens grundlegend unterschieden: das Konsekutiv- und das Simultandolmetschen (Kadrić et al. 2012: 68). Die Wahl der geeigneten Dolmetschmodus hängt stark von der jeweiligen Kommunikationssituation ab und liegt oft im Ermessen der Dolmetschenden. Konsekutivdolmetschen wird typischerweise bei kürzeren Veranstaltungen bevorzugt, beispielsweise in diplomatischen, wirtschaftlichen oder politischen Kontexten, aber auch bei Behördenterminen. Bei internationalen Konferenzen mit mehreren beteiligten Sprachen ist hingegen Simultandolmetschen aufgrund der resultierenden Zeitersparnis oftmals die Methode der Wahl (Kadrić et al. 2012: 68).

Das Konsektivdolmetschen, als die traditionellere und ältere Methode angesehen (Kadrić et al. 2012: 68), zeichnet sich dadurch aus, dass die Wiedergabe des Gesagten zeitversetzt erfolgt. Der Inhalt wird erst nach dem Vortrag eines kompletten Textes oder eines Textabschnitts in die Zielsprache übertragen. Die Länge dieser Abschnitte kann variieren und von wenigen Sekunden bis zu mehreren Minuten reichen (Kadrić et al. 2012: 68). Um sich bei längeren Abschnitten besser an den Inhalt erinnern zu können, machen sich Dolmetschende Notizen (Kadrić et al. 2012: 68). Ein wesentliches Merkmal dieser Technik ist der erhöhte Zeitbedarf, da sich die benötigte Zeit nahezu verdoppelt, weil das Gesagte im Nachhinein noch einmal wiederholt werden muss (Kadrić et al. 2012: 68).

Im Gegensatz dazu ermöglicht das Simultandolmetschen eine deutliche Zeitersparnis. Hierbei werden die Aussagen nahezu zeitgleich, also simultan, verdolmetscht und nicht erst im Anschluss. Mit einer minimalen Verzögerung von nur wenigen Sekunden beginnen Dolmetschende mit der Übertragung des Ausgangstextes in die Zielsprache, ohne den Redner zu unterbrechen. Simultandolmetschende arbeiten typischerweise in schallisolierten Kabinen und nutzen Kopfhörer, um den Ausgangstext zu empfangen, und Mikrofone, um ihre Verdolmetschung für die Zuhörer in der Zielsprache wiederzugeben. Auch die Zuhörenden erhalten den Zieltext über Kopfhörer (Kadrić et al. 2012: 68). Diese simultane Dolmetschtechnik, die bereits in den 1920er Jahren dank technischer Fortschritte Anwendung fand, erlangte insbesondere durch die Nürnberger Kriegsverbrecherprozesse in den Jahren 1945 und 1946 internationale Bekanntheit und etablierte sich in der Folge (Kadrić et al. 2012: 68).

Eine besondere Form des Simultandolmetschens, die ohne den Einsatz technischer Hilfsmittel auskommt, ist das Flüsterdolmetschen, im Französischen auch als "Chuchotage" bekannt. Bei dieser Technik positioniert sich der Dolmetscher direkt neben der Person, für die gedolmetscht wird, und flüstert ihr das Gesagte simultan und diskret ins Ohr. Um bei Bedarf einen größeren Zuhörerkreis zu bedienen, kann beim Flüsterdolmetschen auch eine Personenführungsanlage, beispielsweise ein sogenannter Flüsterkoffer mit mehreren Kopfhörern für die Zuhörer und einem Mikrofon für den Dolmetscher, verwendet werden (Pöchhacker 2004: 19). Es existieren also verschiedene Dolmetscharten, die sich in ihrer Methode und Durchführung voneinander unterscheiden. Eine besondere Form stellt das Vom-Blatt-Dolmetschen dar. Hierbei wird ein schriftlicher Text simultan mündlich in die Zielsprache übertragen (Pöchhacker 2004: 20). Darüber hinaus wird in Bezug auf die Sprachrichtung zwischen unilateralem und bilateralem Dolmetschen differenziert. Beim unilateralen Dolmetschen erfolgt die Sprachmittlung lediglich

in eine Richtung, üblicherweise aus der Fremdsprache in die Muttersprache. Im Gegensatz dazu wechseln Dolmetschende beim bilateralen Dolmetschen zwischen Zielsprache und Ausgangssprache, wodurch sowohl aus der Muttersprache in die Fremdsprache als auch umgekehrt gedolmetscht wird (Kautz 2000: 291).

Pöchhacker (2016) schlägt eine umfassende Taxonomie für das Dolmetschen vor, die sich an vier wesentlichen Kriterien orientiert, um die Vielfalt des Dolmetschens systematisch zu erfassen (2016: 18ff.). Diese Kriterien umfassen die Sprachmodalität, den Modus, die Direktionalität und den Technologieeinsatz. Als grundlegendes Unterscheidungsmerkmal wird zunächst die Sprachmodalität genannt (Pöchhacker 2016: 18). Dieses Kriterium betrachtet, ob gesprochene Sprache oder Gebärdensprache im Dolmetschprozess verwendet wird. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist der Modus des Dolmetschens. Hierbei differenziert Pöchhacker (2016) zwischen konsekutivem (zeitversetztem) und simultanem (zeitgleichem) Dolmetschen, basierend auf dem zeitlichen Verhältnis zwischen Ausgangs- und Zielsprache (2016: 18ff.). Drittens spielt die Direktionalität eine zentrale Rolle in dieser Taxonomie (Pöchhacker 2016: 21f.). Da wird die Richtung der Sprachübertragung beschrieben. Es wird unterschieden zwischen ein-direktionalem Dolmetschen, bei dem die Übertragung nur in eine Richtung erfolgt, und bidirektionalem Dolmetschen, bei dem in beide Richtungen gedolmetscht wird. Ein-direktionales Dolmetschen findet typischerweise in Konferenzsituationen Anwendung, während bidirektionales Dolmetschen häufig in Dialogsituationen zum Einsatz kommt (Pöchhacker 2016: 21f.). Schließlich klassifiziert Pöchhacker (2016) das Dolmetschen nach dem Technologieeinsatz. In diesem Zusammenhang wird zwischen Vor-Ort-Dolmetschen, bei dem alle Beteiligten physisch am selben Ort anwesend sind, und Ferndolmetschen, bei dem die Beteiligten räumlich voneinander getrennt sind und Technologie für die Kommunikation eingesetzt wird, unterschieden (2016: 22f.). Das Ferndolmetschen, bei dem mindestens eine Partei technologisch zugeschaltet ist, umfasst sowohl das Telefondolmetschen (das bereits seit den 1950er Jahren existiert) als auch das Videodolmetschen. Videodolmetschen wird primär für die Übertragung von Laut- in Gebärdensprache genutzt (Pöchhacker 2016: 22; 184). Pöchhacker (2016) definiert "Remote Interpreting proper" – im Deutschen als Ferndolmetschen bezeichnet – konkret als Dolmetschen, bei dem sich der Dolmetscher nicht am selben Ort wie die anderen Kommunikationsbeteiligten befindet. "Videoconference Interpreting" hingegen beschreibt eine Situation, in der sich der Dolmetscher mit einer Partei am selben Ort befindet, während eine oder mehrere andere Parteien zugeschaltet sind (2016: 22; 184).

1.4.1 Ferndolmetschen: Anwendungen und Potenziale

Die fortschreitende Globalisierung und der technologische Fortschritt haben, wie in der DIN 8578-Norm (2021) (Konsekutives Ferndolmetschen - Anforderungen und Empfehlungen) festgehalten, zur Etablierung einer Dolmetschart geführt: dem Ferndolmetschen. Beim Ferndolmetschen sind, gemäß dieser Norm, Dolmetschende und Gesprächspartner räumlich voneinander getrennt und durch Informations- und Kommunikationstechnologien miteinander verbunden. Diese Entwicklung wurde durch die wachsende Zahl von Menschen begünstigt, die grenzüberschreitende Dienstleistungen in Anspruch nehmen, insbesondere in sensiblen Bereichen wie Medizin und Soziales (DIN 8578-Norm 2021: 8). Grundsätzlich wird Ferndolmetschen über zwei Medien realisiert: Telefon und Video (DIN 8578-Norm, 2021: 8). Eine besondere Herausforderung stellt hierbei die spontane Verfügbarkeit von Dolmetschenden in Gesundheitseinrichtungen dar, da der Bedarf oft schwer vorhersehbar ist (Kletečka-Pulker 2013: 67).

Die COVID-19-Pandemie hat die Nachfrage nach Ferndolmetschdiensten in verschiedenen Sektoren, darunter Gerichte, Sozialeinrichtungen und teils auch das Gesundheitswesen, nochmals verstärkt (Havelka 2021: 64). Dies führt im Gesundheitswesen zu besonderen Schwierigkeiten, da hier häufig ein sehr kurzfristiger Dolmetschbedarf besteht (Havelka 2021: 67). Eine praktikable Lösung in diesem Kontext kann das Ferndolmetschen sein, bei dem sich die Gesprächspartner physisch am selben Ort befinden, während die Dolmetschenden per Video- oder Telefonverbindung zugeschaltet werden (Braun 2015: 346). Angesichts der Schwierigkeiten, jederzeit flexible und qualifizierte Dolmetschende direkt vor Ort verfügbar zu haben, gewinnt diese Methode zunehmend an Bedeutung (Havelka 2018: 19). Ein weiterer wesentlicher Vorteil des Ferndolmetschens liegt in dem geringen technischen und finanziellen Aufwand, der dennoch eine deutliche Verbesserung der Kommunikation ermöglicht (Havelka 2018: 29).

Obwohl das Ferndolmetschen im Gesundheitswesen zahlreiche Vorteile bietet, bringt diese Form der Sprachmittlung auch einige Herausforderungen mit sich. Ein wichtiger Aspekt betrifft die Vergütung: Kelly & Pöchlhammer (2015) weisen darauf hin, dass ein Trend zu beobachten ist, Video- und Telefondolmetschende schlechter zu bezahlen. Dies kann dazu führen, dass Ferndolmetschen für professionelle Dolmetscher*innen an Attraktivität verliert, was sich wiederum negativ auf die Qualität dieser Dienstleistungen auswirken kann (2015: 415). Darüber hinaus beeinflusst diese Dolmetschart die Dynamik des Gesprächs in erheblichem

Maße, wie Havelka (2018) betont. Alle Beteiligten, einschließlich der Dolmetschenden selbst, müssen daher besondere Kompetenzen aufweisen, da sich ein solches Setting deutlich von einem Gespräch in Präsenz unterscheidet (2018: 30). Studien deuten darauf hin, dass Dolmetschende die eingeschränkten Bedingungen beim Ferndolmetschen tendenziell als umständlicher empfinden als Gesprächssituationen vor Ort, wobei alle Beteiligten ein persönliches Gespräch bevorzugen (Fiedler et al. 2022). Oftmals werden Dolmetschende in Ferndolmetsch-Settings erst kurz vor Beginn oder sogar mitten im Gespräch zugeschaltet. Havelka (2018) merkt an, dass sich dadurch die Rolle der Dolmetscher*innen von einer Begleit- und Betreuungsperson der Patient*innen im Vorfeld, während und nach dem Gespräch zu reinen Sprachmittler*innen wandelt (2018: 212). Die daraus resultierende Spontaneität kann eine ausführliche Vorbereitung erschweren und somit die Qualität des Dolmetschens beeinträchtigen (Kalina 2015: 319). Zudem führt diese erhöhte Spontaneität häufig zu mehr Stress und erschwert die Arbeitsbedingungen zusätzlich für die Dolmetschenden (Havelka 2018: 26). Ein weiterer Faktor ist das Gefühl der Entfremdung, das als mögliche Folge der physischen Distanz der Dolmetschenden beschrieben wird (Havelka 2018: 26). Da sich Dolmetschende und Gesprächspartner nicht am selben Ort befinden und daher nicht auf den gleichen "Referenzrahmen" zurückgreifen können, weichen Dolmetschende in solchen Situationen nicht selten von der gängigen Praxis des Dolmetschens in der Ich-Form ab und tendieren stattdessen zur indirekten Rede (Kelly & Pöchlhammer 2015: 415).

1.4.2 Einsatz von Telefondolmetschen und Videodolmetschen

Die Anfänge des Ferndolmetschens lassen sich bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückverfolgen, als das Telefondolmetschen in Australien eingeführt wurde. Havelka (2018) betont, dass das Hauptziel zu dieser Zeit darin bestand, der großen Anzahl von Menschen mit unterschiedlichen Muttersprachen den Zugang zu Dienstleistungen zu erleichtern, da diese oft nicht über ausreichende Kenntnisse der Landessprache verfügten (2018: 29). In den USA entwickelte sich Telefondolmetschen etwas später. Hier wurde die Entwicklung jedoch primär von privaten Anbietern und insbesondere von Telefondolmetschfirmen vorangetrieben (Kelly 2008: 901). Das Telefondolmetschen erweist sich als besonders nützlich in bestimmten Situationen. Angelelli (2019) nennt hier Dienstleistungsnutzer in schwer erreichbaren Regionen oder Akutsituationen, in denen eine schnelle und unkomplizierte Lösung benötigt wird (2019: 31). Die Bedeutung des Telefondolmetschens für die moderne Dienstleistungserbringung wird von Iglesias Fernández (2020) treffend zusammengefasst: "Telemedizin ist eine Realität, die gekommen ist, um zu bleiben, und Dolmetscher*innen sind Teil dieses Wandels in der Erbringung von Dienstleistungen." (2020: 92). Seit der Etablierung auf dem globalen Markt

verzeichnet das Telefondolmetschen eine stetig wachsende Nachfrage, was seine Sichtbarkeit kontinuierlich erhöht und die öffentliche Wahrnehmung dieser Tätigkeit sowie das Verständnis für die Profession positiv beeinflusst hat. Auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die den Telefondolmetschsektor zumindest teilweise regulieren, hat zu dieser positiven Entwicklung beigetragen (vgl. Kelly 2008). Aktuelle Marktentwicklungen und der rasante Anstieg von Teledolmetschleistungen deuten darauf hin, dass sich der Bereich des Telefondolmetschens parallel zum technologischen Fortschritt weiterentwickeln wird. Diese Tendenzen sind auf dem heutigen Markt bereits deutlich erkennbar (Russo et al. 2020: 199).

Die typischen Einsatzgebiete ähneln denen des Community Interpreting und umfassen Institutionen im Gesundheits-, Sozial- oder Rechtsbereich (vgl. Kelly 2008). Kelly (2007) hebt speziell für den medizinischen Bereich hervor, dass Telefondolmetschen vorteilhaft ist, wenn professionelle Dolmetschende dringend benötigt werden, aber nicht zeitnah vor Ort sein können (2007: 2). Der Wegfall von Anfahrtszeiten und die reduzierte Wahrscheinlichkeit, auf Laiendolmetschende zurückgreifen zu müssen, sind hierbei wesentliche Vorteile. Zudem stellt Telefondolmetschen eine praktikable Lösung dar, um Sprachbarrieren zu überwinden, insbesondere wenn keine dritte Person bei einer Konsultation erwünscht ist oder die Kommunikation ohnehin bereits telefonisch erfolgt (Kelly 2008: 7). Kelly (2008) weist jedoch einschränkend darauf hin, dass Telefondolmetschen nicht als vollwertiger Ersatz für Dolmetschende vor Ort betrachtet werden sollte. Insbesondere in der psychischen Gesundheitsversorgung und in komplexen Kommunikationssituationen können Schwierigkeiten auftreten (2008: 7).

Im Vergleich zu anderen Settings zeichnet sich das Telefondolmetschen durch eine hohe Spontaneität und sofortige Verfügbarkeit aus. Diese scheinbare Flexibilität geht jedoch mit suboptimalen Arbeitsbedingungen einher (Wadensjö 2013: 52). Der Markt für Telefondolmetschen im Gesundheitsbereich ist oft von Unvorhersehbarkeit und einem defizitären Verständnis für die Bedürfnisse der Dolmetschenden geprägt. Dies führt dazu, dass viele Telefondolmetschende unmotiviert sind, ihre Kompetenzen durch Fortbildungen zu erweitern und sich bei ihren Einsätzen oft unzureichend vorbereitet fühlen. Erschwerend kommt hinzu, dass Auftraggeber häufig über begrenzte Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden verfügen. Unterstützende Materialien oder relevante Informationen zur Auftragsvorbereitung, wie beispielsweise Details zu den Gesprächsteilnehmern, der Krankengeschichte der Patient*innen oder relevanten Vorerfahrungen, werden im Vorfeld oft

nicht zur Verfügung gestellt (Hale 2007: 8). Aufgrund der spontanen Einsätze bleibt in der Regel keine Zeit für ein Briefing über die Gesprächspartner und die jeweilige Situation (Havelka 2018: 298). Daher sind Telefondolmetschende oft darauf angewiesen, Gesprächsteilnehmer und den kommunikativen Kontext allein anhand akustischer Informationen zu erfassen (Amato 2020: 41). Diese ohnehin herausfordernden Umstände werden durch die allgemeine Organisationsweise vieler Anbieter von Telefondolmetschleistungen zusätzlich verstärkt. Von Telefondolmetschenden wird oft erwartet, jeden Anruf zu jeder Zeit und zu jedem beliebigen medizinischen Thema schnell und effizient anzunehmen (vgl. Amato 2020). Vielerorts werden Telefondolmetschende in ihrer Rolle mit Callcenter-Angestellten verglichen, was sich unter anderem in der Erwartung ständiger Verfügbarkeit, dem Verzicht auf Einarbeitungszeiten und teilweise sogar einer Bezahlung pro Minute niederschlägt (Wang 2018: 102). Die Kombination aus großer Unsicherheit, Unvorhersehbarkeit und der oft sensiblen Natur medizinischer Gespräche stellt somit insgesamt eine erhebliche Herausforderung für Telefondolmetscher*innen dar (Havelka 2018: 298).

Eine andere Methode im Bereich des Ferndolmetschens stellt das Videodolmetschen dar. Diese Methode kombiniert, wie Kelly (2007) ausführt, die Vorzüge des Telefondolmetschens mit Aspekten des Dolmetschens vor Ort. Konkret bedeutet dies, dass sich Patient*innen und medizinisches Fachpersonal im selben Raum befinden, während die Dolmetschenden per Videoschaltung zugeschaltet werden (Kletečka-Pulker 2016: 212). International, insbesondere in den USA und Australien, hat sich Videodolmetschen bereits als Standard in Krankenhäusern etabliert, um Verständigungsschwierigkeiten zu überwinden. In Österreich ist Videodolmetschen hingegen noch eine relativ neue Entwicklung (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 18). Um die Integration von Videokonferenzsystemen im Gesundheitswesen voranzutreiben und innovative Lösungen für alle Beteiligten zu entwickeln, wurde in Österreich ein Pilotprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert. Dieses Projekt wurde in Spitälern und in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzt*innen in Kooperation mit verschiedenen Institutionen und unter der Beteiligung des Instituts für Ethik und Recht, ÖGS barrierefrei und dem ZTW der Universität Wien durchgeführt (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 15; 18f.). Hier wird erklärt, dass ähnlich dem Telefondolmetschen, eine hochwertige technische Ausstattung und leistungsstarke Software, um die Voraussetzungen für eine effektive mehrsprachige Verständigung zu schaffen, unerlässlich ist (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 20f.). Dazu gehört auch die durchdachte Platzierung der Geräte, um kurzfristige

Videodolmetsch-Einsätze in unmittelbarer Nähe zum visuellen Geschehen zu ermöglichen (Kletečka-Pulker 2016: 212). Die Dolmetschungen im Videodolmetschen werden, analog zum Telefondolmetschen, konsekutiv erbracht. Obwohl der simultane Modus getestet wurde, hat dieser sich aufgrund finanzieller und technischer Schwierigkeiten als unpraktikabel erwiesen (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 171). Schließlich ist es zu erwähnen, dass Videodolmetschen eine weitere Möglichkeit bietet, Sprach- und Kommunikationsbarrieren abzubauen, insbesondere in dringenden Situationen, in denen das Ausbleiben einer Lösung zu organisatorischen Verzögerungen oder gar zum Abbruch der Behandlung führen könnte (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 128). Die Zeitersparnis wird dabei besonders von Ärzt*innen geschätzt, für die Schnelligkeit oft Priorität besitzt (Korak 2012: 90). Dennoch betont Kletečka-Pulker (2016), dass der Einsatz von Dolmetschenden vor Ort weiterhin die optimale Lösung darstellt (Kletečka-Pulker 2016: 213), besonders bei planbaren Behandlungen (Kelly, 2007).

Ein prägendes Charakteristikum des Ferndolmetschens, das gleichzeitig dessen Wirkungsweise maßgeblich bestimmt, ist der starke Einfluss des gewählten Mediums auf die Kommunikation (Russo et al. 2020: 19). Sowohl beim Telefondolmetschen als auch beim Videodolmetschen prägt das jeweilige Medium die Art und Weise der Dolmetschung fundamental. Dabei sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Modalitäten erheblich. Beim Telefondolmetschen kommunizieren Dolmetschende über Telefonleitungen oder spezielle Software-Applikationen mit den Gesprächspartner*innen. Die verbale Interaktion wird hierbei häufig über Lautsprecher verstärkt, um eine bessere Verständlichkeit für alle Anwesenden zu gewährleisten. Diese Methode kann jedoch durch Umgebungsgeräusche beeinträchtigt werden, was die Kommunikation erschweren kann (vgl. Angelelli 2019). Der gravierendste Unterschied zum Videodolmetschen liegt jedoch im vollständigen Fehlen visueller Informationen. Dieser Mangel an visuellen Anhaltspunkten hat weitreichende Konsequenzen für die Durchführung des Dolmetschprozesses und beeinflusst die angewandten Dolmetschtechniken, den Gesprächsablauf als Ganzes sowie die öffentliche Wahrnehmung des Berufsstandes. Wie erwähnt verändert der Mangel an visuellen Informationen beim Telefondolmetschen grundlegend den Gesprächsablauf. So beansprucht allein die Identifikationsphase tendenziell mehr Zeit als beim Videodolmetschen oder Dolmetschen vor Ort (Iglesias Fernández 2020: 90). Obwohl einige Anbieter von Telefondolmetschdiensten versuchen, diese Phase zu beschleunigen, kann dies, laut Kelly (2008), zu einer zusätzlichen Belastung für die ohnehin stark beanspruchten Dolmetschenden führen (2008: 151). Darüber hinaus beeinflusst der telefonische Rahmen den Sprecherwechsel: Dolmetschende müssen aktiver in die

Gesprächsführung eingreifen, um die Kommunikation effizient zu lenken (Iglesias Fernández 2020: 91). Für Dolmetschende stellt das Ausblenden visueller Signale eine erhebliche Herausforderung dar, die sich negativ auf die Qualität der Sprachmittlung im Vergleich zu visuell unterstützten Dolmetscharten auswirken kann (Kelly 2008: 83). Aus diesem Grund sollte das Telefondolmetschen nach Möglichkeit nur als Notlösung in Betracht gezogen werden, wenn ein Dolmetscheinsatz vor Ort nicht realisierbar ist (vgl. Wang 2018). Die Stimme avanciert in diesem Kontext auch zum zentralen Arbeitsinstrument der Ferndolmetschenden, was eine gezielte Schulung in diesem Bereich besonders wichtig macht (Amato 2020). Spezielle Ausbildungen für das Telefondolmetschen werden zwar gefordert, sind jedoch bisher nicht flächendeckend verfügbar, da fälschlicherweise angenommen wird, eine herkömmliche Dolmetscherausbildung qualifiziere auch ausreichend für diese spezifische Dolmetschart (Amato 2020). Diese unzutreffende Annahme kann sich jedoch negativ auf das Ansehen von Telefondolmetschenden auswirken, denn eine Tätigkeit, die ohne spezifische Ausbildung ausgeübt wird, erfährt nicht die gleiche öffentliche Anerkennung und positive Wahrnehmung wie eine Profession mit klarem Kompetenzprofil (Angelelli 2019).

2.Kommunikation im Gesundheitsbereich

Effiziente Kommunikation und kompetente Betreuung sind von grundlegender Bedeutung im medizinisch-therapeutischen und sozialen Bereich, da sie einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenssituation und Gesundheit von Patient*innen haben (Pöllabauer 2003: 17). Eine gelungene Kommunikation erweist sich als essenziell für den Erfolg einer Behandlung. Jedoch gestalten sich Gespräche im medizinischen Kontext oft komplex und können selbst innerhalb derselben Sprachgemeinschaft zu Missverständnissen führen. Kulturelle Unterschiede können diese Problematik in der Arzt-Patient-Kommunikation zusätzlich verstärken, da kulturell verankerte Werte und Symbole zu unterschiedlichen Interpretationen von Informationen führen können (Angelelli 2004: 18). Diese kulturell bedingten Missverständnisse können die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen erschweren und klinische Konsequenzen nach sich ziehen (Angelelli 2004: 18). Sprachliche Barrieren entstehen, wenn Patient*innen nicht die Muttersprache der behandelnden Ärzt*innen sprechen, diese nur unzureichend verstehen oder Schwierigkeiten haben, sich klar auszudrücken (Angelelli 2004: 18). Der Erfolg der Kommunikation hängt maßgeblich von zielgerichteten Fragen der Ärzt*innen sowie dem aufmerksamen und empathischen Zuhören der Patient*innen ab. Ärzt*innen berücksichtigen dabei sowohl verbale als auch nonverbale Signale (Hale 2007: 30ff.). Um diese sprachlichen Barrieren zu überwinden, wird zunehmend auf die Unterstützung von Dolmetscher*innen zurückgegriffen. In der englischsprachigen Fachliteratur sind diese unter Begriffen wie "health care interpreters" oder "medical interpreters" bekannt (Hale 2007: 30ff.). Dolmetscher*innen agieren im Gesundheitswesen als Bindeglied in der triadischen Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. In dieser Konstellation stehen Dolmetscher*innen den Ärzt*innen und den Patient*innen gegenüber, wobei Patient*innen in solchen Gesprächen nicht selten eine untergeordnete Position einnehmen (Angelelli 2004: 7). Heutzutage wird zur Überwindung räumlicher Distanzen vermehrt auf Ferndolmetschen zurückgegriffen. Häufig handelt es sich bei Patient*innen, die auf Dolmetscher*innen angewiesen sind, um Migrant*innen oder Tourist*innen, die die Landessprache des jeweiligen Landes nicht oder nur unzureichend beherrschen (Schouten et al. 2012: 312). Effiziente Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist von grundlegender Bedeutung für den Erfolg medizinischer Behandlungen. Silverman et al. (2013) heben hervor, dass die Kommunikation in Patientengesprächen, insbesondere bei der Anamnese und der Erläuterung von Behandlungen und Medikamenten, sprachlicher Natur ist (2013: 7). Sie argumentieren weiter, dass eine strategische Kommunikation den Krankheitsverlauf von Patient*innen positiv beeinflussen kann und zu effizienteren Konsultationen, gesteigerten Behandlungserfolgen und

einem patientenzentrierten Ansatz führt (Silverman et al. 2013: 8f). Schmidt-Glenewinkel (2013,) weist jedoch darauf hin, dass die Perspektiven von Ärzt*innen und Patient*innen im Gesprächsverlauf oft unterschiedlich sind. Während Ärzt*innen den Gesprächsverlauf häufig standardisiert wahrnehmen, ist dies aus Patientensicht oft nicht der Fall. Ärzt*innen neigen dazu, aufgrund von Zeitmangel und anderen Faktoren eine dominante Rolle einzunehmen und ihre Fragen erfolgsorientiert zu gestalten, was Patient*innen wenig Raum für ihre eigene Perspektive lässt. Zudem verwenden Ärzt*innen häufig medizinische Fachsprache, die für Patient*innen schwer verständlich sein kann (2013: 32).

Vielfältige Faktoren beeinflussen eine gelingende Kommunikation. Hierzu zählen unter anderem Geschlecht, Bildungsniveau, regionale sprachliche Eigenheiten, Gesprächsstil, Lebensstil, individueller Hintergrund und persönliche Erfahrungen (Metzger & Nicodemus 2014: 7f.). Die medizinische Kommunikation stellt hierbei keine Ausnahme dar. Im Gegenteil, in der medizinischen Kommunikation kommen zusätzliche erschwerende Faktoren hinzu, wie beispielsweise Anspannung, Emotionalität und erhöhter Zeitdruck, besonders in Notfallsituationen (Metzger & Nicodemus 2014: 7). Werden Gesprächspartner zudem durch eine Sprachbarriere getrennt, verstärken sich diese Herausforderungen noch weiter (Metzger & Nicodemus 2014: 7). Weitere Problemquellen stellen sprachliche Differenzen im Umgang mit Fachsprache und medizinischer Terminologie, kulturell bedingte Unterschiede sowie unterschiedliche Zielsetzungen von Ärzt*innen und Patient*innen dar (Metzger & Nicodemus 2014: 8). Hinzu kommen situative Unterschiede: Ärzt*innen agieren in ihrem vertrauten Arbeitsumfeld und gehen Routineaufgaben nach, während Patient*innen sich in einer ungewohnten Umgebung in einer Ausnahmesituation befinden. Sie müssen wichtige Entscheidungen treffen und sind oftmals durch Krankheitssymptome geschwächt (Metzger & Nicodemus 2014: 8). Für das gesundheitliche Wohlergehen der Patient*innen ist ein aktiver Informationsaustausch zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Dolmetscher*innen notwendig (vgl. Angelelli 2004: 29), wobei jede dieser Parteien ihre eigenen kommunikativen Ziele verfolgt (vgl. Hsieh 2016: 162).

Medizinische Gespräche unterscheiden sich grundlegend von alltäglichen Interaktionen (Bechmann 2014: 170). Im Gegensatz zu informellen Gesprächen zur sozialen Interaktion, dienen sie primär der zielgerichteten Informationsbeschaffung beider Gesprächspartner und sind somit kein Selbstzweck (Bechmann 2014: 170). Um im medizinischen Kontext effizient die benötigten Informationen von Patient*innen zu erhalten, wird die Kommunikation stark

standardisiert (Bechmann 2014: 170). Bechmann (2014) kritisiert jedoch diese starke Standardisierung, da hierdurch der zwischenmenschliche Aspekt und die Empathie in den Hintergrund treten können (2014: 171). In der Medizin existieren verschiedene Modelle der Gesprächsführung (Bechmann 2014: 130ff.), wobei der patientenzentrierte Ansatz, insbesondere in Form des "Shared Decision Making", zunehmend an Bedeutung gewinnt und medizinische Gesprächsabläufe beeinflusst. Bekannte Modelle der Arzt-Patient-Beziehung sind beispielsweise paternalistisch, informativ, interpretativ, abwägend und "Shared Decision Making" (Bechmann 2014: 130ff.). "Shared Decision Making" betrachtet das Arzt-Patient-Gespräch als partnerschaftliche Zusammenarbeit, bei der die partizipative Entscheidungsfindung im Vordergrund steht (Bechmann 2014: 171). Sowohl die Ärzt*innen als auch die Patient*innen tragen bei diesem Ansatz gemeinsam zur Behandlungsentscheidung bei. Der patientenorientierte Ansatz beinhaltet zudem eine "ganzheitliche Betrachtung" von Patient*innen, bei der neben somatischen Aspekten auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden (Bechmann 2014: 166).

Ein weiteres prägendes Merkmal medizinischer Interaktionen ist das inhärente Ungleichgewicht zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Laut Bechmann (2014) verfügen Ärzt*innen aufgrund ihres spezialisierten Fachwissens und ihres zugeschriebenen Status über eine dominante Position in der Kommunikation (2014: 182f.). Dieser Umstand und der teils monologische Charakter ärztlicher Interaktionen, wie beispielsweise bei Anamnese- oder Visitegesprächen, führen zu einer ungleichen Teilhabe der Gesprächspartner (Bechmann 2014: 172). Ein weiteres Charakteristikum medizinischer Fachsprache ist die Fachsprachlichkeit, Genauigkeit und Korrektheit, wodurch sie sich deutlich von der Alltagssprache unterscheidet (Bechmann 2014: 201). Selbst die Alltagssprache von Dolmetscher*innen kann problematisch sein, da bestimmte medizinische Ausdrücke nicht immer zu ihrem Standardrepertoire gehören (Crezee et al. 2021: 19). Diese registerbedingte Differenz kann zu Verständnisschwierigkeiten führen (Crezee et al. 2021: 19). Bechmann (2014) ergänzt, dass diese Herausforderung noch dadurch verstärkt wird, dass manche Ärzt*innen zu ungenauen alltagssprachlichen Ausdrücken tendieren, während umgekehrt Patient*innen sich bemühen Fachterminologie zu erlernen, diese aber häufig fehlerhaft anwenden (2014: 210). Daher ist es essenziell, dass Ärzt*innen über ausgeprägte kommunikative Kompetenzen verfügen, um einen gleichzeitig effizienten und zugewandten Umgang mit Patient*innen zu gewährleisten (Bechmann 2014: 180). Angelelli (2019) betont in diesem Zusammenhang, dass hochspezialisierte Fachkräfte nicht immer die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten besitzen (2019: 24). Dies lässt den Schluss zu, dass

es von den Ärzt*innen abhängt, ob soziale und kommunikative Kompetenzen als relevant erachtet werden (Bechmann 2014: 180). Bechmann (2014) erachtet soziale Kompetenzen und die Fähigkeit, „richtige“ Fragen zu stellen, als besonders wichtig (2014: 180). Jede Frage sollte demnach ein spezifisches Ziel verfolgen, welches die Art der Frage bestimmt. Sogenannte „inhaltsbezogene Fragen“ dienen beispielsweise dazu, Wissenslücken zu schließen. Rhetorische oder Suggestivfragen können hingegen dazu dienen, die Meinung der Patient*innen zu beeinflussen (Bechmann 2014: 181). Ergänzend dazu stellt sich die Frage nach dem tatsächlichen Wert einer Frage: Dient jede Frage tatsächlich nur der Informationsgewinnung? Bechmann (2014) erklärt, dass in medizinischen Gesprächen auch Fragen verwendet werden, die nicht primär der Informationsbeschaffung dienen (2014: 186). Diese „unechten“ Fragen erfüllen andere Zwecke, wie beispielsweise die Beruhigung von Patient*innen oder die Stärkung ihres Selbstbewusstseins. Ein Beispiel für eine solche Frage wäre: "Fühlt sich das nicht schon deutlich besser an?". Darüber hinaus existieren Gesprächssituationen, in denen Ärzt*innen indirekte Fragen nutzen, um an bestimmte Informationen zu gelangen (Bechmann 2014: 173f).

Ein wesentlicher Faktor, der die medizinische Versorgung und somit die Patientenversorgung beeinflusst, ist der weit verbreitete Zeitdruck im Gesundheitswesen, welcher durch ständigen Zeitmangel entsteht (Bechmann 2014: 146). Dieser Zeitmangel führt dazu, dass Ärzt*innen pro Patient*in weniger Zeit zur Verfügung haben, was sich erheblich auf den Kommunikationsprozess auswirkt. Unter Zeitdruck konzentrieren sich Ärzt*innen stärker auf die sachliche Informationsvermittlung und die Erhebung von Fakten, während die zwischenmenschliche Ebene der Kommunikation in den Hintergrund tritt (Bechmann 2014: 146). Im Vergleich zu alltäglichen Gesprächen können Unterbrechungen die Kommunikation im medizinischen Kontext besonders stark negativ beeinflussen. Patient*innen neigen in derartigen Situationen dazu, eine eher passive Rolle einzunehmen, während Ärzt*innen die Gesprächsführung dominieren. Dies kann problematisch sein, da wichtige Informationen von Patient*innen möglicherweise nicht erfasst werden oder das Verständnis der Behandlung auf Patientenseite lückenhaft bleibt (Bechmann 2014: 148). Es ist bemerkenswert, dass die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung im eigenen Land auch im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Zeitmangel diskutiert wird (Greg et al. 2017: 5). Darüber hinaus spielt der institutionelle Rahmen, in dem medizinische Gespräche stattfinden, eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Kommunikation. Dieser Rahmen umfasst verschiedene Aspekte, wie die Organisationskultur der jeweiligen Gesundheitseinrichtung,

spezifische Abläufe und die räumliche Gestaltung des Gesprächsumfelds (Bechmann 2014: 152). Laut Bechmann (2014) können all diese genannten Elemente "gesprächsblockierend" wirken (2014: 152).

Die Hinzuziehung von Dolmetscher*innen in medizinischen Gesprächen transformiert die Gesprächsanordnung von einer dyadischen zu einer triadischen Konstellation und erweitert somit die kommunikativen Ebenen (vgl. Wadensjö 2013). Ein grundlegender Aspekt der Komplexität medizinischer Kommunikation liegt in der gemeinsamen Verantwortung aller Beteiligten für einen erfolgreichen Gesprächsverlauf. Dies trifft grundsätzlich auf jede Kommunikationssituation zu, da der Erfolg nicht allein von den einzelnen Gesprächspartner*innen, sondern auch von der Art ihrer Interaktion abhängt (Wadensjö, 2013: 62). Demzufolge ist die Kooperation zwischen medizinischem Personal, Patient*innen und Dolmetscher*innen maßgeblich für das Gelingen der Kommunikation (Havelka 2018: 58). Eine besondere Herausforderung im Medizindolmetschen stellen die terminologischen Schwierigkeiten dar. Der Aufwand für die terminologische Vorbereitung kann je nach Erfahrung variieren (Havelka 2018: 216), und die medizinische Fachsprache birgt das Potential für Unsicherheiten während des Dolmetschprozesses. McDowell et al. (2011: 141) gehen sogar so weit zu argumentieren, dass die hochspezialisierte Fachsprache dazu führt, dass nicht alle Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen in allen relevanten Fachgebieten eingesetzt werden können.

2.1 Sprachbarriere seitens Patient*innen im Gesundheitsbereich und mögliche Lösungsansätze

Um Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu analysieren, ist es zunächst notwendig, die spezifischen Bedürfnisse fremdsprachiger Patient*innen zu erfassen. Eine frühe systematische Untersuchung zu dieser Thematik im deutschsprachigen Raum stammt von Pöchlacker (2000a bzw. 2013) basierend auf Daten aus dem Jahr 1996. Diese Erhebung in zehn Wiener Krankenhäusern zeigte, dass die Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen für das medizinische Personal einen alltäglichen Bestandteil darstellt, wobei 27 verschiedene Sprachen vertreten waren. Die Studie verdeutlichte, dass die Häufigkeit solcher Kommunikationssituationen stark zwischen den einzelnen Abteilungen variierte; gynäkologische Abteilungen wiesen dabei einen besonders hohen Anteil auf, während psychiatrische Abteilungen einen geringeren Anteil verzeichneten. Pöchlacker (2000a bzw. 2013) fand weiterhin heraus, dass in 90% der Fälle externe Hilfe bei der Sprachmittlung hinzugezogen wurde. Am häufigsten übernahmen Begleitpersonen diese Aufgabe,

insbesondere Kinder der Patient*innen. In geringerem Maße wurde auch auf fremdsprachiges Krankenhauspersonal zurückgegriffen, wobei es sich hierbei meist um Reinigungs- oder Pflegepersonal und seltener um Ärzt*innen handelte. Die befragten Personen schätzten den Einsatz von dolmetschenden Begleitpersonen fast durchgehend als problematisch ein, da diese oft keine medizinischen oder terminologischen Kenntnisse besaßen und aufgrund ihrer persönlichen Nähe zu den Patient*innen voreingenommen sein konnten. Die Hinzuziehung von Krankenhauspersonal als Dolmetschende wurde hingegen als weniger problematisch bewertet (Pöchlhammer 2000 bzw. 2013: 109ff.) . Pöchlhammer (2000 bzw. 2013) wies jedoch darauf hin, dass alle drei Formen der Sprachmittlung mit gewissen Risiken verbunden sind und dass in Krankenhäusern häufig ein Bewusstsein für diese Risiken fehlt (2000 bzw. 2013: 109ff.) Hoefert (2008) differenzierte im Folgenden zwei Patientengruppen, um die spezifischen Bedürfnisse fremdsprachiger Patient*innen weiter zu beleuchten: Patient*innen mit Migrationshintergrund, die bereits in die Gesellschaft integriert sind, und Patient*innen, die gezielt für medizinische Behandlungen im Rahmen des Medizintourismus einreisen. Während ein Großteil der Forschung sich auf erstere Gruppe konzentriert, existieren laut Hoefert (2008) weniger Untersuchungen, die sich systematisch mit den Sprachbarrieren der zweiten Gruppe auseinandersetzen (2008: 107).

Sprachbarrieren stellen nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Arztpraxen eine Herausforderung dar. Parmakerli (2009) berichtet von einem Beispiel aus Mannheim, wo ein türkischstämmiger Arzt bereits in seiner Kindheit und während des Studiums Erfahrungen im Dolmetschen sammelte. Nach Abschluss seines Medizinstudiums gründete er in Mannheim eine Praxis, die er selbst als „Migrant*innen-Praxis“ bezeichnet (2009: 160), da sie hauptsächlich von türkischsprachigen Patient*innen aufgesucht wird. Sein gesamtes Praxisteam, bestehend aus einer Intensivkrankenschwester, einer Diätassistentin, einer Arzthelferin und einer Aushilfe, hat ebenfalls türkische Wurzeln. Dies ermöglicht eine kultursensible Patientenbetreuung mit Dolmetschleistungen (Parmakerli 2009: 162). Leitner (2013) untersuchte in einer Fallstudie auch die Lösungsansätze zur Überwindung von Sprachbarrieren in einer Wiener Arztpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde. In dieser Praxis, in der ein hoher Anteil der Patient*innen (60% der Eltern) Migrationshintergrund hatte (2013: 144), stellte die Ärztin fest, dass mangelnde Therapietreue häufig durch Sprachbarrieren bedingt war. Zusätzlich entstanden organisatorische Schwierigkeiten, da viele Patient*innen erst abends Termine wahrnahmen, wenn Begleitpersonen zum Dolmetschen verfügbar waren. Als Lösung wurden mehrsprachige Organisationsassistent*innen mit Migrationshintergrund eingestellt.

Für die Ärztin erwies sich die Anstellung dieser Assistent*innen als kostengünstiger als der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen. Leitner (2013) schlussfolgerte jedoch, dass diese Strategie zwar eine Verbesserung im Vergleich zum Einsatz von Laien-Dolmetschenden darstellt, die Expertise qualifizierter Dolmetscher*innen aber nicht vollständig ersetzen kann (2013: 144).

Kletečka-Pulker (2013) betont, dass Patient*innen vor einer medizinischen Behandlung rechtlich aufgeklärt werden müssen, um eine informierte Einwilligung geben zu können (2013: 45). Dies setzt voraus, dass alle Beteiligten im medizinischen Gespräch sich sprachlich hinreichend verständigen können, wobei schriftliche Dokumente allein nicht ausreichen (Spickhoff 2010: 65). Das Recht auf Aufklärung und die Pflicht zur Aufklärung der Ärzt*innen gelten grundsätzlich immer, außer in medizinischen Notfallsituationen. Wird eine adäquate Aufklärung der Patient*innen nicht sichergestellt, ist die Einwilligung zur Behandlung unwirksam, was rechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzt*innen nach sich zieht (Kletečka-Pulker 2013: 45). Aus diesem Grund müssen Ärzt*innen vor Beginn einer Behandlung sicherstellen, dass eine ausreichende Verständigung mit den Patient*innen möglich ist. Sprachbarrieren können die Behandlung an sich ebenfalls negativ beeinflussen, da Ärzt*innen auf spezifische Informationen von Patient*innen angewiesen sind (Spickhoff, 2010: 66). Wasserman et al. (2014) argumentieren, dass die Überwindung von Sprachbarrieren somit nicht nur aus humanitären Motiven, sondern auch aus Gründen des Risikomanagements von großer Bedeutung ist (2014: 2).

Ein häufig übersehener, jedoch wichtiger Aspekt ist dabei die Frage der rechtlichen Verantwortung im Schadensfall, wenn auf den Einsatz von Dolmetscher*innen verzichtet wurde (Kletečka-Pulker 2013: 46). Obwohl die Beweislast, dass Patient*innen die deutschsprachigen Erklärungen verstanden und die notwendigen Angaben machen konnten, grundsätzlich bei den Ärzt*innen liegt, wird die sprachliche Situation in der Praxis nicht immer adäquat eingeschätzt (Bührig & Meyer 2015: 303). Albrecht (2015: 4) ergänzt die Risikobetrachtung und weist darauf hin, dass Fehlinformationen eine weitere potenzielle Gefahr bei unzureichender Sprachmittlung darstellen. Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen vermitteln zwar den Eindruck, dass ihre Sprachkompetenzen für eine reibungslose Kommunikation ausreichen. Jedoch muss im Falle von Behandlungsfehlern, die aufgrund von Sprachbarrieren entstehen, geprüft werden, inwiefern diese Fehler vermeidbar gewesen wären (Kletečka-Pulker 2013: 54). In Österreich schreibt der Gesetzgeber nicht

zwingend den Einsatz von ausgebildeten Dolmetscher*innen für Aufklärungsgespräche vor. Haftungsrechtlich relevant ist jedoch die Frage, wer die dolmetschende Person beauftragt hat (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 66ff.). Die Aufklärungspflicht kann zwar an andere Ärzt*innen übertragen werden, die Anleitungs- und Aufsichtspflicht verbleibt jedoch bei der delegierenden Ärzt*in (Kletečka-Pulker 2013: 65). Wird das Krankenhaus zum Auftraggeber von Dolmetscher*innen, so wird ein Fehlverhalten der Dolmetscher*innen dem Krankenhausträger gemäß § 1313a ABGB als „Erfüllungsgehilfenhaftung“ zugerechnet (Kletečka-Pulker 2013: 69). Um Regressansprüche geltend zu machen, muss im Einzelfall geklärt werden, ob das Krankenhaus die Dolmetscher*innen beauftragt hat und ob dem Fehlverhalten Fahrlässigkeit oder Vorsatz zugrunde liegen. Erfolgt die Beauftragung von externen Dolmetscher*innen, so hängt die Regressmöglichkeit von den jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen ab. Werden hingegen Mitarbeiter*innen des Krankenhauses mit dem Dolmetschen betraut, so ist zu berücksichtigen, dass diese Tätigkeit arbeitsrechtlich nicht zu ihrem Aufgabenbereich gehört. Im Schadensfall könnte eine bestehende Versicherung die Schadensdeckung unter Umständen ablehnen, da die dolmetschende Person möglicherweise keine entsprechende Ausbildung im Dolmetschen vorweisen kann (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 65ff.). Unabhängig davon werden jedoch auch diese Mitarbeiter*innen im Sinne des §1313a ABGB dem Krankenhausträger als Erfüllungsgehilfen zugerechnet (Kletečka-Pulker 2013: 69). Werden Begleitpersonen als Dolmetscher*innen eingesetzt, so dürfen sich Ärzt*innen auf die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzung verlassen, es sei denn, die Reaktion der Patient*innen deutet auf das Gegenteil hin (Kletečka-Pulker 2013: 63).

Ein wesentlicher Faktor, der viele niedergelassene Ärzt*innen von der Hinzuziehung von professionellen Dolmetscher*innen abhält, sind die damit verbundenen Kosten, welche entweder von ihnen selbst oder von den Patient*innen übernommen werden müssten (Leitner 2013: 154). Es ist zu beachten, dass weder in Deutschland noch in Österreich die Kosten für Dolmetscher*innen von den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen getragen werden (Spickhoff 2015: 14). Eine ökonomischere Alternative zur Überwindung von Sprachbarrieren stellt das Ferndolmetschen dar, welches zumeist in Form von Telefondolmetschen oder Videodolmetschen durchgeführt wird (vgl. Angelelli 2019). Beim Ferndolmetschen sind die Dolmetscher*innen nicht physisch anwesend, sondern befinden sich entweder bei einem der Gesprächspartner oder an einem entfernten Ort. Aus wirtschaftlicher Sicht ist der Einsatz von Ferndolmetschen besonders effizient, da die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen wie gewohnt stattfinden kann, während Dolmetscher*innen das

Gespräch beispielsweise per Videokonferenz übertragen (Tipton & Furmanek 2016: 143ff.). Dolmetscher*innen können in manchen Fällen Angestellte der medizinischen Einrichtung sein (Angelelli 2019: 71), oder für externe Unternehmen arbeiten, die Ferndolmetschdienste anbieten. Die räumliche Distanz beim Ferndolmetschen führt jedoch dazu, dass Dolmetscher*innen der Gesamtüberblick über die Gesprächssituation fehlt. Insbesondere beim Telefondolmetschen wird die Gesprächskoordination durch die fehlende visuelle Komponente zusätzlich erschwert. Weitere Nachteile können unzuverlässige Technik und der Mangel an nonverbaler Kommunikation sein (Tipton & Furmanek 2016: 144).

Eine weitere Möglichkeit, Sprachbarrieren in der medizinischen Kommunikation zu überwinden, ist die Verwendung von Englisch als Lingua Franca. Der Erfolg dieser Option ist jedoch stark von den Sprachkenntnissen aller Beteiligten abhängig. Patient*innen sind möglicherweise nicht immer in der Lage, die benötigten Informationen auf Englisch zu vermitteln, was zu Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen führen kann (Crezee 2013: 131). Bialk-Wolf et al. (2017) zeigen in ihrer Studie zu den Anforderungen und interkulturellen Erfahrungen bei der Behandlung von Medizintourist*innen, dass Englisch als Lingua Franca ungeeignet ist, da keiner der Beteiligten über einen ausreichenden Wortschatz verfügt, um sich angemessen auf Englisch auszudrücken (2017: 71ff.). Eine reibungslose Verständigung ist jedoch grundlegend für eine erfolgreiche Behandlung und kann nur auf Basis von interkultureller Kompetenz, Sprachkompetenz und Empathie sichergestellt werden (Bialk-Wolf et al. 2017: 92).

2.2 Kulturspezifische Barriere im Gesundheitsbereich

Kulturell bedingte Unterschiede zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen sind eine Hauptursache für Missverständnisse in der interkulturellen medizinischen Kommunikation. Bechmann (2014) verdeutlicht diese Problematik anhand des Konzepts der „Paradigmendiversität“. Dieses Konzept beschreibt die fundamentalen Differenzen in „Gedanken, Werten, Glaubenssätzen zwischen Arzt und Patient“ (2014: 219), welche solchen Missverständnissen zugrunde liegen. Derartige Differenzen manifestieren sich besonders in voneinander abweichenden Vorstellungen von Krankheit. Verschiedene Autor*innen (vgl. Uluköylü, 2008; Angelelli, 2019; Iacono, 2021) haben festgestellt, dass Krankheitsverhalten und Krankheitsverständnis in Abhängigkeit vom jeweiligen kulturellen Hintergrund variieren. Daraus folgt, dass in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich des Dolmetschens Krankheit stets in einem umfassenden kulturellen Kontext betrachtet wird (vgl. Iacono 2021).

Ein häufig untersuchter Aspekt in der interkulturellen medizinischen Kommunikation ist die unterschiedliche Artikulation von Schmerzen, wobei die Fachliteratur die Annahme vertritt, dass Patient*innen verschiedener Kulturen ihre Symptome und Schmerzen in unterschiedlichem Maße zum Ausdruck bringen (vgl. Iacono 2021). Delli Ponti & Forlivesi (2005) verdeutlichen dies am Beispiel eines deutschen Patienten, dessen zurückhaltende Artikulierung in einer Notaufnahme zu ungleicher Behandlung führte: Obwohl seine Situation von den behandelnden Ärzt*innen als ernster eingeschätzt wurde, verbrachte er fünf Stunden im Wartezimmer, ohne sich zu beklagen und wurde im Vergleich zu Patient*innen, die ihre Schmerzen deutlicher äußerten, später behandelt. Bechmann (2014) beschreibt dieses Phänomen, indem er die "exzessive Emotionalität" südeuropäischer Patient*innen der tendenziell zurückhaltenden Ausdrucksweise nordeuropäischer Patient*innen gegenüberstellt, selbst wenn das tatsächliche Schmerzniveau vergleichbar sein mag (2014: 220f.). Diese unterschiedlichen Arten der Schmerzäußerung werden in der Fachliteratur auch unter dem Begriff "Mittelmeer-Syndrom" diskutiert (vgl. Iacono 2021: 62). Über die reine Schmerzartikulation hinaus existieren auch kulturelle Unterschiede im allgemeinen Gesundheits- und Krankheitsverhalten. So variieren kulturell bedingt beispielsweise die Ansichten zu Gesundheitsthemen, die Häufigkeit von Arztbesuchen oder die soziale Bedeutung von Krankheit. Uluköylü (2008) veranschaulicht dies am Beispiel türkischer Migrant*innen in Österreich, die chronische Erkrankungen über Jahre hinweg akzeptieren, da diese aufgrund der hohen Arbeitsbelastung im Haushalt und im Beruf in ihrer Kultur als normal betrachtet werden (Uluköylü 2008: 182). Ein weiteres Beispiel liefern Creeze et al. (2021) anhand russischer Patient*innen, die mehr Zeit benötigen, um Entscheidungen bezüglich ihrer Diagnose und Behandlung zu treffen. Sie zeigen sich zudem besorgt, wenn sie früher als erwartet aus dem Krankenhaus entlassen werden oder Arzttermine kürzer ausfallen als angenommen (2021: 43).

In verschiedenen Kulturen existiert häufig eine parallele Anwendung von sowohl wissenschaftlich fundierten als auch magisch-medizinischen Ansätzen. Diese Koexistenz kann dazu führen, dass im Rahmen der Krankheitsursachenforschung oder der Wahl der geeigneten Behandlung Experten aus unterschiedlichen Disziplinen hinzugezogen werden müssen, wie Uluköylü (2008) anmerkt. So ist es beispielsweise in der türkischen Kultur verbreitet, dass Patient*innen sowohl Heilpraktiker*innen als auch Fachärzt*innen konsultieren, um ein umfassendes Bild ihrer gesundheitlichen Situation zu erhalten (2008: 180). Ein Beispiel für ein kulturübergreifendes, traditionelles Konzept ist der „böse Blick“, welcher in der türkischen Kultur und anderen Kulturen unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt ist (Uluköylü, 2008:

179). Der „böse Blick“ dient hierbei zur Erklärung unspezifischer, unangenehmer Beschwerden. Die Relevanz solcher traditioneller, teils abergläubischer Vorstellungen im medizinischen Kontext variiert stark in Abhängigkeit vom kulturellen Hintergrund. Während beispielsweise türkische Patient*innen in medizinischen Gesprächen durchaus abergläubische Konzepte thematisieren können, lehnen Kulturen wie die amerikanische oder kanadische Aberglauben als Krankheitsursache eher ab und vertrauen primär auf die Biomedizin als Erklärungsmodell (Uluköylü 2008: 179). Laut Creeze et al. (2021) können diese grundlegenden Unterschiede in den Krankheitskonzepten zu Missverständnissen in der interkulturellen medizinischen Kommunikation führen, insbesondere im Kontakt zwischen westlich ausgebildeten medizinischen Fachkräften und Patient*innen aus Kulturen mit starker volksmedizinischer Prägung (2021: 35).

In interkulturellen medizinischen Interaktionen entsteht naturgemäß ein Ungleichgewicht zwischen medizinischem Personal, das zumeist der Mehrheitskultur angehört und als Expert*innen agiert, und Patient*innen, die sich in einer hilfsbedürftigen Lage befinden und häufig einer Minderheit im jeweiligen Land angehören (vgl. Angelelli, 2019). Dieses Ungleichgewicht, welches in der Fachliteratur ausführlich diskutiert wird, zeigt sich aus verschiedenen Gründen. Bechmann (2014) betont, dass die Konsequenzen dieser Ungleichheit schwerwiegend sein können und Patient*innen sich dadurch beispielsweise unsicher oder nicht ernstgenommen fühlen. Infolgedessen können Informationen missverstanden oder relevante Informationen zurückgehalten werden, entweder weil Patient*innen diese als unwichtig erachten oder sich nicht trauen, diese zu äußern (2014: 171). Wadensjö (2013) beschreibt hier einen Teufelskreis, in dem die Angst vor Missverständnissen weitere Missverständnisse hervorruft und das gemeinsame Verständnis der Interaktion beeinträchtigt (2013: 233). Daraus resultierend wird auch der Aufbau einer Vertrauensbasis erschwert, was durch die Verwendung standardisierter Fachsprache und soziale Machtunterschiede zusätzlich verstärkt werden kann (Wadensjö 2013: 233f.). Wadensjö (2013) hebt zudem hervor, dass diese ungleiche Machtverteilung im Gespräch kommunikative Hürden erzeugt und die ungleiche Positionierung der Gesprächspartner*innen folglich zu Misstrauen und verstärkter Misskommunikation führt (2013: 234). Creeze et al. (2021) führen aus, dass Patient*innen, sobald sie als „medizinischer Fall“ betrachtet und in eine Kategorie eingeordnet werden, oft ihren etablierten Status einbüßen. Dieser Prozess kann bei den Betroffenen das Gefühl hervorrufen, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren, da sie zu einem Fall unter vielen werden (2021: 21). Dabić (2021) verdeutlicht dies anhand eines Beispiels aus der Psychotherapie,

indem sie aufzeigt, dass die Kommunikation erheblich beeinträchtigt und die Arbeit der Ärzt*innen erschwert wird, wenn Patient*innen das Gespräch aufgrund des Ungleichgewichts nicht ernst nehmen und den Input der Ärzt*innen als irrelevant erachten (2021: 262). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gesprächspartner*innen nicht nur durch unterschiedliche Expertise, sondern auch durch ihre Zugehörigkeit zu verschiedenen Kulturen getrennt sind. Ärzt*innen genießen in der Gesellschaft einen gesicherten Status und beherrschen zumeist die Landessprache, was auf Patient*innen oftmals nicht zutrifft. Patient*innen sind infolgedessen bei der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Probleme oft auf externe Hilfe angewiesen (vgl. Angelelli 2019).

Kulturspezifische Besonderheiten spielen eine wesentliche Rolle im Gesundheitswesen. Rásky et al. (2003) weisen darauf hin, dass kulturspezifische Eigenheiten beispielsweise individuelle Strategien zur Krankheitsbewältigung, Formen sozialer Unterstützung sowie unterschiedliche Erklärungs- und Deutungsmodelle von Krankheit und Behandlung prägen können. Diese Unterschiede lassen sich unter anderem auf verschiedene Heilkonzepte und religiöse Vorstellungen zurückführen, die "Wahrnehmung, Einstellung, Erwartung, das Verhalten und die Vorstellungen sowie die Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit" (2003: 118) beeinflussen. In der medizinischen Kommunikation spielen kulturelle Erwartungen, insbesondere in Bezug auf Geschlechterrollen und die jeweiligen Funktionen von Ärzt*innen und Dolmetsche*rinnen eine entscheidende Rolle (Rásky et al. 2003: 118). Ein Beispiel für diese kulturelle Prägung sind unterschiedliche Vorstellungen von der Kompetenz von Ärzt*innen. So beschreibt Slapp (2004), dass weibliche Ärztinnen in manchen Kulturen nicht die gleiche Anerkennung erfahren wie ihre männlichen Kollegen. Dies kann so weit führen, dass männliche Patienten muslimischen Glaubens es ablehnen, sich von Ärztinnen behandeln zu lassen (2004: 23). Umgekehrt existieren Kulturen, in denen weibliche Patientinnen es ablehnen, sich von männlichen Ärzten behandeln zu lassen (Rásky et al. 2003: 118). Auch die Geschlechterrolle von Dolmetscher*innen ist in diesem Zusammenhang relevant. Slapp (2004) argumentiert, dass Gespräche zwischen Ärzt*innen und Patient*innen idealerweise von Dolmetscher*innen des gleichen Geschlechts begleitet werden sollten, insbesondere dann, wenn intime Gesundheitsthemen besprochen werden (Slapp 2004: 23). So begegnen im medizinischen Kontext unterschiedliche Lebenswelten von Patient*innen und medizinischem Personal aufeinander, was laut Binder-Fritz (2013) zu verschiedenen "lebensweltlichen Prägungen" führt. Diese divergierenden Prägungen zeigen sich in vielfältigen Bereichen, etwa in Rollenbildern von Männern und Frauen, unterschiedlichen Körperkonzepten sowie

verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und Präferenzen in Bezug auf Nähe und Distanz (Binder-Fritz 2013: 13). In einer Studie untersuchten Dressler & Pils (2009) die interkulturelle Kommunikation in einem österreichischen Rehabilitationszentrum. Dabei beleuchteten sie kulturelle Aspekte, welche die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient*innen mit Migrationshintergrund beeinflussen (2009: 2). Die Forschenden identifizierten diverse kulturelle Besonderheiten, die Herausforderungen in der Behandlung mit sich bringen können. Zu diesen Faktoren zählen, neben religiösen Praktiken und spezifischen Diätvorschriften wie dem Fasten im Ramadan und einer erhöhten Zurückhaltung gegenüber Pflegepersonal des jeweils anderen Geschlechts, auch unterschiedliche Rollenbilder von Männern und Frauen sowie divergente Einstellungen zu Krankheit und Behinderung. Darüber hinaus stellten Dressler & Pils (2009) fest, dass sowohl die Rolle des Gesundheitspersonals als auch insbesondere das Schmerzverhalten, die Schmerzempfindlichkeit und der Schmerzausdruck in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen werden (2009: 5). Wie Juszcak & Kern (2018) am Beispiel arabischer Patient*innen verdeutlichen. Kulturelle und religiöse Barrieren entstehen demnach häufig, da beispielsweise im Islam die Vorstellung verbreitet ist, dass Allah über das Schicksal des Menschen bestimmt (2018: 18f). Dies hat zur Folge, dass Aufklärungs-, Diagnose- und Prognosegespräche sowie notwendige Behandlungen für arabische Patient*innen oft einen anderen Stellenwert einnehmen können als für Ärzt*innen. Angehörige muslimischer Patient*innen erwarten beispielsweise häufig, zuerst die Diagnose mitgeteilt zu bekommen, um die Patient*innen zu schonen (Juszcak & Kern 2018: 19). Schlechte Prognosen werden unter Umständen nur unvollständig kommuniziert. Obwohl Ärzt*innen zur umfassenden Aufklärung und Information der Patient*innen verpflichtet sind (Juszcak & Kern 2018: 18f.), können religiöse Vorstellungen auch die Therapie selbst beeinflussen, so Juszcak & Kern (2018). Sie nennen als Beispiel die Medikamenteneinnahme während des Ramadan, die von Patient*innen unter Umständen abgelehnt wird.

Sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikationsformen sind für die Arzt-Patient-Beziehung von zentraler Bedeutung (Reisinger, 2003: 127). Dabei stellt die nonverbale Kommunikation einen „Dauerbrenner unter den Kommunikationsbarrieren“ dar (Wüsthube 2010: 212). Nonverbale Signale wie Gestik, Blickkontakt und Körperdistanz werden kulturspezifisch unterschiedlich interpretiert und können daher zu Missverständnissen führen (Hartnack 2010: 2). Ein Beispiel für solche Irritationen ist das Kopfschütteln, das in Österreich Ablehnung signalisiert, aber in Südasien und Teilen Bulgariens Zustimmung bedeuten kann (Hartnack 2010: 3). Neben diesen Aspekten der nonverbalen Kommunikation wie

Körperdistanz, Händeschütteln, Körperbewegungen und Blickkontakt (Cushing 2003: 41) können auch verbale Elemente kulturspezifisch geprägt sein. Hierzu zählen beispielsweise Anredeformen und Titel, die je nach Kultur sowohl Respekt und Höflichkeit als auch Feindseligkeit oder Respektlosigkeit vermitteln können (Cushing 2003: 41). Auch die Verwendung von Höflichkeitsfloskeln wie „Bitte“ und „Danke“ ist kulturspezifisch. Während sie in manchen Kulturen als Zeichen von Respekt und Diskretion unerlässlich sind, und ihr Fehlen als unhöflich wahrgenommen wird, kann ein übermäßiger Gebrauch in anderen Kulturen als unaufrichtig und oberflächlich interpretiert werden (Cushing 2003: 41). Zudem übermittelt auch die Prosodie, welche Tonfall, Betonung, Pausen und Sprechtempo umfasst, kulturspezifische Informationen (Cushing 2003: 41). So werden längere Gesprächspausen in manchen Kulturen als normal empfunden, während es in anderen Kulturen üblich ist, dass Gesprächspartner*innen bereits zu sprechen beginnen, bevor das Gegenüber seine Ausführungen vollständig abgeschlossen hat (Cushing 2003: 41). Schließlich ist auch der Ausdruck von Emotionen kulturspezifisch geprägt. In manchen Kulturen werden Emotionen eher zurückhaltend gezeigt oder durch Lächeln verdeckt, um Konflikte, Respektlosigkeit, Uneinigkeit, Frustration oder Ärger zu vermeiden (Wüstehube 2010: 212; Cushing 2003: 41). Lächeln und Lachen können in diesen Kontexten dazu dienen, negative Emotionen zu kaschieren und Konflikte präventiv zu vermeiden. Im Gegensatz dazu wird in anderen Kulturen der offene Ausdruck von Emotionen als Zeichen von Aufrichtigkeit geschätzt (Cushing 2003: 41).

3. Das Gesundheitssystem in Österreich

Grundsätzlich gliedert sich das österreichische Gesundheitssystem in zwei Kernbereiche: die ambulante und die stationäre Versorgung. Die ambulante medizinische Versorgung in Österreich übernehmen niedergelassene Mediziner*innen unterschiedlicher Fachrichtungen. Hierzu gehören beispielsweise Allgemeinmediziner*innen, Zahnärzt*innen und Fachärzt*innen verschiedener Spezialgebiete. Ergänzend existieren "extramurale" Ambulatorien, die entweder von Krankenkassen oder privatwirtschaftlich geführt werden, sowie "intramurale" Spitalsambulanzen, welche direkt in Krankenhäusern angesiedelt sind (Gesundheit Österreich GmbH 2019). Stationäre Behandlungen erfolgen in Krankenhäusern. Diese können in öffentlicher, gemeinnütziger oder privater Trägerschaft stehen und sind auf die Behandlung von Patient*innen mit akuten oder chronischen Erkrankungen ausgerichtet. Zahlreiche Krankenhäuser stellen zudem eine Notfallversorgung bereit (Gesundheit Österreich GmbH 2022).

Ein weiteres gängiges Strukturierungsmodell des österreichischen Gesundheitswesens ist die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Versorgungsebenen (vgl. Czypionka et al. 2012). Der Begriff "Primärversorgung" wird dabei besonders oft verwendet, was darauf zurückzuführen sein mag, dass in Österreich aktuell verstärkte Bestrebungen unternommen werden, diese Versorgungsebene zu stärken und auszubauen. Das Ziel dieser Bemühungen liegt darin, Fachärzt*innen zu entlasten, die Patientenbetreuung zu optimieren und die Resilienz des gesamten Gesundheitssystems zu erhöhen (Ruhaltinger 2021: 28). Die hohe Relevanz der Primärversorgung manifestiert sich auch in der Publikation zahlreicher aktueller Informationen (vgl. Ruhaltinger 2021) und der zunehmenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema (vgl. Ruhaltinger 2021). Leistungen der Primärversorgung können Patient*innen bei niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen, in Ambulatorien sowie in Spitalsambulanzen in Anspruch nehmen. Die sekundäre Versorgungsebene beinhaltet sowohl die spezialisierte ambulante Versorgung als auch stationäre Behandlungen durch Fachärzt*innen in Krankenhäusern. Die tertiäre Versorgungsebene bildet in Österreich die hochspezialisierte Versorgung ab. Zusätzlich zu diesen grundlegenden Versorgungsformen existieren in Österreich weitere spezialisierte Angebote, wie beispielsweise die Notfallversorgung, Rehabilitationseinrichtungen und spezifische Pflegeeinrichtungen (Czypionka et al. 2012: 17ff.).

Der Anteil der Bevölkerung Österreichs mit Migrationshintergrund ist erheblich und liegt bei über einem Viertel. Diese demografische Entwicklung ist unter anderem auf die zunehmende internationale Mobilität zurückzuführen. Ebenso tragen Fluchtbewegungen zu dieser Entwicklung bei, die durch Kriege, Verfolgung oder eskalierende Klimakrisen ausgelöst werden und Menschen dazu bewegen, in sicheren Staaten wie Österreich Schutz zu suchen (vgl. Bundeskanzleramt 2022). Gerade in jüngster Zeit, insbesondere nach 2015 im Kontext der Konflikte im Nahen Osten, erreichten die Asylantragszahlen im Jahr 2022 erneut einen Höchststand (Statista 2023). Es ist bekannt, dass viele Menschen in Österreich von finanzieller Unsicherheit betroffen sind. In diesem Zusammenhang bilden Migrant*innen eine besonders schutzbedürftige Bevölkerungsgruppe, die häufiger von sozialen Problemlagen betroffen ist (Loncarevic 2007: 140). Die vielschichtigen Herausforderungen, denen Migrant*innen begegnen, umfassen unter anderem Ausgrenzung und Fremdenfeindlichkeit, aber auch erschwerte Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt, eingeschränkte Jobchancen und einen schwierigeren Zugang zu staatlichen Sozialleistungen (Loncarevic 2007: 146ff.). Zusätzlich komplizieren Reformen des österreichischen Sozialsystems, die teilweise als Reaktion auf starke Flucht- und Migrationsbewegungen eingeführt wurden, den Zugang zu staatlicher Unterstützung für Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft (Kaspar 2021: 2). Dies steht in direktem Zusammenhang mit ungünstigeren Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt, welche oftmals unmittelbar an den aufenthaltsrechtlichen Status geknüpft sind (Kletečka-Pulker 2013: 45).

Ein grundlegendes Menschenrecht, das in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verankert ist, betrifft die Fähigkeit zur Kommunikation im eigenen Wohnstaat. Dieses Recht beinhaltet die Möglichkeit zur Teilhabe am öffentlichen Leben durch den Austausch mit Behörden sowie den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen (vgl. Viezzi 2014: 13). Dieses Recht basiert auf dem Prinzip einer partizipativen Demokratie (vgl. Sandrini 2019: 66). Auch in Österreich ist das Recht auf Aufklärung im Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben. Gemäß österreichischem Recht haben Patient*innen das Recht, "im Vorfeld über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie die damit verbundenen Risiken und Konsequenzen informiert zu werden" (BGBl. I Nr. 140/2006). Dieses Aufklärungsrecht wird in der Patientencharta genauer ausgeführt. Abschnitt 4, Artikel 16, Paragraph 1 der Patientencharta legt fest, dass Patient*innen das Recht besitzen, über ihren Gesundheitszustand und die Notwendigkeit ihrer Mitwirkung an der Behandlung aufgeklärt zu werden. Artikel 16, Paragraph 2 der Patientencharta präzisiert, dass die Art und Weise der Aufklärung an die

individuelle Persönlichkeitsstruktur, den Bildungsgrad der Patient*innen sowie die spezifischen Umstände des Einzelfalls angepasst werden muss (vgl. Patientencharta, Artikel 16, Paragraph 2). Demnach müssen bei der Aufklärung auch potentielle Sprachbarrieren berücksichtigt werden, da diese dazu führen können, dass Patient*innen nicht oder nur unzureichend informiert werden (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 45). Werden Patient*innen ohne deren informierte Einwilligung behandelt, machen sich die Ärzt*innen gemäß § 110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung) strafbar.

Im Bereich medizinischer Behandlungen ist die Kostenübernahme für Dolmetschleistungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) nicht eindeutig geregelt. Anders verhält es sich in öffentlichen Krankenanstalten, wo die Finanzierung von Dolmetschleistungen grundsätzlich durch leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs-Gebühren (LKF) oder die jeweiligen Krankenkassen sichergestellt ist. Für niedergelassene Ärzt*innen, insbesondere in allgemeinmedizinischen Praxen, stellt sich die Situation jedoch anders dar, da der Einsatz von Dolmetscher*innen nicht zu den vertraglichen Leistungen der Krankenkassen zählt. So ist es in diesen Fällen sogar zulässig, Patient*innen nach vorheriger Vereinbarung selbst mit den Kosten für Dolmetscher*innen zu belasten, sofern keine dringende medizinische Notwendigkeit vorliegt (vgl. Straub 2016: 15). Diese finanzielle Ausgangslage führt dazu, dass nichtdeutschsprachige Migrant*innen oft auf die Unterstützung von Laiendolmetscher*innen aus dem persönlichen Umfeld angewiesen sind. Reichen die sprachlichen Kompetenzen dieser Laien jedoch nicht aus, sind die behandelnden Ärzt*innen beziehungsweise die medizinischen Einrichtungen verpflichtet, Dolmetscher*innen hinzuzuziehen. Dabei ist es jedoch nicht zwingend vorgeschrieben, dass es sich um professionell ausgebildete Dolmetscher*innen handeln muss (vgl. Straub 2016: 14f.). Als Sprachmittelnde kann grundsätzlich jede Person eingesetzt werden, die über ausreichende Sprachkenntnisse verfügt. Straub (2016: 14) weist jedoch darauf hin, dass bei nicht-professionellen Sprachmittler*innen aufgrund möglicher Dolmetschfehler Vorsicht geboten ist. Diese unklaren Vorgaben haben zur Folge, dass das Potential professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen weiterhin ungenutzt bleibt. Hsieh (2016) argumentiert daher, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen auf Ebene staatlicher Institutionen verbindlich geregelt werden sollte, um eine adäquate und qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen (2016: 197; 281).

Patient*innen mit Sprachbarrieren sind in medizinischen Notfallsituationen besonders gefährdet. Kletečka-Pulker (2013) weist darauf hin, dass diese Patient*innen häufiger von

Mehrfachuntersuchungen, Überversorgung und medizinischen Behandlungsfehlern betroffen sind (2013: 45). Um vor einer medizinischen Behandlung oder einem Eingriff eine rechtsgültige Einwilligung zu erhalten, ist es erforderlich, Patient*innen umfassend aufzuklären. Laut Kletečka-Pulker (2013: 50) ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gültige Einwilligung, dass Patient*innen den Grund und die Bedeutung des Eingriffs tatsächlich verstehen und eine freie Entscheidung nach ihrem eigenen Willen treffen können, sowie sowohl einsichts- als auch urteilsfähig sind. In der Praxis werden Patient*innen nach einem mündlichen Aufklärungsgespräch gebeten, ein Formular zu unterzeichnen, welches die zentralen Punkte dieses Gesprächs schriftlich zusammenfasst (vgl. Taibi & Ozolins 2016: 44). In Österreich ist es daher vorgeschrieben, Patientenaufklärungsbögen für fremdsprachige Personen in ihre jeweilige Muttersprache zu übersetzen. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Unterschrift eines fremdsprachigen Aufklärungsbogens allein eine durch Sprachbarrieren bedingte, mangelhafte Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nicht ersetzen kann. Garcia Izquierdo (2018) betont, dass schriftliche Informationen als notwendige und wertvolle Ergänzung zu den mündlichen Erläuterungen des Krankenhauspersonals betrachtet werden sollten (2018: 32). Ein mündliches Aufklärungsgespräch darf laut Kletečka-Pulker (2013: 50f) nur in absoluten Notfällen entfallen.

Die Einschätzung, ob Patient*innen die notwendigen Aufklärungen tatsächlich verstanden haben, stellt Ärzt*innen oft vor Schwierigkeiten, wie Kletečka-Pulker (2013: 51) betont. Burns & Kim (2011) weisen ergänzend darauf hin, dass die Aufklärung an sich bereits zahlreiche Herausforderungen birgt. Ein Problem liegt beispielsweise darin, dass Gesundheitsinformationen häufig sehr technische Terminologie und Fachsprache aufweisen, was das Textverständnis erheblich erschweren kann. Auch bei der Übersetzung von Informationsmaterialien und Aufklärungsbögen entsteht regelmäßig die Frage, welche Vorkenntnisse bei den Patient*innen vorausgesetzt werden können (2011: 61). Da die aktive Mitwirkung der Patient*innen an medizinischen Behandlungen sowie ihre Teilhabe an wichtigen gesundheitlichen Entscheidungen ein grundlegendes Bürgerrecht darstellen, ist die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) von Patient*innen im medizinischen Kontext von erheblicher Bedeutung (vgl. Schaeffer & Pelikan 2017: 8).

3.1 Herausforderung durch Migration und Mehrsprachigkeit im Gesundheitsbereich

Neben der Arbeitsmigration haben Flüchtlingsbewegungen maßgeblich zur Zunahme der ausländischen Bevölkerung in Österreich beigetragen (Rupnow 2017: 39). Schon nach dem Zweiten Weltkrieg erlebte Österreich Flüchtlingswellen, etwa aus Ungarn im Jahr 1956, der

Tschechoslowakei 1968 und Polen 1980. Im weiteren Verlauf des 20. Jahrhunderts kamen insbesondere in den 1990er Jahren Zuwanderungen aus dem ehemaligen Jugoslawien hinzu (vgl. Rupnow 2017: 39). Die Öffnung des Eisernen Vorhangs und der Zerfall Jugoslawiens verstärkten diese Migrationsbewegungen zusätzlich (vgl. Faustmann 2017: 3). In den letzten Jahren ist weltweit eine Zunahme der menschlichen Mobilität zu beobachten (IOM 2013: 11). Europa sah sich bedeutenden Zuwanderungsbewegungen gegenüber, die vor allem auf Fluchtmigration aus Krisenregionen wie dem Irak, Syrien und Afghanistan zurückzuführen sind. Innerhalb der Europäischen Union verzeichnete Österreich dabei einen der stärksten Anstiege an Zuwanderung (Berger & Strohn, 2017: 169). Diese Migrationsbewegungen stellen jedoch auch eine Bereicherung für die Aufnahmeländer dar, da Migrant*innen durch ihre individuellen Sprachen, Traditionen und Kulturen zur gesellschaftlichen Vielfalt beitragen (Angelelli 2004: 2) und eine zunehmende Mehrsprachigkeit im Alltag der Gesellschaften resultiert (Sandrini 2019: 33).

Der erschwerte Zugang zum Sozialsystem und somit zur Gesundheitsversorgung betrifft nicht nur Migrant*innen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Auch Personen mit Aufenthaltstitel, Arbeitserlaubnis oder österreichischer Staatsbürgerschaft können aufgrund ihres Migrationshintergrunds auf Hindernisse und Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung stoßen (Kletečka-Pulker 2013; 45f.). Neben den bereits genannten Kommunikationsbarrieren und möglichen kulturellen Unterschieden existieren weitere wichtige Faktoren, welche den Zugang zur Gesundheitsversorgung wesentlich beeinflussen. Migration und Flucht erfordern von den Betroffenen erhebliche psychosoziale Anpassungsleistungen. Diese beinhalten die Verarbeitung der Migrationserfahrung selbst, den potentiellen Verlust des sozialen Status im Aufnahmeland, traumatische Erfahrungen wie den Verlust von Angehörigen sowie einen generellen Anpassungsdruck in der neuen Umgebung (Trevisan 2020: 23f.). Des Weiteren können Rassismus und Diskriminierung die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Migrant*innen erheblich beeinträchtigen (Trevisan 2020: 24). Ein Beispiel für diese Problematik ist der erschwerte Zugang zur Gesundheitsversorgung, der durch ungleiche Ausgangsbedingungen wie mangelnde Sprachkenntnisse oder Defizite im Informationsstand entstehen kann (Kilcher 2007: 114). Rassistisch motivierte Diskriminierung im Gesundheitswesen kann sich in Form von Vorurteilen äußern, die dazu führen, dass medizinisches Personal Patient*innen mit Migrationshintergrund ablehnend behandelt, ihnen bewusst notwendige Informationen vorenthält oder ihnen sogar offen aggressives Verhalten entgegentritt (Kilcher 2007: 114). Obwohl nichtdeutschsprachige Patient*innen mit gültigem

Versicherungsstatus sowohl auf nationaler Ebene als auch innerhalb der Europäischen Union einen rechtlich garantierten Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem haben, befinden sie sich aufgrund ihrer gesellschaftlichen Lage oftmals in einer benachteiligten Position (Lanfranchi et al. 2015: 111). Daher ist es von zentraler Bedeutung, sprachliche und kulturelle Kommunikationsbarrieren im Gesundheitswesen durch eine effektive Sprachpolitik abzubauen (vgl. Lanfranchi et al. 2015: 111).

Frauen mit Migrationshintergrund sind besonders gefährdet und häufig von sozioökonomischen Benachteiligungen betroffen (Baier 2013: 33). Ihre Anfälligkeit beginnt bereits während der Migration, wo sie oft Ausbeutung und Gewalt erfahren. Im Aufnahmeland angekommen, sehen sie sich weiterhin Schwierigkeiten bei der erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt gegenüber (Loncarevic 2007: 151). In der medizinischen Versorgung von Migrantinnen ist es daher unerlässlich, neben biologischen und sozialen Faktoren auch kulturspezifische Geschlechterrollen und die damit einhergehenden Bedürfnisse zu berücksichtigen (Koch-Straube 2007). Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2015 beleuchtete spezifische Risiken für Migrantinnen während der Schwangerschaft. Im Vergleich zu deutschen Schwangeren nehmen Migrantinnen seltener und erst zu einem späteren Zeitpunkt Vorsorgeuntersuchungen wahr. Gleichzeitig weisen sie ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten auf (Brenne et al. 2015: 569). Obwohl sich die generelle Situation inzwischen leicht verbessert hat und die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeangeboten zwischen deutschen Schwangeren und Schwangeren mit Migrationshintergrund abnehmen, zeigen sich weiterhin signifikante Differenzen bei Schwangeren mit eingeschränkten Deutschkenntnissen oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus (Brenne et al. 2015: 575).

Mehrsprachigkeit ist in modernen Gesellschaften ein allgegenwärtiges Phänomen (Sandrini 2019: 33). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Migrant*innen einen wesentlichen Beitrag zur Diversität in den Aufnahmeländern leisten, indem sie ihre individuellen Sprachen, Traditionen und Kulturen einbringen (Angelelli 2004: 2). Angesichts der Komplexität dieses Phänomens ist eine präzise Definition des Begriffs Mehrsprachigkeit eine anspruchsvolle Aufgabe und eine klare Abgrenzung mitunter schwierig (Roelcke 2022: 11). Um den Begriff der Mehrsprachigkeit zu definieren, stellt Roelcke (2022) zunächst fest, dass dieser zunächst als umfassender Oberbegriff zu verstehen ist, dem weitere, spezifischere Fachbegriffe untergeordnet werden (2022: 11). Im Unterschied zur Vielsprachigkeit ganzer Gemeinschaften wird Mehrsprachigkeit als die Fähigkeit einzelner Personen, "verschiedene

Einzelsprachen oder Sprachvarietäten zu verwenden" definiert (Roelcke 2022: 11). Auf dieser Basis wird die Unterscheidung zwischen Mehr- und Vielsprachigkeit genauer bestimmt: Vielsprachigkeit oder Multilingualismus beschreibt das Vorhandensein von Mehrsprachigkeit innerhalb einer Gesellschaft, während Mehrsprachigkeit die individuelle Kompetenz von Einzelpersonen bezeichnet, verschiedene Sprachen sprechen zu können (vgl. Roelcke 2022, : 4ff.). Im Gegensatz zu anderen Definitionen differenziert Aronin (2022) den Begriff der Mehrsprachigkeit von Zweisprachigkeit. Sie definiert Mehrsprachigkeit als die Fähigkeit, drei oder mehr Sprachen kompetent zu beherrschen (2022: 12f). Aronin (2022) argumentiert, dass die wissenschaftliche Literatur den Begriff Mehrsprachigkeit in manchen Fällen ungenau verwendet, indem Mehrsprachigkeit oft pauschal als die Fähigkeit, mehr als zwei Sprachen sprechen zu können, definiert wird (2022: 12f.). Obwohl diese Definition formal korrekt sein mag, kritisiert Aronin (2022) deren Allgemeinheit und mangelnden Bezug zum Kontext. Um Mehrsprachigkeit präziser zu erfassen, ist es laut (Aronin 2022: 12f.) unerlässlich, das Phänomen im Kontext der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin und ihrer spezifischen Forschungsziele zu analysieren. Darüber hinaus beschäftigt sich Aronin (2022) mit der Frage, ob Mehrsprachigkeit und Zweisprachigkeit grundlegend unterschiedliche Phänomene darstellen oder eher als ähnlich zu betrachten sind. Lange Zeit war in der Gesellschaft die Ansicht verbreitet, dass Mehrsprachigkeit und Zweisprachigkeit im Wesentlichen identisch seien und sich lediglich in der Anzahl der beherrschten Sprachen unterschieden. Es wurde angenommen, der einzige Unterschied liege darin, dass Mehrsprachigkeit "nur" eine zusätzliche Sprache umfasst. Aronin (2022) betont jedoch nachdrücklich, dass Mehrsprachigkeit keineswegs als bloße Erweiterung von Zweisprachigkeit verstanden werden sollte. Der zentrale Unterschied zwischen beiden Konzepten liegt vielmehr in der Komplexität des jeweiligen Phänomens. Obwohl sowohl Mehrsprachigkeit als auch Zweisprachigkeit vielschichtige Phänomene darstellen, erachtet Aronin (2022) Mehrsprachigkeit als deutlich komplexer. Diese erhöhte Komplexität manifestiert sich insbesondere in quantitativen und qualitativen Unterschieden, die zwischen mehrsprachigen und zweisprachigen Individuen beobachtet werden können. Sowohl der Spracherwerb als auch der Lernprozess und die Verarbeitung von Sprachen im Gehirn verlaufen bei mehrsprachigen Personen anders und oft komplexer (vgl. Aronin 2022: 14).

Grundsätzlich lassen sich zwei Formen von Mehrsprachigkeit differenzieren: individuelle und institutionelle Mehrsprachigkeit (Sandrini 2019: 23). Individuelle Mehrsprachigkeit beschreibt die Kompetenz einzelner Personen, mehrere Sprachen zu beherrschen. Im Gegensatz dazu

bezieht sich institutionelle Mehrsprachigkeit auf die Verwendung verschiedener Sprachen innerhalb eines Staates. Dieser mehrsprachige Gebrauch ist politisch festgelegt und dient als offizielles Kommunikationsmittel (Sandrini 2019: 23). Minderheitensprachen, die sich von der jeweiligen Mehrheitssprache eines Gebietes abheben, sind durch eine geringere Sprecherzahl gekennzeichnet. Neben geografischen Faktoren können politische Entscheidungen, kriegerische Auseinandersetzungen oder diplomatische Entwicklungen dazu beitragen, dass eine Sprache den Status einer Minderheitensprache erhält (Sandrini 2019: 34). Parallel zu den traditionellen, autochthonen Minderheitensprachen existieren auch die Sprachen von Migrant*innen. Obwohl diese Migrantensprachen in manchen Kontexten zahlenmäßig sogar dominanter sein können, verfügen sie oftmals nicht über definierte sprachliche Rechte. Ein passendes Beispiel hierfür sind Türkisch und Kurdisch, welche sich im Zuge der Arbeits- und Fluchtmigration in Österreich zu relevanten Minderheitensprachen entwickelt haben (Sandrini 2019: 33f.).

Mehrsprachigkeit präsentiert sich als ein vielschichtiges und allgegenwärtiges Phänomen in unserer Gesellschaft. Zahlreiche Faktoren begünstigen, dass Menschen in der modernen Welt mit verschiedenen Sprachen in Kontakt treten. Hierzu zählen beispielsweise Migration, historische Kolonialherrschaft, religiöse Einflüsse, gezielte staatliche Sprachpolitik sowie die fortschreitende Globalisierung. Ein wesentlicher Aspekt, den Edwards (2012) hervorhebt, ist, dass Mehrsprachigkeit nicht notwendigerweise einen Wohnsitz im Ausland voraussetzt (2012: 7). Als Hauptursache für die Verbreitung von Mehrsprachigkeit in unserer Zeit nennt Edwards (2012) die Globalisierung. Der zunehmende Migrationsstrom, als eine Folge der Globalisierung, fördert den Erwerb von Fremdsprachenkenntnissen und steigert deren Bedeutung in unserer global vernetzten Welt. Darüber hinaus können auch politische Zusammenschlüsse unterschiedlicher Sprachgemeinschaften, wie etwa in der Schweiz und in Belgien, zu Mehrsprachigkeit führen. Ebenso sind Grenzregionen, beispielsweise Québec in Kanada oder weite Teile Nordamerikas und Mexikos, oft stark durch Mehrsprachigkeit geprägt. Auch Bildung und Kultur können, laut Edwards (2012: 7), zur Entwicklung von Mehrsprachigkeit beitragen.

In multilingualen und multikulturellen Gesellschaften spielen verschiedene Kommunikationsformen eine zentrale Rolle. Sandrini (2019: 21f.) unterstreicht die Bedeutung von Translation, also das Über- und Dolmetschen, um ein geordnetes Zusammenleben unterschiedlicher Sprachgemeinschaften zu gewährleisten. Gerade für Migrant*innen sind

Übersetzen und Dolmetschen von großer Bedeutung, da diese ihnen den Zugang zu wichtigen Informationen ermöglichen und ihre Integration in das neue kulturelle Umfeld erleichtern (Sandrini 2019: 22). Im Integrationsprozess von Migrant*innen wird in mehrsprachigen Gesellschaften oft erwartet, dass sie die Mehrheitssprache des Aufnahmelandes erlernen, beispielsweise um problemlos mit Institutionen zu interagieren (Gentile 2017: 65). Diese Erwartungshaltung wirft die Frage auf, ob Translation in solchen Kontexten überhaupt noch notwendig ist, wenn Migrant*innen doch die Mehrheitssprache erlernen sollen (Sandrini 2019: 47). Es ist jedoch entscheidend zu betonen, dass eine gelungene Integration immer Anstrengungen sowohl von Migrant*innen als auch vom Aufnahmeland erfordert. Integration ist grundsätzlich als wechselseitiger Prozess zu verstehen, der die aktive Mitwirkung beider Seiten voraussetzt (Wedam 2009: 181f.). Eine durchdachte Sprach- und Translationspolitik seitens der Aufnahmestaaten ist daher von entscheidender Bedeutung, um Migrant*innen das Gefühl zu geben, gesellschaftlich und institutionell akzeptiert und ernstgenommen zu werden (Rittenberg-Cogan 2015: 126). Denn soziale Ungleichheit und unzureichende Sprachkompetenzen können sich negativ auf die gesundheitliche Situation von Migrant*innen auswirken (Lanfranchi 2015: 21). Sprachbarrieren stellen für Migrant*innen somit nicht nur Hindernisse beim Zugang zum Sozialsystem und zum öffentlichen Gesundheitswesen dar, sondern erschweren auch den Institutionen die erfolgreiche Erfüllung ihrer Aufgaben (Pöchlhammer 1997: 203).

3.2 Translationspolitik im Gesundheitsbereich

Um die Translationspolitik praktisch zu verbessern und zu gestalten, schlägt Corsellis (2008) einen konkreten Ansatz vor. Dieser Ansatz beginnt mit der essenziellen Datenerhebung über die Zielgruppe. Konkret bedeutet dies, dass zunächst Informationen darüber erfasst werden müssen, „welche und wie viele Zuwander*innen mit welcher Muttersprache, etc.“ in einem bestimmten Gebiet oder Kontext leben. Auf Basis dieser gesammelten Daten kann in einem darauffolgenden Schritt evaluiert werden, welche Art von Sprachdiensten tatsächlich erforderlich sind. Dies beinhaltet die quantitative und qualitative Analyse des Bedarfs an Dolmetscher*innen, Übersetzer*innen oder Mitarbeiter*innen mit spezifischen Sprachkenntnissen. Meylaerts (2011) betont, dass der Begriff Translationspolitik unter anderem verwendet wurde, um die Strategien von Übersetzer*innen im Übersetzungsprozess zu beschreiben, die Rolle von Übersetzung und Übersetzer*innen in der Gesellschaft zu benennen oder das Verhalten von Regierungen oder Verwaltungsbehörden gegenüber Übersetzungen sowie gesetzliche Bestimmungen zur Regelung von Translation im öffentlichen

Raum zu bezeichnen (vgl. Meylaerts 2011: 166ff.). Diese vielfältige Verwendung hat dazu geführt, dass sich Translationspolitik zu einer Art Überbegriff entwickelt hat, der Gefahr läuft, zu einer leeren Worthülse ohne konzeptionellen Mehrwert zu werden (Meylaerts 2011: 163). Meylaerts (2011) bietet einen umfassenden Überblick über die unterschiedlichen Formen von Translationspolitik und verdeutlicht, dass diese vielfältige Entscheidungen beinhalten kann. Eine bewusste translationspolitische Entscheidung kann beispielsweise darin bestehen, in bestimmten Situationen gänzlich auf Übersetzungen zu verzichten. Eine alternative Option stellt die Verwendung einer Lingua Franca als gemeinsamer Kommunikationssprache dar, um den Bedarf an Translation zu reduzieren (Meylaerts 2011: 167). Darüber hinaus kann Translationspolitik auch die selektive Auswahl festlegen, aus welchen Sprachen in welche anderen Sprachen übersetzt und gedolmetscht wird. Durch eine solche Auswahl können gezielt bestimmte Sprachen und Kulturen stärker hervorgehoben werden als andere (vgl. Meylaerts 2011: 167).

In der grundlegenden Definition zur Sprachpolitik stellt Spolsky (2012) fest, dass diese das Fundament für die Translationspolitik bildet. Daraus resultiert die essenzielle Notwendigkeit, sich zunächst intensiv mit der jeweiligen Sprachpolitik auseinanderzusetzen, bevor Translationsstrategien und -praktiken entwickelt werden können (Spolsky 2012: 5). Spolsky (2012) präzisiert diese Ansicht weiter, indem er aufzeigt, dass eine Sprachpolitik durch drei wesentliche Elemente konstituiert wird. Zunächst betrachtet Spolsky (2012) die tatsächlich gesprochenen Sprachen innerhalb einer Sprachgemeinschaft. Dies bezieht sich auf die vorhandene sprachliche Realität, welche die Diversität an Sprachen und Dialekten im alltäglichen Leben einer Gemeinschaft umfasst. Es geht darum zu eruieren, welche Sprachen in unterschiedlichen Kontexten Anwendung finden und welche überhaupt in der Gemeinschaft existieren. Des Weiteren führt Spolsky (2012) die geteilten Werte und Vorstellungen innerhalb einer Gemeinschaft als konstitutives Element an. Sprachpolitik manifestiert sich demnach nicht nur in der gesprochenen Sprache, sondern ist tiefgreifend in den kulturellen und sozialen Normen einer Gemeinschaft verankert. Diese Werte und Vorstellungen beeinflussen maßgeblich die Wahrnehmung, Bewertung und Nutzung von Sprachen und prägen somit das sprachliche Verhalten und die Einstellungen gegenüber verschiedenen Sprachen innerhalb der Gemeinschaft. Zuletzt benennt Spolsky (2012) die Autorität bestimmter Mitglieder und deren Manifestation als dritten wesentlichen Bestandteil. Sprachpolitik beinhaltet demnach auch Machtstrukturen und Hierarchien innerhalb einer Gemeinschaft, wobei einzelne Individuen oder Gruppen einen größeren Einfluss auf sprachliche Entscheidungen und Normen ausüben

als andere. Die Art und Weise der Ausübung und Sichtbarkeit dieser Autorität ist laut (Spolsky, 2012: 5) ein integraler Bestandteil der Sprachpolitik.

In den letzten Jahren hat das Konzept der Translationspolitik in der Translationswissenschaft zunehmend an Bedeutung gewonnen (González Núñez 2016: 87). Trotz dieser wachsenden Beachtung bleibt die Definition des Begriffs eine Herausforderung (Córdoba Serrano 2016: 126). Dies liegt unter anderem daran, dass der Begriff von verschiedenen Autor*innen in unterschiedlichen Kontexten und mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet wird (González Núñez 2016: 88). Córdoba Serrano (2016) betont die entscheidende Bedeutung der Translationspolitik selbst. Die Existenz oder Nichtexistenz einer expliziten Translationspolitik, die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Translationspolitik sowie der Grad der tatsächlichen Einhaltung und Umsetzung dieser Politik sind maßgebliche Faktoren (Córdoba Serrano 2016: 151).

Córdoba Serrano & Diaz Fouces (2018) erweitern die Betrachtung der Translationspolitik um einen wesentlichen Aspekt, indem sie – aufbauend auf dem Fundament der Sprachpolitik – die Rolle der Öffentlichkeit in den Vordergrund rücken. Ein Kernpunkt ihrer Argumentation besteht in der Annahme, dass die sogenannte „öffentliche Intervention“ im öffentlichen Raum eine essenzielle Funktion für sprachliche Minderheiten erfüllt. Diese Annahme stützt sich auf die Beobachtung, dass dominante Sprachgruppen in der Regel ohne weiteres von sprachlichen Rechten profitieren. Im Gegensatz dazu sind sprachliche Minderheiten häufig mit Benachteiligungen hinsichtlich ihrer sprachlichen Rechte und deren Durchsetzung konfrontiert. Diese Ungleichheit unterstreicht die Wichtigkeit der „öffentlichen Intervention“. Serrano & Fouces (2018) argumentieren, dass aktive Maßnahmen im öffentlichen Raum unerlässlich sind, um die Rechte und die Präsenz von Minderheitensprachen sicherzustellen. Diese grundlegende Überlegung ist auch für die Translationspolitik von großer Bedeutung, da die Öffentlichkeit den Rahmen bildet, in dem Translationspolitik überhaupt erst wirksam werden kann. Die Art und Weise, wie der öffentliche Raum sprachlich gestaltet ist, die Akzeptanz von Mehrsprachigkeit im öffentlichen Leben sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verwendung verschiedener Sprachen in öffentlichen Kontexten – all diese Faktoren haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Translationspolitik. Ausgehend von dieser zentralen Rolle der Öffentlichkeit differenzieren Serrano & Fouces (2018) zwei grundlegende Ansätze in der Translationspolitik: „Translation als Anpassung“ und „Sprache als Recht“ (2018: 5f.). Der Ansatz der „Translation als Anpassung“ basiert auf der Vorstellung, dass sprachliche Vielfalt

zunächst eine potentielle Herausforderung für den sozialen Zusammenhalt darstellt. Aus dieser Perspektive wird das Erlernen der Mehrheitssprache als vordringliche Aufgabe betrachtet. Translations- und Dolmetschdienstleistungen werden hierbei als zeitlich begrenzte und unterstützende Maßnahmen angesehen, deren Hauptziel darin besteht, Individuen in die Mehrheitsgesellschaft zu integrieren. Im Ansatz „Translation als Anpassung“ werden sprachliche Rechte primär auf den privaten Bereich begrenzt. Staatliche Unterstützung für Translation und Dolmetschdienste in öffentlichen Kontexten ist hierbei meist an eine bestimmte Mindestanzahl an Sprecher*innen der jeweiligen Minderheitensprache geknüpft. Serrano & Fouces (2018) führen die USA als Beispiel für ein Land an, in dem dieser Ansatz verfolgt wird, um zumindest grundlegende bürgerliche und politische Rechte zu gewährleisten (2018: 7f.). Demgegenüber steht der Ansatz „Sprache als Recht“. Dieser Ansatz argumentiert, dass Sprache ein fundamentales Instrument zur Verwirklichung individueller Freiheit darstellt. Sprach- und Übersetzungsrechte werden in diesem Kontext als eigenständige und fundamentale Rechte betrachtet, die es Minderheiten ermöglichen sollen, ihre Muttersprache aktiv im öffentlichen Leben zu gebrauchen und zu kultivieren. Zweisprachige Erziehung oder sogar eine umfassende Bildung in der Minderheitensprache ist in diesem Ansatz nicht nur gestattet, sondern sogar erwünscht und keinesfalls als bloße Übergangsmaßnahme zu betrachten. Dolmetsch- und Übersetzungsdienste stehen allen Mitgliedern der sprachlichen Minderheit umfassend zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie die Mehrheitssprache bereits kompetent beherrschen (vgl. Serrano & Fouces 2018: 10f.). Dieser Ansatz akzentuiert somit die aktive Förderung und den Schutz von Minderheitensprachen im öffentlichen Raum als grundlegendes Recht. Um die Koexistenz verschiedener Sprachen in einem mehrsprachigen Raum zu gestalten und potenzielle Konflikte zu minimieren, schlagen Serrano & Fouces (2018) die Sprachplanung als mögliche Strategie für Minderheiten vor. Sprachplanung umfasst die bewusste Definition klarer Regeln für den Gebrauch der unterschiedlichen Sprachen in verschiedenen Sphären des öffentlichen und privaten Lebens. Das Ziel besteht darin, die Koexistenz von zwei oder mehr Sprachen zu ermöglichen, ohne dabei eine Sprache gegenüber einer anderen zu bevorzugen oder zu diskriminieren. Eine durchdachte Sprachplanung kann somit dazu beitragen, Auseinandersetzungen und Spannungen zwischen den unterschiedlichen Sprachgruppen zu reduzieren und ein friedliches und gerechtes Zusammenleben zu fördern (2018: 12ff.).

Sandrini (2019) führt in den Ausführungen den Begriff der Translationspolitik ein, um ein vielschichtiges Feld zu beschreiben, das weit über einzelne Übersetzungsakte hinausgeht. Sandrini (2019: 67) definiert Translationspolitik als "jedes bewusste und/oder unbewusste

Gestalten bzw. Steuern von Translation unabhängig von einzelnen Personen sowie unabhängig von spezifischen Übersetzungen oder Übersetzungsaufträgen". Diese Definition unterstreicht, dass Translationspolitik ein umfassendes Konzept ist, welches die bewusste und unbewusste Steuerung von Translation in den Blick nimmt. Es geht also nicht nur um die Entscheidungen einzelner Akteure oder konkrete Übersetzungsprojekte, sondern um generelle Einflüsse und Steuerungsmechanismen, die Translation als Phänomen betreffen. Um die Bedeutung von Translationspolitik weiter zu verdeutlichen, beschreibt Sandrini (2019) sie als "Instrument zum Steuern (Erleichtern, Verhindern, Erschweren, etc.) des demokratischen Rechtes der Bürger auf Partizipation am öffentlichen Leben durch Kommunikation mit den Behörden". Hier wird deutlich, dass Translationspolitik nicht im luftleeren Raum existiert, sondern eine konkrete Funktion im Hinblick auf demokratische Prozesse und Bürgerrechte erfüllt. Sie kann aktiv eingesetzt werden, um die Kommunikation zwischen Bürger*innen und Behörden zu lenken und somit die Teilhabe am öffentlichen Leben zu gestalten. Die erwähnten Steuerungsmechanismen – Erleichtern, Verhindern, Erschweren – zeigen die Bandbreite der möglichen Wirkungen von Translationspolitik auf (2019: 66). In Übereinstimmung mit dieser grundlegenden Perspektive unterstreicht Sandrini (2019) die unbedingte Notwendigkeit, die Sprachpolitik als Ausgangspunkt für jegliche Translation zu berücksichtigen (2019: 67). Sandrini (2019: 58) erweitert diese Perspektive und argumentiert, dass die Bedeutung der Sprachpolitik insbesondere in ihrer fördernden Rolle für Integration und den erleichterten Zugang zu Wissen und Sprache liegt. Somit fungiert Sprachpolitik nicht lediglich als deskriptives Konzept, sondern als dynamisches Instrument, welches maßgeblich die Kohäsion von Gemeinschaften und die Zugänglichmachung von Wissen beeinflusst. Sandrini (2019) nimmt im weiteren Verlauf eine wichtige Abgrenzung vor, indem sie Translationspolitik von dem verwandten Begriff der Translationskultur unterscheidet (2019: 71). Während die Translationskultur maßgeblich von den Akteuren der Translationsbranche geprägt wird – wie beispielsweise Übersetzer, Dolmetscher und Auftraggeber – unterliegt die Translationspolitik anderen, breiter gefächerten Einflüssen. Sie wird vielmehr durch „politische Regelungen und sprachpolitische Normen“ determiniert. Ein wesentlicher Punkt ist hierbei, dass diese Normen und Regelungen, obwohl sie „teilweise keinen eindeutigen Bezug zu Translation haben, aber trotzdem unmittelbare Wirkung auf Translation haben“ (Sandrini 2019: 71; 102), entfalten können. Dies verdeutlicht, dass Translationspolitik von einem umfangreicheren Spektrum an Faktoren beeinflusst wird, als es auf den ersten Blick ersichtlich sein mag. Politische Entscheidungen und sprachpolitische Rahmenbedingungen, die zunächst nicht direkt mit Translation in Verbindung stehen, können dennoch beträchtliche Auswirkungen auf die

Übersetzungspraxis und -landschaft haben. Sandrini (2019) betont darüber hinaus die Vielschichtigkeit des Begriffs Translationspolitik selbst. Es wird angemerkt, dass Translationspolitik „unterschiedliche Bedeutungen haben kann, von den Strategien einzelner Individuen bis zu den Normen, die in der strategischen Planung von Translationspolitik verwendet werden“. Diese Aussage unterstreicht, dass Translationspolitik auf verschiedenen Ebenen analysiert werden kann – von individuellen Handlungsstrategien bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Normen und Planungen. Diese Bandbreite verdeutlicht die Umfassendheit des Begriffs und die Vielzahl der Aspekte, die er beinhaltet (Sandrini, 2019: 64). Abschließend unterstreicht Sandrini (2019) die praktische Bedeutung einer durchdachten Translationspolitik. Es wird argumentiert, dass „eine sorgfältige und geplante Translationspolitik [...] nicht nur für die soziale Integration wichtig, sondern auch für die Gewährleistung der internen Kommunikation, die allen Bürger*innen eines Staates zugänglich sein muss“ und dass sie „das öffentliche Leben und die Ausübung demokratischer Rechte erheblich“ beeinflusst (vgl. Sandrini 2019: 66). Vor diesem Hintergrund wirft Sandrini (2019) eine abschließende, zentrale Frage auf, die zum Nachdenken anregt: „ob in Gebieten, in denen die Bevölkerung sowohl über Kenntnisse der Minderheitensprache als auch der Mehrheitssprache verfügt, Translation überhaupt notwendig ist“. Diese Frage stellt die Notwendigkeit von Translation in bestimmten Kontexten grundsätzlich infrage und fordert zur Reflexion über die Rolle und den Stellenwert von Translation in mehrsprachigen Gesellschaften auf (Sandrini 2019: 45). Anhand dieser Faktoren lässt sich der Erfolg einer Gesellschaft oder eines spezifischen Bereichs im Umgang mit sprachlicher Diversität und dem „Anderssein“ messen und bewerten. Insgesamt existiert somit ein breites Spektrum an Optionen, um die Kommunikation zwischen Behörden und Zuwanderer*innenn zu gestalten und den Kommunikationsbedarf zu decken. Diese reichen von grundlegenden Verfahren wie dem klassischen Übersetzen und Dolmetschen bis hin zu komplexeren Ansätzen wie der Publikation von Werken aus anderen Sprachen oder der Filmuntertitelung (vgl. Sandrini 2019: 66).

Ein oft vernachlässigter, jedoch besonders relevanter Gesichtspunkt im Kontext von Sprache und Sprachpolitik ist die Identitätsbildung. Sprache fungiert als weit mehr als ein bloßes Instrument der Kommunikation; vielmehr stellt sie einen grundlegenden Bestandteil der Identität dar, sowohl auf individueller als auch auf gemeinschaftlicher Ebene. Insbesondere im Zusammenhang mit sprachlichen Minderheiten wird diese symbolische Bedeutungsebene von Sprache oftmals nicht hinreichend anerkannt. An dieser Stelle gewinnt die Translationspolitik

an Relevanz. Selbst in Fällen, in denen Sprecher einer Minderheitensprache die Sprache der Mehrheitsgesellschaft vollkommen beherrschen – Cronin (2020) illustriert dies am Beispiel des Katalanischen und Spanischen – kann Translation weiterhin eine bedeutsame und vorteilhafte Funktion erfüllen. Dies begründet sich darin, dass Translation dazu beitragen kann, die sprachliche und kulturelle Identität zu festigen und zum Ausdruck zu bringen. Sie vermittelt Anerkennung und Achtung gegenüber der Minderheitensprache und -kultur und kann infolgedessen das Gefühl der Zusammengehörigkeit sowie die kulturelle Selbstbehauptung der Minderheit stärken. In solchen Kontexten wird Translation daher nicht bloß als reine Weitergabe von Informationen betrachtet, sondern vielmehr als bedeutsamer Akt der Identitätsversicherung und des kulturellen Ausdrucks innerhalb der Sprachgemeinschaft Cronin (2020: 336).

Eng verknüpft mit dem Konzept der Translationspolitik steht das von Prunč (2017) entwickelte Konzept der Translationskultur. Prunč (2017) beschreibt damit die in einer Gesellschaft tief verwurzelten und prägenden Normen, Konventionen, Erwartungshaltungen und Wertvorstellungen, welche Translationsprozesse und die daran beteiligten Akteure betreffen. Er argumentiert, dass die Ausgestaltung dieser Normen, Konventionen und konkreten Rahmenbedingungen, sowie die Vereinbarung langfristiger Formen transkultureller Kommunikation, eine gemeinsame Aufgabe und Verpflichtung aller involvierten Akteur*innen darstellt (2017: 33). Ein zentraler Aspekt ist für Prunč (2017) dabei die Notwendigkeit, dass diese Translationskultur auf dem „fundamentale[n] Prinzip der Gleichberechtigung“ aufgebaut sein muss (2017: 34). Eine demokratische Translationskultur kann sich demnach nur unter der Berücksichtigung fundamentaler demokratischer Prinzipien wie Gleichberechtigung, Loyalität und Transparenz entwickeln. In einer solchen Translationskultur werden die Anliegen aller beteiligten Handlungspartner berücksichtigt, kritisch hinterfragt und aktiv in die Gestaltung der Translationsprozesse integriert (Prunč 2017: 33).

4. Empirische Untersuchung

In der vorliegenden Masterarbeit werden die Erfahrungen von Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen im Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen in allgemeinmedizinischen Praxen im Wiener Gemeindebezirk Floridsdorf untersucht. Um ein tiefgehendes Verständnis für die Herausforderungen und Bewältigungsstrategien in diesem Kontext zu gewinnen, wurde die Methode der qualitativen Interviews gewählt. Durch offene Fragen in Leitfadeninterviews konnten die Befragten ihre individuellen Perspektiven und Interpretationen in ihren eigenen Worten schildern. Dies ermöglichte es, die Komplexität der Thematik umfassend zu erfassen und die subjektiven Erfahrungen der Praxismitarbeiter*innen in den Vordergrund zu stellen.

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte gezielt. Es wurden Praxen in Floridsdorf kontaktiert, die einen hohen Anteil an mehrsprachigen Patient*innen betreuen. Ärzt*innen sowie Ordinationsassistent*innen mit langjähriger Erfahrung in diesem Bereich wurden interviewt. Zusätzlich wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass die jeweiligen Ordinationen neben Deutsch auch weitere Patientensprachen wie Türkisch, Arabisch, Kurdisch und Englisch anbieten und, dass drei der Interviewpartner*innen selbst Migrationserfahrung und Fremdsprachenkenntnisse aufweisen. Diese Auswahlkriterien dienten dazu, sicherzustellen, dass die ausgewählten Personen über fundierte und relevante Erfahrungen im Bereich der Sprachmittlung in der Primärversorgung verfügen. Um den Arbeitsablauf in den Praxen der Interviewpartner*innen so gering wie möglich zu belasten und eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen, wurden die Interviews direkt vor Ort in den jeweiligen Ordinationen durchgeführt. Die Termine für diese Interviews wurden im Juli 2024 telefonisch mit den Interviewpartner*innen vereinbart. Die einzelnen Gespräche dauerten jeweils ungefähr 20 bis 30 Minuten und wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmenden als Audio aufgezeichnet. Anschließend wurden die Interviews vollständig transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Um die Subjektivität der Interpretationen zu minimieren, wird die eigene Positionalität reflektiert und die gewonnenen Erkenntnisse werden durch Zitate aus den Interviews belegt. Die Auswahl der Interviewpartner*innen, die auf ihren Erfahrungen und dem hohen Anteil an mehrsprachigen Patient*innen in ihren Praxen basiert, kann die Ergebnisse beeinflussen. Daher werden die Kriterien dieser Auswahl und deren potenzieller Einfluss auf die gewonnenen Erkenntnisse diskutiert. Die Anwesenheit des Interviewers kann ebenfalls die Antworten der Befragten beeinflussen (Helfferich, 2009). Um diesen Effekt zu minimieren, wurde während der

Interviews eine neutrale und offene Haltung eingenommen und die Befragten wurden ermutigt, ihre Gedanken und Gefühle frei zu äußern. Die ethischen Aspekte der Forschung wurden gewahrt. Die Einwilligung der Interviewpartner*innen zur Aufzeichnung und Verwendung ihrer Daten wurde eingeholt und die Anonymität der Befragten gewährleistet.

4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Im Zentrum der Untersuchung steht die Analyse des Umgangs mit sprachlicher Diversität und des Bedarfs an Dolmetschleistungen in allgemeinmedizinischen Praxen in Österreich. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden ärztliches Personal und Ordinationsassistent*innen im Wiener Gemeindebezirk Floridsdorf in Wien befragt. Die empirische Untersuchung konzentriert sich auf die Beantwortung folgender Forschungsfragen:

- Welche Strategien und Praktiken wenden Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Ordinationsassistent*innen im Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen in Ihrem Arbeitsalltag an?
- Besteht in Ordinationen für Allgemeinmedizin Bedarf an professionellen Dolmetschleistungen? Wenn ja, in welchem Umfang und für welche Sprachen?
- Wie lässt sich die translationspolitische Situation in allgemeinmedizinischen Ordinationen beschreiben? Welche Regelungen, Initiativen oder Herausforderungen kennzeichnen den Einsatz von Dolmetschern in diesem Bereich der Primärversorgung?

4.2 Zugang zum Forschungsfeld und Teilnehmer*innen

Die Auswahl des Forschungsfeldes für diese Arbeit basiert auf langjährigen beruflichen Erfahrungen des Autors in einer allgemeinmedizinischen Praxis im 21. Wiener Gemeindebezirk, der durch eine hohe sprachliche Diversität gekennzeichnet ist. Um die Forschungsfrage im Kontext einer urbanen Umgebung zu untersuchen und im Hinblick auf zukünftige vergleichende Studien ein repräsentatives Bild zu zeichnen, wurde der Bezirk Floridsdorf als Untersuchungsgebiet festgelegt. Die Gewinnung der Interviewpartner*innen erfolgte im Rahmen einer gezielt auf allgemeinmedizinische Praxen in Wien ausgerichteten Suche. Insgesamt nahmen vier Personen an den Interviews teil: zwei Ärzt*innen und zwei Ordinationsassistent*innen. Sowohl die Ärzt*innen als auch die Ordinationsassistent*innen haben einen Migrationshintergrund und verfügen über erweiterte Fremdsprachenkenntnisse, die eine Kommunikation in weiteren Sprachen ermöglichen.

4.3 Datenerfassung

Die Datenerhebung für dieses qualitative Forschungsvorhaben erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews. Diese Methode ermöglicht, wie Helfferich (2009) betont, eine systematische und strukturierte Durchführung der Interviews, bei gleichzeitiger Gewährleistung von Flexibilität und Offenheit im Gesprächsverlauf. Auf Basis der theoretischen Grundlagen und der Forschungsfragen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt für die Ärzt*innen und für die Ordinationsassistent*innen (siehe Anhang 1). Alle vier Interviews wurden im Juli 2024 in den jeweiligen Ordinationsräumlichkeiten durchgeführt. Nach Einholung des Einverständnisses der Teilnehmer*innen wurden die Gespräche mit einem Smartphone (iPhone 15 von Apple) aufgezeichnet. Die Audioaufnahmen wurden anschließend nach den von Kuckartz (2018: 167f) entwickelten Transkriptionsregeln verschriftlicht.

Folgende Regeln wurden bei der Transkription berücksichtigt:

- wörtliche Transkription mit Anpassung dialektaler Ausdrücke an die Standardsprache.
- Annäherung von Sprache und Interpunktion an die Schriftsprache.
- Hervorhebung betonter Wörter durch Unterstreichung.
- Keine Transkription von zustimmenden Lautäußerungen der Interviewer*in, sofern diese den Redefluss nicht beeinflussen (z.B. "mhm", "aha").
- Kennzeichnung des Interviewers und der befragten Person durch Kürzel (I = Interviewer, A1 = erste Ärzt*in, A2 = zweite Ärzt*in, O1 = erste Ordinationsassistent*in, O2 = zweite Ordinationsassistent*in).
- Neuer Absatz nach jedem Sprecherwechsel.
- Anonymisierung personenbezogener Daten.
- Die Anonymisierung erfolgte nach Abschluss der Transkription durch Ersetzung von ortsbezogenen Angaben mit allgemeinen Begriffen (z.B. Bezirk) und Verwendung der gegenderten Formen "Ärzt*innen" und "Ordinationsassistent*innen" an Stellen, die Rückschlüsse auf die befragten Personen zulassen könnten. Die Transkripte wurden zur Verbesserung der Lesbarkeit, Analyse und Auffindbarkeit von Textstellen in Absätze mit Absatznummerierung formatiert und sind im Anhang zu finden.

4.4 Analysemethode

Für die Analyse der empirischen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018: 167f.) angewendet. Dieses Verfahren ermöglicht eine systematische und

kategorienbasierte Auswertung von Textdaten, wobei die Forscher*innen eine aktive Rolle im Interpretationsprozess einnehmen.

Grundprinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz:

Auswahleinheiten: Die Analyse basiert auf definierten Auswahleinheiten, in diesem Fall den Transkripten der durchgeführten Interviews.

Kategorien: Die in den Transkripten identifizierten Themen werden thematischen Kategorien zugeordnet. Kategorien dienen dabei als Ordnungsprinzip und ermöglichen die Strukturierung und Interpretation der Daten.

Codierung: Der Codierungsprozess umfasst das Analysieren, Benennen, Kategorisieren und theoretisches Einordnen der Daten.

Kuckartz (2018: 167f.) beschreibt Kategorien als "das Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten" und betont deren Bedeutung für die Wahrnehmung und Ordnung von Informationen sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft.

4.5 Datenauswertung

Die Auswertung der in dieser Arbeit erhobenen Daten erfolgte mittels einer inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, S. 167f). Dieses Verfahren eignet sich besonders für die vorliegenden Forschungsfragen und ermöglicht eine systematische Analyse von Textdaten. Die inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse lässt sich in folgende sechs Prozessphasen gliedern:

1. Initiierende Textarbeit:

Gründliches Lesen der Transkripte: Die Interviewtranskripte wurden mehrmals sorgfältig gelesen, um ein umfassendes Verständnis für die Aussagen der Interviewpartner*innen zu entwickeln.

Markieren relevanter Textstellen: Dabei wurden Textstellen markiert, die wichtige Informationen zu den Herausforderungen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen enthielten. Zum Beispiel Aussagen über Kommunikationsschwierigkeiten, den Einsatz von Dolmetscherdiensten oder die Bedeutung von Kommunikation.

Anfertigen von Memos: Zu den markierten Textstellen wurden Memos verfasst, in denen erste Gedanken, Interpretationen und Hypothesen festgehalten wurden.

2. Deduktive Kategorienbildung:

Ableitung von Hauptkategorien: Ausgehend von den Themenbereichen des Interviewleitfadens wurden deduktiv Hauptkategorien gebildet. Folgende Kategorien wurden vorab definiert:

Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag: Diese Kategorie bezieht sich auf alle Aussagen, die sich direkt auf die Verwendung von mehreren Sprachen im beruflichen Kontext beziehen.

Umgang mit Mehrsprachigkeit: Hier werden alle Strategien, Herausforderungen und Lösungen im Zusammenhang mit der praktischen Anwendung von Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag erfasst.

Dolmetschpraxis: Diese Kategorie fokussiert sich auf die spezifischen Tätigkeiten und Arbeitsweisen von Dolmetschern.

3. Erster Codierungsprozess:

Zuordnung von Sinneinheiten zu Kategorien: Die Transkripte wurden erneut durchgelesen und Sinneinheiten (Aussagen, die eine thematische Einheit bilden) den definierten Hauptkategorien zugeordnet. Eine Aussage wie "Die Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen ist oft schwieriger. Die Sprachbarriere kann zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen, vor allem bei der Vermittlung von wichtigen Informationen. Das erfordert mehr Zeit und Geduld" wurde beispielsweise der Kategorie "Umgang mit Mehrsprachigkeit" zugeordnet.

Zusammenstellung der codierten Segmente: Alle codierten Segmente wurden innerhalb der jeweiligen Hauptkategorie zusammengeführt.

4. Induktive Subkategorienbildung:

Ausdifferenzierung der Hauptkategorien: Durch die Analyse der in den Hauptkategorien gesammelten Segmente wurden induktiv Subkategorien gebildet. Die Kategorie "Dolmetschpraxis" wurde beispielsweise in Subkategorien wie "Dolmetschbedarf und Dolmetscher*innen", "Erwartungen an Dolmetscher*innen", unterteilt. Die induktiv gebildeten Subkategorien lauten:

1. Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag:

Zugänglichkeit für nichtdeutschsprachige Patientengruppen: Diese Subkategorie thematisiert die Herausforderungen und die Schwierigkeit, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Patient*innen mit unterschiedlichen Sprachhintergründen zu gewährleisten.

Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen: Hier geht es um die Häufigkeit und den Umfang der Verwendung verschiedener Sprachen im Arbeitsalltag.

Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen: Diese Subkategorie befasst sich mit der Verfügbarkeit von Sprachunterstützung und mehrsprachigen Materialien für Patient*innen und medizinisches Personal.

2. Umgang mit Mehrsprachigkeit:

Betreuungs- und Behandlungsunterschiede: Diese Subkategorie untersucht, ob und wie sich die Behandlung und Betreuung von Patient*innen mit unterschiedlichen Sprachhintergründen unterscheidet.

Behandlungsschwierigkeiten: Hier werden spezifische Herausforderungen bei der Behandlung von Patient*innen aufgrund von Sprachbarrieren thematisiert.

Behandlungsabbruch: Diese Subkategorie untersucht, ob Sprachbarrieren zu einem Abbruch der Behandlung führen können.

Kommunikationsstrategien: Hier werden Strategien und Techniken zur Überwindung von Sprachbarrieren in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen analysiert.

Fort- und Weiterbildung: Diese Subkategorie befasst sich mit der Bedeutung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für medizinisches Personal im Bereich interkulturelle Kommunikation und Mehrsprachigkeit.

3. Dolmetschpraxis:

Dolmetschbedarf und Dolmetscher*innen: Diese Subkategorie thematisiert den Bedarf an Dolmetschleistungen und die Verfügbarkeit von qualifizierten Dolmetschern im Gesundheitswesen.

Erwartungen an Dolmetscher*innen: Hier werden die Erwartungen an die Kompetenzen und das Verhalten von Dolmetscher*innen im medizinischen Kontext untersucht.

Definition der Subkategorien: Für jede Subkategorie wurde eine präzise Definition formuliert, um eine eindeutige Zuordnung der codierten Segmente zu gewährleisten.

Ordnung und Systematisierung: Die Subkategorien wurden innerhalb der Hauptkategorien geordnet und systematisiert.

5. Zweiter Codierungsprozess:

Erneutes Codieren der Transkripte: Im ersten Kodierprozess wurden die zuvor genannten Haupt- und Subkategorien gebildet. Im zweiten Kodierprozess, bei dem das Datenmaterial erneut detailliert analysiert wurde, zeigten sich weitere relevante Themenbereiche, die im ersten Durchgang noch nicht ausreichend berücksichtigt worden waren. Im Rahmen des zweiten Kodierprozesses wurden die folgenden neuen Subkategorien innerhalb der Hauptkategorie "Dolmetschpraxis" identifiziert und in das Kategoriensystem integriert:

Beauftragung von Dolmetscher*innen: Die Analyse des Datenmaterials verdeutlichte, dass die Frage der Beauftragung von Dolmetscher*innen eine zentrale Rolle in der praktischen Umsetzung von Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen spielt. Diese Subkategorie umfasst organisatorische Aspekte wie die Initiierung der Dolmetscheranforderung, die Klärung der Zuständigkeiten für die Kostenübernahme, die Auswahl geeigneter Dolmetscher sowie die vertragliche Gestaltung der Dolmetschaufträge.

Professioneller Dolmetschmarkt: Im Zuge der erneuten Analyse wurde die Bedeutung des professionellen Dolmetschmarktes für die Qualität und Verfügbarkeit von Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen deutlich. Diese Subkategorie thematisiert die Struktur des Dolmetschmarktes, die Verfügbarkeit und Qualifikation von Dolmetscher*innen, die Preisgestaltung von Dolmetschleistungen sowie die Rolle von Vermittlungsagenturen und anderen Akteuren im Dolmetschmarkt.

6. Analyse des codierten Materials:

Interpretation der Ergebnisse: In dieser Phase wurden die in Kategorien und Subkategorien zusammengefassten Segmente analysiert und interpretiert. Dabei wurden Muster und Zusammenhänge identifiziert und die Aussagen der Interviewpartner*innen miteinander verglichen.

4.6 Ergebnisse der Datenauswertung

1. Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag

Dieses Themenfeld beleuchtet die alltägliche Erfahrung von Mehrsprachigkeit in den untersuchten Ordinationen und umfasst folgende Hauptkategorien:

Zugänglichkeit gegenüber nicht deutschsprachigen Patient*innengruppen: Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?

Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen: Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?

Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen: Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?

2. Umgang mit Mehrsprachigkeit

Dieses Themenfeld fokussiert die Strategien und Herausforderungen im Umgang mit sprachlicher Diversität in der Arzt-Patienten-Kommunikation und beinhaltet folgende Subkategorien:

Betreuungs-/Behandlungsunterschiede: Gibt es Unterschiede in der Betreuung und Behandlung von Patient*innen mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen?

Behandlungsschwierigkeiten/-hürden: Welche Schwierigkeiten und Hürden ergeben sich durch sprachliche Barrieren in der Behandlung?

Behandlungsabbruch: Führt mangelnde Kommunikation zu Behandlungsabbrüchen?

Kommunikationsstrategien: Welche Strategien werden angewendet, um mit Patient*innen zu kommunizieren, die kein Deutsch sprechen?

Fort- und Weiterbildungen: Welche Fort- und Weiterbildungsangebote nutzen die Mitarbeiter*innen der Ordinationen im Bereich interkulturelle Kommunikation und Sprachmittlung?

3. Dolmetschpraxis

Dieses Themenfeld befasst sich mit dem Einsatz von Dolmetschleistungen in den Ordinationen und umfasst folgende Subkategorien:

Dolmetschbedarf und Dolmetscher*innen: Besteht Bedarf an Dolmetschleistungen? Welche Erfahrungen haben die Mitarbeiter*innen mit Dolmetscher*innen gemacht?

Erwartungen an Dolmetscher*innen: Welche Erwartungen haben die Mitarbeiter*innen an die Qualifikation und das Verhalten von Dolmetscher*innen?

Beauftragung von Dolmetscher*innen: Wie erfolgt die Beauftragung von Dolmetscher*innen? Welche organisatorischen und finanziellen Aspekte sind dabei relevant?

Professioneller Dolmetsch-Markt: Wissen über Zugang und Angebot: Welche Kenntnisse haben die Mitarbeiter*innen über den professionellen Dolmetsch-Markt und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Dolmetschleistungen?

5. Diskussion der Ergebnisse

5.1 Mehrsprachigkeit

Die qualitative Inhaltsanalyse ergab drei Subkategorien, die im Folgenden näher beleuchtet werden, um den Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen in den untersuchten Praxen zu beschreiben. Zunächst wird die Zugänglichkeit der befragten Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen gegenüber nichtdeutschsprachigen Patient*innen analysiert und im Kontext der rechtlichen Rahmenbedingungen des Zugangs von Migrant*innen zum österreichischen Gesundheitssystem diskutiert. Anschließend werden die Regelmäßigkeit von Konsultationen mit mehrsprachigen Patient*innen im Ordinationsalltag untersucht und das Sprachaufkommen in den Praxen ermittelt, um die Häufigkeit und die Art der sprachlichen Diversität zu erfassen. Die dritte Subkategorie befasst sich mit dem Sprachangebot und der Bereitstellung mehrsprachiger Unterlagen in den Ordinationen. Hier wird analysiert, welche organisatorischen Maßnahmen ergriffen werden, um den Bedürfnissen von Patient*innen mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen gerecht zu werden.

5.1.1 Zugänglichkeit für nicht deutschsprachige Patient*innen

Ausgehend von der zentralen Feststellung, dass nichtdeutschsprachige Patient*innen im österreichischen Gesundheitssystem aufgrund gesellschaftlicher Faktoren marginalisiert werden, obwohl ihnen ein rechtlicher Zugang garantiert ist (Lanfranchi et al., 2015: 111), untersucht die vorliegende Masterarbeit die Erfahrungen von medizinischem Personal in Ordinationen., um durch eine effektive Sprachpolitik Benachteiligungen abzubauen. Im Zentrum der Arbeit steht die Frage: „Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?“. Die Antworten des medizinischen Personals zeichnen ein vielschichtiges Bild, welches sowohl positive Erfahrungen als auch wesentliche Herausforderungen im Kontext der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen offenbart.

Die Ergebnisse der Masterarbeit zeigen, dass die Wahrnehmung der Versorgungssituation stark variiert. Einerseits heben einige Befragte, wie Ärzt*in 1 (A1: 2), die prinzipielle Zugänglichkeit des österreichischen Gesundheitssystems für alle Patient*innen, unabhängig von ihrer sprachlichen Herkunft, hervor und bewerten die Situation daher insgesamt positiv. So betont sie, dass der Zugang „grundsätzlich gut und niederschwellig“ sei. Diese Einschätzung illustriert die immanente Inklusivität des Systems, wonach theoretisch alle Personen, unabhängig ihrer Sprache, medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können. Andererseits stehen diesen

positiven Stimmen die Erfahrungen von Ordinationsassistent*in 1 (O1: 26) gegenüber, die die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen im Praxisalltag als „oft eine Herausforderung“ wahrnimmt. Dieses Zitat verdeutlicht pointiert die Diskrepanz zwischen dem rechtlich garantierten Zugang und den tatsächlichen praktischen Hürden. Sie beschreibt, dass Sprachbarrieren vor allem in der Anamnese und Aufklärung als „erhebliche Hürde“ wahrgenommen werden. Damit konkretisiert sie die von Lanfranchi et al. (2015: 111) beschriebenen Kommunikationsbarrieren auf Ebene der direkten Arzt-Patient-Interaktion. Die Aussage von Ordinationsassistent*in 1 unterstreicht die praktische Schwierigkeit der Kommunikation und die damit verbundene Unsicherheit, ob Patient*innen medizinische Informationen vollständig verstehen. Hier zeigt sich, wie sprachliche Barrieren die Qualität der medizinischen Versorgung unmittelbar beeinträchtigen können. Zudem verweist sie auf die Problematik fehlender Ressourcen zur Organisation von Dolmetscher*innen. Dieser Aspekt ergänzt die individuellen kommunikativen Herausforderungen um eine strukturelle Dimension und verweist auf mögliche systemische Defizite in der Unterstützung von Praxen. Eine vermittelnde Position nimmt Ärzt*in 2 (A2: 50) ein, die die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen zwar auch als anspruchsvoll, aber gleichzeitig als „bereichernd“ erlebt. Diese Perspektive lenkt den Fokus weg von den Defiziten hin zu den potentiellen positiven Aspekten interkultureller Begegnung im Gesundheitswesen. Ärzt*in 2 betont das Kennenlernen anderer Kulturen und die damit verbundene Horizonterweiterung als positive Erfahrungen. Auch wenn sie damit die Herausforderungen nicht negiert, so zeigt ihre Aussage doch, dass die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen nicht ausschließlich defizitorientiert betrachtet werden muss. Obwohl auch Ärzt*in 2 die Notwendigkeit von Geduld und Kreativität in der Kommunikation betont, überwiegt ihre positive Einschätzung, dass die Versorgung „im Großen und Ganzen gut klappt“. Diese Aussage kann als Ausdruck einer pragmatischen Bewältigungsstrategie interpretiert werden, die trotz der Herausforderungen eine positive Grundhaltung im Praxisalltag ermöglicht. Ordinationsassistent*in 2 (O2: 74) ergänzt diese pragmatische Perspektive schließlich um konkrete Handlungsempfehlungen. Sie thematisiert die sprachliche Vielfalt als integralen Teil des Arbeitsalltags und hebt die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung hervor. Damit verschiebt sich der Fokus von der reinen Problembeschreibung hin zu Lösungsansätzen und individuellen Kompetenzen im Umgang mit sprachlicher Diversität. Die von ihr angeführte Nutzung von Bildmaterial, Übersetzungs-Apps und die Inanspruchnahme von Kolleg*innen illustriert die praktische Relevanz und den Bedarf an niederschweligen Hilfsmitteln im Praxisalltag. Diese Strategien zeigen, wie medizinisches Personal trotz struktureller Herausforderungen individuelle Wege

findet, um die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu optimieren.

5.1.2 Regelmäßigkeit und Sprachaufkommen

Edwards (2012) betont, dass Mehrsprachigkeit in der heutigen Zeit nicht zwingend einen Wohnsitz im Ausland voraussetzt (2012: 7), und als Hauptursache die Globalisierung hervorhebt, demnach untersucht die vorliegende Masterarbeit die konkrete Ausprägung von Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag medizinischer Ordinationen. Edwards (2012) argumentiert, dass die Globalisierung durchzunehmende Migrationsströme, politische Zusammenschlüsse und die Vernetzung von Grenzregionen die Verbreitung von Mehrsprachigkeit maßgeblich vorantreibt und ihre Bedeutung in unserer globalisierten Welt steigert. Auch Bildung und Kultur tragen laut Edwards (2012: 7) zur Entwicklung von Mehrsprachigkeit bei. Vor diesem Hintergrund widmete sich diese Arbeit der Frage, inwieweit sich diese globale Tendenz zur Mehrsprachigkeit im Mikrokontext medizinischer Ordinationen widerspiegelt, fokussiert auf die Häufigkeit von Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und den dabei gesprochenen Sprachen. Die leitende Interviewfrage lautet: „Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?“. Die Antworten der befragten Mitarbeiter*innen verdeutlichen eindrücklich, dass der Kontakt mit Patient*innen, die nicht Deutsch sprechen, keine Ausnahmeerscheinung, sondern einen fixen und regelmäßigen Bestandteil des Praxisalltags darstellt. Diese Feststellung untermauert Edwards' (2012) These von der zunehmenden Relevanz von Mehrsprachigkeit in der heutigen Gesellschaft und überträgt sie auf den spezifischen Kontext medizinischer Versorgung in Österreich.

Übereinstimmend bestätigen alle Befragten die Regelmäßigkeit dieser Begegnungen und belegen damit die Präsenz von Mehrsprachigkeit im Ordinationsalltag. So bestätigt Ärzt*in 1 (A1: 4) den Kontakt „tatsächlich mehrmals täglich“. Dieses Zitat quantifiziert die Häufigkeit und unterstreicht die routinemäßige Natur des Umgangs mit sprachlicher Diversität in der Ordination von Ärzt*in 1. Auch Ordinationsassistent*in 1 (O1: 28) bekräftigt, dass es „ganz normal“ sei, „dass wir täglich mit Menschen zu tun haben, die unterschiedliche Sprachen sprechen“. Durch den Begriff „ganz normal“ wird Mehrsprachigkeit als selbstverständlicher und integraler Bestandteil des Arbeitsalltags dargestellt. Ordinationsassistent*in 1 führt die Regelmäßigkeit der Begegnungen explizit auf die Lage der Praxis „in einem multikulturellen Stadtteil“ zurück. Dieser Hinweis stellt eine direkte Verbindung zu Edwards' (2012) Argument

her, dass Migrationsströme und geographische Kontexte (wie multikulturelle Stadtteile) maßgeblich zur Verbreitung von Mehrsprachigkeit beitragen. Ärzt*in 2 (A2: 52) beschreibt die Frequenz zwar als „variiert sehr stark“, betont jedoch die grundsätzliche Gegebenheit und somit den Arbeitsalltag prägenden Charakter. Auch wenn die Frequenz schwankt, so unterstreicht auch ihre Aussage, dass Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen ein kontinuierliches Phänomen und keine seltene Ausnahme darstellen. Abschließend resümiert Ordinationsassistent*in 2 (O2: 76), dass „Mehrsprachigkeit bei uns zum Alltag gehört“ und die Praxis „wirklich bunt“ sei, mit Patient*innen „aus aller Welt“. Diese pointierte Zusammenfassung verdeutlicht abschließend, dass Mehrsprachigkeit als fixer Bestandteil der Praxiskultur wahrgenommen wird und die Diversität der Patientenschaft prägt. In ihrer Gesamtheit unterstreichen diese Aussagen eindrücklich, dass die Versorgung sprachlich diverser Patientengruppen keine seltene Ausnahme, sondern gelebte Realität im Ordinationsalltag darstellt und somit die von Edwards (2012) beschriebene globale Zunahme von Mehrsprachigkeit im lokalen Kontext medizinischer Ordinationen reproduziert.

In Bezug auf die gesprochenen Sprachen zeichnet sich ebenfalls ein vielseitiges Bild: Während Ärzt*in 1 (A1: 4) „Englisch“ als „weit verbreitet“ hervorhebt, werden durch Ärzt*in 2 (A2: 52) konkretere Beispiele wie „Türkisch, Sprachen aus dem (ost-) europäischen Raum und romanische Sprachen“ genannt. Diese konkreten Beispiele verdeutlichen die Vielfalt der gesprochenen Sprachen und spiegeln die multikulturelle Zusammensetzung der Bevölkerung wider, wie sie Edwards (2012) im Kontext der Globalisierung beschreibt. Ordinationsassistent*in 2 (O2: 76) ergänzt diese Aufzählung nun mit einer ausführlicheren Anmerkung, die die Vielfalt und Bedeutung von Mehrsprachigkeit in ihrer Praxis noch deutlicher hervortreten lässt: „Wir haben auch viele arabischsprachige Patient*innen, die aus Ihren Ländern wegen des Kriegs geflüchtet sind.“

5.1.3 Sprachangebot und mehrsprachige Unterlagen

Nachdem bereits visuelle Hilfsmittel als eine Möglichkeit zur Reduktion von Sprach- und Kulturbarrrieren im Gesundheitsbereich diskutiert wurden (Stuker 2007: 223; Straub 2016: 14f.), fokussiert der folgende Abschnitt die Analyse der in Ordinationen aktiv angebotenen Sprachen und die Verfügbarkeit mehrsprachiger Materialien. Die Antworten der befragten medizinischen Mitarbeiter*innen zeichnen hierbei ein komplexes Bild, das sowohl bestehende Ansätze als auch substanziellen Verbesserungsbedarf offenbart. Die Aussagen der Befragten legen nahe, dass zwar erste Schritte in Richtung mehrsprachiger Angebote unternommen

werden, gleichzeitig jedoch eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung mit mehrsprachigen Informationen noch nicht gegeben ist. Im Zentrum der Analyse steht dabei die ambivalente Rolle von Englisch als primärer Fremdsprache und die insgesamt limitierte Verfügbarkeit umfassender Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, insbesondere zu spezifischen Krankheitsbildern. Zentral lässt sich aus den Antworten der Befragten ableiten, dass Englisch in den untersuchten Ordinationen zwar einen gewissen Stellenwert als Kommunikationssprache einnimmt, die Verfügbarkeit umfassender mehrsprachiger Informationsmaterialien und Formulare jedoch als stark limitiert zu bewerten ist. Während ein Basisangebot an mehrsprachigen Materialien existiert, insbesondere von übergeordneten Institutionen wie Ärztekammer und ÖGK, beschränkt sich dieses primär auf allgemeine Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen und Systemumstellungen. Es mangelt hingegen an einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung mit Informationen in verschiedenen Sprachen, insbesondere zu spezifischen Krankheitsbildern, was eine wesentliche Versorgungslücke darstellt.

Diese Versorgungslücke wird durch die Aussagen der Befragten eindrücklich illustriert. Ärzt*in 1 (A1: 6) bestätigt zwar das Angebot von Englisch in ihrer Ordination, räumt aber gleichzeitig ein, dass dies „nicht ausreicht, um alle Patient*innen optimal zu informieren“. Diese Einschränkung verdeutlicht die Limitierung des Englischen als alleinige Strategie zur Überwindung sprachlicher Barrieren und weist auf den Bedarf an weiterreichenden mehrsprachigen Angeboten hin. Die konkrete Schwierigkeit, „ausreichend mehrsprachiges Informationsmaterial, wie im konkreten Fall zur Krätze, zu finden“, verdeutlicht die bestehende Versorgungslücke im Bereich spezifischer Krankheitsbilder und unterstreicht die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Materialbereitstellung. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 30) verweist zwar auf die existierenden mehrsprachigen Materialien von Ärztekammer und ÖGK, schränkt jedoch deren Umfang eindeutig ein, da sich diese „primär auf aktuelle Themen“ beziehen und „allgemeine Formulare in der eigenen Ordination ausschließlich in Deutsch vorliegen“. Diese Aussage konkretisiert die thematische und formale Begrenzung der bestehenden mehrsprachigen Angebote und zeigt auf, dass die Verfügbarkeit mehrsprachiger Informationen vor allem in alltäglichen Praxisroutinen und bei spezifischen Patientenbedürfnissen defizitär ist. Ärzt*in 2 (A2: 54) hebt zwar die Eigeninitiative der Mitarbeiter*innen hervor, die „durch Übersetzungen und Internetrecherchen versuchen, die Kommunikation zu verbessern“. Diese Eigeninitiative kann als positive Bewältigungsstrategie interpretiert werden, verweist jedoch gleichzeitig auf das Fehlen einer strukturellen und

systematischen Unterstützung durch mehrsprachige Informationsangebote. Die Nutzung von „mehrsprachigen Formularen für Vorsorgeuntersuchungen, bereitgestellt durch die Ärztekammer“, zeigt zwar „punktueller Verbesserungen“, jedoch wird gleichzeitig betont, dass diese Bemühungen „nicht genug“ sind und „weiterer Handlungsbedarf“ besteht. Auch diese Aussage illustriert die fragmentarische Natur der bestehenden mehrsprachigen Angebote und den dringenden Bedarf an einer umfassenderen und systematischeren Versorgung mit mehrsprachigen Informationen. Ordinationsassistent*in 2 (O2: 78) lenkt den Blick schließlich auf die internen sprachlichen Ressourcen, indem sie die Weiterleitung von englischsprachigen Patient*innen an Kolleg*innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen beschreibt. Diese Strategie der internen Weiterleitung verdeutlicht die Bedeutung der Sprachkompetenzen des medizinischen Personals für die Bewältigung sprachlicher Barrieren im Praxisalltag. Gleichzeitig weist sie aber auch auf die potentielle Inhomogenität des Angebots hin, da nicht alle Mitarbeiter*innen über die gleichen Fremdsprachenkenntnisse verfügen. Diese Inhomogenität kann zu Ungleichbehandlung von Patient*innen führen, je nachdem, welche Mitarbeiter*innen gerade verfügbar sind, und unterstreicht die Notwendigkeit einer systematischeren und gleichmäßigeren Versorgung mit mehrsprachigen Optionen.

5.2 Umgang mit der Mehrsprachigkeit

In dieser Arbeit wird untersucht, wie in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin mit Mehrsprachigkeit umgegangen wird. Die empirische Analyse stützt sich auf fünf Subkategorien. Zunächst wird analysiert, ob es Unterschiede in der Behandlung und Betreuung von Patient*innen gibt, die Deutsch als Muttersprache sprechen, und solchen, die eine andere Muttersprache haben. Darauf aufbauend werden die Herausforderungen und Schwierigkeiten beleuchtet, die bei der medizinischen Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen auftreten können. Die Subkategorie dient dazu, herauszufinden, ob diese Hürden zu einem Abbruch der Behandlung führen können. Darüber hinaus werden die verschiedenen Kommunikationsstrategien, die in der Arzt-Patient-Interaktion verwendet werden, detailliert dargestellt und analysiert. Abschließend wird untersucht, ob Fortbildungen zum Thema Mehrsprachigkeit in der Arztpraxis angeboten oder besucht werden und ob Bedarf an solchen Angeboten besteht.

5.2.1 Betreuungs-/Behandlungsunterschiede

Ausgehend von dem grundlegenden Menschenrecht auf Kommunikation im eigenen Wohnstaat, welches in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verankert ist und die Teilhabe am öffentlichen Leben sowie den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen

umfasst (Viezzi, 2014: 13), untersucht die vorliegende Masterarbeit die Frage der Gleichbehandlung von Patient*innen in medizinischen Ordinationen. Sandrini (2019: 66) betont, dass dieses Kommunikationsrecht auf dem Prinzip einer partizipativen Demokratie basiert, wonach allen Bürger*innen eine gleichberechtigte Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht werden soll. Daher widmet sich die Arbeit der Frage, ob sich dieses Prinzip der Gleichbehandlung auch in der medizinischen Versorgung manifestiert, und untersucht explizit, ob es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nichtdeutschsprachigen Patient*innen in medizinischen Ordinationen gibt. Die Antworten der befragten Personen auf die Frage "Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?" zeichnen ein differenziertes Bild, welches die Komplexität dieses Themas verdeutlicht und sowohl die Bemühungen um Gleichbehandlung als auch die praktischen Herausforderungen im Kommunikationsprozess offenbart.

Ein zentraler Punkt, der von allen Befragten in ihren Antworten betont wird und somit den Konsens des medizinischen Personals in Bezug auf Gleichbehandlung unterstreicht, ist der Grundsatz der Gleichbehandlung in der medizinischen Versorgung. Ärzt*in 1 (A1: 8) stellt dies explizit fest, indem sie hervorhebt, dass "bei der medizinischen Versorgung selbst keine Unterschiede gemacht werden dürfen" und "alle Patient*innen die gleiche medizinische Behandlung" erhalten, unabhängig von ihrer Muttersprache. Dieses Zitat verdeutlicht den hohen Stellenwert des ethischen Fundaments medizinischer Praxis, wonach die Qualität der medizinischen Leistung normativ betrachtet nicht von der sprachlichen Herkunft der Patient*innen abhängen darf und Gleichbehandlung oberstes Gebot ist. Dennoch verdeutlichen die weiteren Aussagen der Befragten, dass die praktische Umsetzung dieses ethischen Grundsatzes im Kommunikationsprozess mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen erhebliche Herausforderungen birgt, die die angestrebte Gleichbehandlung im Erleben der Patient*innen indirekt beeinträchtigen können. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 32) beschreibt die Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen als "oft schwieriger" und betont, dass die "Sprachbarriere [...] zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen kann, vor allem bei der Vermittlung von wichtigen Informationen". Diese Aussage unterstreicht eindrücklich, dass die sprachliche Barriere, auch wenn sie die medizinische Leistung an sich nicht unmittelbar beeinflusst, einen indirekten Einfluss auf die Behandlungserfahrung der Patient*innen haben kann und somit den Anspruch auf Gleichbehandlung in der Praxis kompromittiert. Die Aussage von Ordinationsassistent*in 1 (O1: 32) impliziert zudem, dass die

Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen "mehr Zeit und Geduld" erfordert. Dieser Aspekt verweist auf potentielle Auswirkungen auf den Ordinationsablauf und die Ressourcenplanung und verdeutlicht, dass die Versorgung sprachlich diverser Patient*innen nicht nur kommunikative, sondern auch organisatorische Herausforderungen mit sich bringt. Ärzt*in 2 (A2: 56) lenkt den Fokus in ihrer Antwort auf die zusätzlichen Unterstützungsbedarfe nichtdeutschsprachiger Patient*innen, die über die medizinische Behandlung im engeren Sinne hinausgehen. Diese reichen beispielsweise über "die Orientierung im Gesundheitssystem oder bei der Suche nach Fachärzt*innen" hinaus. Die Bereitschaft der Ordination, Patient*innen hierbei "bestmöglich zu begleiten", zeigt ein Bemühen um ganzheitliche Versorgung, die über die rein medizinische Behandlung hinaus auch soziale und systembezogene Aspekte der Patientenversorgung einschließt und damit den Anspruch auf Gleichbehandlung im Sinne einer partizipativen Demokratie (Sandrini, 2019: 66) zu erfüllen versucht. Um diesen Herausforderungen konkret zu begegnen, beschreibt Ordinationsassistent*in 2 (O2: 80) Strategien zur Kommunikationserleichterung und Missverständnisvermeidung, die in der Praxis bereits angewendet werden. Die proaktive Klärung des Patientenanliegens vor der Konsultation, die Vorabinformation der Ärzt*innen bei Sprachproblemen und die bedarfsorientierte Hinzuziehung von Dolmetscher*innen zeigen konkrete Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Umgang mit sprachlicher Diversität. Diese praktischen Strategien verdeutlichen, dass das medizinische Personal nicht nur die Herausforderungen wahrnimmt, sondern auch proaktiv nach Lösungen sucht und individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt, um die Versorgung sprachlich diverser Patient*innen zu verbessern.

5.2.2 Behandlungsschwierigkeit

Unter Berücksichtigung der Feststellung von Kletečka-Pulker (2013), dass Patient*innen mit Sprachbarrieren in medizinischen Notfallsituationen besonders gefährdet sind und häufiger von Mehrfachuntersuchungen, Überversorgung und medizinischen Behandlungsfehlern betroffen sind (2013: 45), beleuchtet die vorliegende Masterarbeit die Frage nach den größten Herausforderungen in der Behandlung nichtdeutschsprachiger Patient*innen im alltäglichen Ordinationsbetrieb. Die zentrale Interviewfrage „Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen?“ wurde durch Befragung von Praxismitarbeiter*innen untersucht, um die Komplexität des Themas aus deren Perspektive zu erfassen. Die Analyse der Antworten zeigt, dass sich die Problematik in unterschiedlichen Dimensionen entfaltet und weit über die reine Verständigung hinausgeht, wobei die Ergebnisse

die Relevanz der von Kletečka-Pulker (2013) aufgeworfenen Problematik im Alltag medizinischer Ordinationen bestätigen und differenzieren.

Im Kern der von den Befragten identifizierten Herausforderungen steht zweifellos die Sprachbarriere. Ärzt*in 1 (A1: 10) formuliert dies prägnant als "größte Hürde" und verdeutlicht die Schwierigkeit, sich mit Patient*innen zu verständigen, die weder Deutsch noch Englisch sprechen. Dieses direkte Zitat unterstreicht die fundamentale Bedeutung der Sprache als Basis gelingender medizinischer Versorgung und verdeutlicht die von Kletečka-Pulker (2013) beschriebene Gefährdungslage sprachlich marginalisierter Patient*innen. Die Aussage akzentuiert zudem, dass die Sprache nicht nur ein bloßes Instrument der Kommunikation ist, sondern die Grundlage für Vertrauen, Verständnis und letztendlich für eine erfolgreiche Behandlung bildet, wie es auch in der kommunikationswissenschaftlichen Forschung betont wird. Die potenziellen Folgen von Sprachbarrieren - Missverständnisse und Fehlinterpretationen - werden von Ärzt*in 1 (A1: 10) direkt mit "wichtigen Informationen zur Krankheit oder Behandlung" verknüpft. Dieser direkte Bezug verdeutlicht die unmittelbare Relevanz des Problems im medizinischen Kontext und unterstreicht die von Kletečka-Pulker (2013) beschriebene erhöhte Wahrscheinlichkeit medizinischer Fehler bei sprachlichen Barrieren. Über die reine Sprachbarriere hinaus deuten die Antworten der Befragten jedoch auf tieferliegende kulturelle und kontextuelle Faktoren, die die Behandlung zusätzlich komplizieren und die von Kletečka-Pulker (2013) beschriebene Gefährdung weiter ausdifferenzieren. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 34) weist explizit auf "andere Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit" hin, die aus "anderen Kulturkreisen" stammen können. Diese Aussage verdeutlicht, dass medizinische Konzepte und Behandlungsempfehlungen nicht immer selbstverständlich oder universell verstanden werden, sondern kulturell geprägt sind und unterschiedliche Erwartungshaltungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen entstehen können, was die Diagnose und Therapie zusätzlich erschweren und das Risiko von Fehlbehandlungen erhöhen kann, wie es Kletečka-Pulker (2013) beschreibt. Ärzt*in 2 (A2: 58) führt die kulturelle Dimension weiter aus, indem sie "kulturelle und religiöse Unterschiede" als Herausforderungen nennt und Beispiele für "Missverständnisse in der Körpersprache" oder religiös bedingte Ablehnung von Untersuchungen anführt. Diese konkreten Beispiele illustrieren anschaulich, wie kulturelle und religiöse Faktoren die medizinische Kommunikation und Behandlung auf vielfältige Weise beeinflussen und das Risiko von Missverständnissen und Fehlbehandlungen weiter erhöhen können. Diese Aussagen der Befragten zeigen somit eindrücklich, dass im Umgang mit nichtdeutschsprachigen

Patient*innen neben sprachlicher Kompetenz auch kulturelle Sensibilität und interkulturelle Kompetenz unerlässlich sind, um die von Kletečka-Pulker (2013) beschriebene Gefährdung sprachlich marginalisierter Patient*innen zu reduzieren und eine qualitativ hochwertige und gleichberechtigte medizinische Versorgung zu gewährleisten. Ordinationsassistent*in 2 (O2: 82) bringt schließlich noch eine strukturelle Perspektive in diese Diskussion ein, indem sie den "Mangel an Zeit" und die "fehlende Infrastruktur" als zusätzliche Hürden benennt. Diese Perspektive erweitert die Analyse der Herausforderungen über die individuelle Arzt-Patient-Beziehung hinaus und lenkt den Blick auf systemische und strukturelle Rahmenbedingungen, die die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen ebenfalls maßgeblich beeinflussen. Gerade in ländlichen Regionen mit langen Anreisewegen der Patient*innen verstärken diese Faktoren den "erhöhten Kommunikations- und Zeitaufwand" und können im schlimmsten Fall sogar die "notwendige medizinische Versorgung" gefährden. Diese konkrete Schilderung verdeutlicht eindrücklich, wie sich individuelle Herausforderungen (erhöhter Zeitaufwand durch sprachliche Barrieren) mit strukturellen Defiziten (Mangel an Zeit und Infrastruktur in ländlichen Regionen) überlagern und die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen zusätzlich erschweren können. Diese Aussage verdeutlicht, dass die Herausforderungen in der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen nicht nur auf der individuellen Ebene der Arzt-Patient-Beziehung liegen, sondern auch von systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen mitbestimmt werden. Damit wird deutlich, dass eine Verbesserung der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen nicht nur individuelle Kompetenzen und Bewältigungsstrategien erfordert, sondern auch strukturelle Anpassungen und systemische Lösungen notwendig sind, um eine flächendeckende und gleichberechtigte Versorgung für alle Patient*innen zu gewährleisten.

5.2.3 Behandlungsabbruch

Juszczak & Kern (2018) führen aus, dass beispielsweise im Islam die Vorstellung verbreitet ist, dass Allah über das Schicksal des Menschen bestimmt (2018: 19). Diese religiös-kulturellen Vorstellungen können laut Juszczak & Kern (2018) weitreichende Konsequenzen für die medizinische Behandlung haben, indem sie beispielsweise Aufklärungs-, Diagnose- und Prognosegespräche sowie notwendige Behandlungen für arabische Patient*innen beeinflussen. So erwarten Angehörige muslimischer Patient*innen häufig, zuerst die Diagnose mitgeteilt zu bekommen, um die Patient*innen zu schonen (2018: 19). Schlechte Prognosen werden unter Umständen nur unvollständig kommuniziert, und auch die Therapie selbst kann durch religiöse Vorstellungen beeinflusst werden, wie am Beispiel der Medikamenteneinnahme während des

Ramadan verdeutlicht wird (Juszczak & Kern 2018). Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit, inwieweit die von Juszczak & Kern (2018) am Beispiel arabischer Patient*innen beschriebenen kulturellen und religiösen Barrieren auch in medizinischen Ordinationen in Österreich relevant werden und ob sie zu Behandlungsabbrüchen aufgrund mangelnder Kommunikation führen können. Die zentrale Frage lautete daher: „Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nicht deutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?“. Die Analyse der Antworten zeichnet ein Bild, das sowohl die Anstrengungen des medizinischen Personals um Versorgungskontinuität hervorhebt als auch die unvermeidlichen Grenzen in bestimmten Situationen aufzeigt. Die Ergebnisse der Masterarbeit tragen somit dazu bei, die von Juszczak & Kern (2018) beschriebene Problematik kultureller und religiöser Barrieren im Kontext medizinischer Ordinationen in Österreich empirisch zu fundieren und zu differenzieren.

Einleitend lässt sich aus den Antworten der Befragten festhalten, dass ein Behandlungsabbruch aufgrund von Kommunikationsproblemen in den befragten Ordinationen eher die Ausnahme als die Regel darstellt, was die Bemühungen des medizinischen Personals um Versorgungskontinuität unterstreicht. Ärzt*in 1 (A1: 12) betont explizit, dass es in ihrer Praxis „bisher noch nie vorgekommen“ sei, eine Behandlung abbrechen zu müssen. Dieses eindeutige Statement belegt den starken Willen des medizinischen Personals, Behandlungsabbrüche aufgrund von Kommunikationsproblemen zu vermeiden und die Versorgungskontinuität unbedingt aufrechtzuerhalten. Ihre Aussage zeugt von einem starken Bemühen, für Kommunikationsschwierigkeiten Lösungen zu finden, wie die Hinzuziehung sprachkundiger Kolleg*innen, telefonische Dolmetscher*innen oder die Überweisung ins Krankenhaus in dringenden Fällen. Diese proaktive Herangehensweise verdeutlicht den Willen des medizinischen Personals, eine Kontinuität der medizinischen Versorgung unabhängig von sprachlichen Barrieren zu gewährleisten und unterstreicht die Bemühungen um Patientenautonomie und Gleichbehandlung auch in kommunikativ anspruchsvollen Situationen. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 36) räumt jedoch ein, dass es „Situationen“ gibt, in denen es schwer ist, die Behandlung fortzusetzen, wenn die Kommunikation stark eingeschränkt ist“. Diese ehrlich geschilderte Grenzerfahrung verdeutlicht, dass trotz aller Bemühungen um Versorgungskontinuität und individueller Bewältigungsstrategien Grenzen in der Kommunikation erreicht werden können, die eine Fortsetzung der Behandlung erschweren und Behandlungsabbrüche in Einzelfällen unvermeidlich machen können. Insbesondere die Ablehnung professioneller Dolmetscher*innen durch Patient*innen und das Beharren auf

Angehörige oder Bekannte als Dolmetscher*innen wird von Ordinationsassistent*in 1 (O1: 36) als „problematisch aus Gründen der Vertraulichkeit und des Risikos von Fehlinterpretationen“ angesehen. Dieser Aspekt verweist auf die Spannung zwischen dem Bemühen um Patientenautonomie und der Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung, die nicht immer leicht aufzulösen ist und in bestimmten Situationen zu Konflikten und Grenzen der Versorgung führen kann. Ärzt*in 2 (A2: 60) bestätigt, dass es „einige wenige Situationen“ gibt, „in denen ich die Behandlung abbrechen muss“. Diese Aussage bestätigt die von Ordinationsassistent*in 1 (O1: 36) beschriebene Grenzerfahrung von Behandlungsabbrüchen und unterstreicht, dass diese, obwohl selten, im Praxisalltag tatsächlich vorkommen können. Sie nennt explizit Gründe für Behandlungsabbrüche, die über die reine Kommunikationsbarriere hinausgehen, sondern vielmehr auf kulturellen oder ethischen Konflikten basieren, wie die Ablehnung einer Untersuchung durch einen männlichen Arzt oder den Einsatz von Kindern als Dolmetscher*innen. Diese konkreten Beispiele illustrieren anschaulich, dass Behandlungsabbrüche nicht immer nur auf reinen Sprachproblemen beruhen, sondern auch Wertekonflikte oder ethische Dilemmata eine Rolle spielen können, die eine Fortsetzung der Behandlung unmöglich machen. Diese Aspekte erweitern die von Juszczak & Kern (2018) beschriebene Problematik kultureller und religiöser Barrieren im medizinischen Kontext um eine zusätzliche Dimension von Wertekonflikten und ethischen Dilemmata, die die Komplexität der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen weiter erhöhen und in Extremsituationen sogar zu Behandlungsabbrüchen führen können. Ordinationsassistent*in 2 (O2: 84) weist abschließend auf einen wichtigen Aspekt hin, nämlich die fehlende Dokumentation von Behandlungsabbrüchen in der Ordination. Diese strukturelle Perspektive lenkt den Blick auf die Notwendigkeit einer systematischen Qualitätssicherung im Umgang mit sprachlicher Diversität und unterstreicht die Relevanz einer systematischen Analyse von Behandlungsabbrüchen, um daraus Lernprozesse für die Praxis ableiten zu können. Ihre Forderung nach einer "systematischen Erfassung" solcher Fälle macht deutlich, dass Behandlungsabbrüche trotz ihrer Seltenheit keine vernachlässigbare Randerscheinung sind, sondern ein sensibles Thema von Relevanz für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit darstellen, das systematisch analysiert und dokumentiert werden sollte.

5.2.4 Eingesetzte Strategien

Meylaerts (2011) bietet einen umfassenden Überblick über die unterschiedlichen Formen von Translationspolitik und verdeutlicht, dass diese vielfältige Entscheidungen beinhalten kann. Aus diesem Grund untersucht die vorliegende Masterarbeit die in medizinischen Ordinationen angewendeten Kommunikationsstrategien im Umgang mit sprachlich diversen

Patient*innengruppen. Meylaerts (2011: 167) verweist darauf, dass eine bewusste translationspolitische Entscheidung beispielsweise darin bestehen kann, in bestimmten Situationen gänzlich auf Dolmetschen zu verzichten oder alternativ die Verwendung einer Lingua Franca als gemeinsamer Kommunikationssprache zu wählen, um den Bedarf an Translation zu reduzieren. Darüber hinaus betont Meylaerts (2011: 167) die Möglichkeit selektiver Auswahl von Sprachen, aus denen in andere Sprachen übersetzt und gedolmetscht wird, um gezielt bestimmte Sprachen und Kulturen stärker hervorzuheben als andere. Dieses theoretische Rahmenwerk von Meylaerts (2011) zur Translationspolitik bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung der Kommunikationsstrategien in medizinischen Ordinationen und eröffnet die Perspektive, die gefundenen Strategien im Kontext bewusster oder unbewusster translationspolitischer Entscheidungen zu analysieren. Vor diesem Hintergrund widmete sich die vorliegende Arbeit der Frage, welche Kommunikationsstrategien in medizinischen Ordinationen aktiv angewendet werden, um die Verständigung mit sprachlich diversen Patientengruppen zu erleichtern.

Die Antworten der befragten Personen auf die Leitfrage „Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?“ zeigen ein Spektrum an pragmatischen Ansätzen, die von vereinfachter deutscher Sprache bis zum Einsatz moderner Technologien reichen. Dieses Spektrum an pragmatischen Ansätzen im Ordinationsalltag kann im Lichte von Meylaerts (2011) theoretischem Rahmenwerk als Ausdruck einer impliziten Translationspolitik der befragten Ordinationen interpretiert werden, wonach die direkte sprachliche Vermittlung im Gespräch (durch Vereinfachung oder Lingua Franca) Vorrang vor umfassender Translation oder Dolmetschung hat. Die gefundenen Strategien lassen sich somit als praktische Umsetzung bestimmter translationspolitischer Optionen im Mikrokontext medizinischer Ordinationen analysieren und vor dem Hintergrund der von Meylaerts (2011) beschriebenen Vielfalt translationspolitischer Entscheidungen differenzieren.

Ein wesentlicher Aspekt, der in den Aussagen deutlich wird, ist die Adaptierung der deutschen Sprache selbst. Ärzt*in 1 (A1: 14) beschreibt den bewussten Versuch, „die Inhalte zu vereinfachen und auf Fachbegriffe zu verzichten“, wenn mit deutschsprachigen Patient*innen kommuniziert wird. Diese Strategie der vereinfachten Sprache verdeutlicht die Notwendigkeit, medizinische Informationen patientenverständlich zu vermitteln, unabhängig von der Sprachkompetenz. Die Aussage von A1 (A1: 14) deutet darauf hin, dass diese vereinfachte

Sprache als Grundlage für jegliche Kommunikation dient und die Basis für weitere Sprachstrategien bildet. Neben Deutsch spielt Englisch eine wichtige Rolle als Fremdsprache, insbesondere in touristisch geprägten Regionen und im Umgang mit englischsprachigen Patient*innen. Ärzt*in 1 (A1: 14) erwähnt den Einsatz von Englisch „vor allem in der Touristenzeit, aber auch bei Patient*innen mit englischen Sprachkenntnissen“, räumt jedoch gleichzeitig ein, dass die eigenen Englischkenntnisse „begrenzt“ sind. Diese Aussage erklärt die Präsenz von Englisch als „Lingua franca“ im medizinischen Kontext, zeigt aber auch die möglichen Grenzen der englischen Sprachkompetenz beim medizinischen Personal auf. Bei gravierenden Sprachbarrieren werden nonverbale und visuelle Kommunikationsmittel eingesetzt. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 38) beschreibt den Rückgriff auf „Gestik, Mimik und Zeigen“ sowie den Einsatz von „visuelle Hilfsmittel wie anatomische Modelle, Zeichnungen und Skizzen“. Diese Strategien verdeutlichen die Bedeutung von nonverbaler Kommunikation und Visualisierung als „Brückenbauer“ bei fehlender sprachlicher Verständigung und zeigen die Kreativität und das Engagement des Personals, trotz Sprachbarrieren eine Kommunikation zu ermöglichen. Der Einsatz moderner Technologien in Form von Smartphones und Übersetzungs-Apps wird von Ärzt*in 2 (A2: 62) als „zunehmend eingesetzt“ beschrieben. Sowohl Patient*innen als auch Praxismitarbeiter*innen greifen auf diese Hilfsmittel zurück, wobei Online-Wörterbücher insbesondere bei der Suche nach der richtigen Übersetzung von Begriffen“ helfen können. Diese Aussage verdeutlicht die zunehmende Relevanz von digitalen Tools in der interkulturellen medizinischen Kommunikation und die potenzielle Erleichterung der Verständigung durch den Einsatz von Übersetzungstechnologien. Als pragmatische Lösung bei partiellen Deutschkenntnissen nennt Ordinationsassistent*in 2 (O2: 86) den „Sprachmix aus Deutsch und Englisch“, die auch als „Esperanto-ähnliche Sprache“ bezeichnet und als „pragmatische Lösung“ betrachtet wird. Diese Aussage zeigt die Flexibilität und den pragmatischen Umgang mit sprachlicher Diversität im Ordinationsalltag, wo auch „Mischsprachen“ als Kommunikationsvehikel akzeptiert und genutzt werden, um eine Verständigung zu erreichen.

5.2.5 Fortbildung

In der Forschungsliteratur zum Dolmetschen im Gesundheitswesen wird wiederholt auf die mangelnde Schulung von Ärzt*innen im Bereich der interkulturellen Kommunikation hingewiesen. Angelelli (2014) argumentiert, dass ein wesentlicher Grund hierfür darin liegt, dass Ärzt*innen während ihrer Ausbildung kaum oder keine spezifische Vorbereitung im Umgang mit Patientengruppen unterschiedlicher Herkunft erhalten (2014: 26). Daraus resultiert, wie Hegemann (2015) feststellt, eine mangelnde Erfahrung von Ärzt*innen in der

Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen im medizinischen Kontext (2015: 91). Aus diesem Grund widmete sich die vorliegende Arbeit der Frage nach der Einschätzung des Angebots an Fortbildungen zum Thema „Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen“ durch medizinisches Personal in Ordinationen sowie den damit verbundenen Fortbildungswünschen. Die zentrale Frage der Masterarbeit lautete: „Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen‘ ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?“ Die Analyse der Antworten der befragten Personen offenbarte ein heterogenes Bild. Dieses reicht von deutlicher Kritik am bestehenden Angebot bis hin zur Ablehnung jeglichen Fortbildungsbedarfs.

Ein Großteil der Befragten äußerte sich kritisch über das aktuelle Fortbildungsangebot. So bewerteten sowohl Ärzt*in 1 (A1: 16) als auch Ordinationsassistent*in 1 (O1: 40) das Angebot an spezifischen Fortbildungen als „unzureichend“ bzw. „dürftig und wenig informativ“. Diese Aussagen deuten darauf hin, dass das vorhandene Angebot nicht die spezifischen Bedürfnisse des medizinischen Personals im Umgang mit sprachlich und kulturell diversen Patientengruppen adäquat abdeckt. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 40) führte weiter aus, dass sich die meisten Fortbildungen auf „allgemeine Kommunikationskompetenzen“ konzentrieren, während spezifische Fortbildungen zum Thema interkulturelle Kommunikation als wenig hilfreich wahrgenommen werden. Die Fortbildungswünsche der Befragten waren vielfältig und spiegeln die unterschiedlichen Herausforderungen im Ordinationsalltag wider. Ärzt*in 1 (A1: 16) wünschte sich vor allem fachspezifische Kurse in „Medical English“, um die Kommunikation mit englischsprachigen Patient*innen zu erleichtern und fachterminologische Sicherheit zu gewinnen. Ordinationsassistent*in 1 (O1: 40) legte hingegen den Fokus auf kulturelle und religiöse Aspekte und wünschte sich Fortbildungen, die „Wissen über kulturelle und religiöse Besonderheiten verschiedener Patientengruppen vermitteln“, um „sensibler“ mit diesen umgehen und „Missverständnisse zu vermeiden“ zu können. Ärzt*in 2 (A2: 64) formuliert den Wunsch nach praxisorientierten Fortbildungen mit konkreten Kommunikationsstrategien und Handlungsempfehlungen, die sowohl die Perspektive des medizinischen Personals als auch die Situation der Patient*innen mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden thematisieren und einen empathischen und verständnisvollen Umgang fördern“ sollen. Im Kontrast zu diesen kritischen und wunschorientierten Aussagen steht die Position von Ordinationsassistent*in 2 (O2: 88), die keine Notwendigkeit für spezielle Fortbildungen sieht. Sie vertritt die Ansicht, dass es in erster Linie die Aufgabe der Patient*innen“ sei, „die Landessprache zu erlernen“ und sie selbst „im Alltag gut mit

nichtdeutschsprachigen Patient*innen zurecht“ komme. Diese Aussage repräsentiert eine konträre Meinung, die die Verantwortung für gelingende Kommunikation primär den Patient*innen zuschreibt und den eigenen Fortbildungsbedarf verneint.

5.3 Dolmetschpraxis

Der abschließende Teil dieser empirischen Datenauswertung widmet sich der Dolmetschpraxis in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin. Zunächst erfolgt eine Untersuchung des Bedarfs an Dolmetscherleistungen in der Arztpraxis. Im Zuge dessen wird analysiert, in welchen Situationen und wie häufig Dolmetscher*innen in den befragten Ordinationen hinzugezogen werden. Darüber hinaus wird erhoben, wer die Dolmetscherleistungen in der Regel übernimmt, d. h., welche Personen oder Institutionen mit der Sprachmittlung beauftragt werden. Auf Basis der erhobenen Daten zum Dolmetschbedarf und zu den Dolmetscher*innen werden die Erwartungshaltungen der Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen an die qualitative Arbeit von Dolmetscher*innen analysiert. Dabei steht die Frage im Zentrum, welche Kompetenzen und Eigenschaften von professionellen Dolmetscher*innen erwartet werden. Ein weiterer Fokus liegt auf der Frage der Verantwortlichkeit für die Beauftragung und Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen. Es soll untersucht werden, ob das Ordinationsteam die Organisation und Bezahlung übernimmt oder ob die Verantwortung bei den Patient*innen liegt. Abschließend wird untersucht, inwieweit die befragten Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen über den professionellen Dolmetschmarkt und die verfügbaren Dienstleistungen informiert sind. Ziel ist es, Kenntnisse über verschiedene Dolmetscharten, Qualitätsstandards und Anbieter zu erheben.

5.3.1 Dolmetschbedarf

Moroe & de Andrade (2018) beschreiben in ihrer Forschung, dass Kinder, die als Laiendolmetscher fungieren, sich häufig emotional unzureichend vorbereitet fühlen und diese hohe Verantwortung als „Sprachrohr“ für ihre Familien zu tragen haben. Diese Kinder leiden nicht selten unter Überforderung, Gewissenskonflikten und Scham (2018: 145). Die vorliegende Masterarbeit widmete sich vor diesem Hintergrund der Erforschung der Dolmetschpraxis in österreichischen Ordinationen für Allgemeinmedizin. Zentraler Gegenstand der Untersuchung war die Frage nach dem Bedarf an Dolmetscherleistungen und der Art der in den Ordinationen eingesetzten Dolmetscher*innen aus der Perspektive von Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen. Die Interviewergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass die Einschätzung des Bedarfs an Dolmetscherleistungen in

allgemeinmedizinischen Ordinationen durch die befragten Akteur*innen durchaus heterogen ausfällt.

Während Ärzt*in 1 den Dolmetscherbedarf in ihrer Ordination primär als gering einschätzt, da die direkte Kommunikation mit den Patient*innen in der Regel ausreichend ist (A1: 18), akzentuiert Ordinationsassistent*in 1 die situative Unabdingbarkeit von Dolmetscher*innen in spezifischen Behandlungskonstellationen (O1: 42). Insbesondere in Notfallsituationen, bei Patient*innen mit Angst oder Verwirrtheit, bei komplexen medizinischen Sachverhalten oder im Falle fundamentaler Sprachbarrieren erachten die Interviewpartner*innen den Einsatz von Dolmetscher*innen als essentiell (O1: 42). In Bezug auf die Art der eingesetzten Dolmetscher*innen manifestiert sich in den Interviews eine klare Tendenz zum informellen Dolmetschen. Ärzt*in 2 berichtet, dass in der Praxis vorwiegend Angehörige, Freund*innen oder Bekannte der Patient*innen die Rolle der Dolmetscher*innen übernehmen (A2: 66). Auch der Einsatz von Kindern als Dolmetscher*innen wird beobachtet, jedoch kritisch angemerkt (A2: 66), Ordinationsassistent*in 2 bestätigt diese gängige Praxis und unterstreicht, dass keine dezidierte Präferenz für professionelle Dolmetscher*innen vorliegt (O2: 90). Vielmehr scheinen Verfügbarkeit und das bestehende Vertrauensverhältnis die primären Kriterien für die Auswahl der Dolmetschpersonen zu sein. O2 hebt hervor, dass Angehörige aufgrund des bereits etablierten Vertrauens, der umfassenderen Kenntnis der Patient*innen und deren Lebensumstände sowie der oftmals langfristigen Verfügbarkeit als besonders geeignet erachtet werden (O2: 90).

5.3.2 Erwartungen an Dolmetscher*innen

Als universelle und grundlegende Prinzipien professioneller Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen gelten dabei Verschwiegenheit, Kompetenz, Integrität, Neutralität und Inhaltsgenauigkeit (Setton & Prunc 2015: 146). Verschwiegenheit, als oberstes Gebot, untersagt die Weitergabe jeglicher Gesprächsinhalte und persönlicher Informationen (Setton & Prunc 2015: 146). Diese Prinzipien bilden den ethischen und professionellen Rahmen für qualitätsvolle Dolmetscharbeit. Ein essenzieller Aspekt dieser Arbeit ist die Erhebung der Erwartungen an die Qualität von Dolmetscherleistungen aus der Perspektive von Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen. Diese Analyse zielt darauf ab, ein differenziertes Bild der Qualitätsanforderungen an Dolmetscher*innen im primärärztlichen Setting zu zeichnen.

Die Interviewergebnisse verdeutlichen, dass die befragten Akteur*innen zahlreiche Erwartungen an die Qualität von Dolmetscherleistungen formulieren, die sich in

unterschiedliche Dimensionen differenzieren lassen. Ein zentraler Aspekt betrifft die sprachliche und fachliche Kompetenz der Dolmetscher*innen. Ärzt*in 1 betont die Notwendigkeit exzellenter Sprachkenntnisse in beiden relevanten Sprachen, um eine korrekte und präzise Inhaltsübertragung zu gewährleisten. Darüber hinaus wird die Vertrautheit mit medizinischer Terminologie als essenziell erachtet, um eine sichere Kommunikation im medizinischen Kontext sicherzustellen (A1: 20). Auch Ärzt*in 2 unterstreicht die Bedeutung einer korrekten und präzisen Dolmetschung, um Missverständnisse zu vermeiden und eine vollständige und genaue Übertragung der Gesprächsinhalte ohne Informationsverlust zu gewährleisten (A2: 68). Neben der sprachlichen Dimension wird in den Interviews die Bedeutung interpersoneller und beziehungsorientierter Kompetenzen der Dolmetscher*innen hervorgehoben. Ordinationsassistent*in 1 betont die Notwendigkeit, dass Dolmetscher*innen das Vertrauen der Patient*innen gewinnen, um diesen eine freie Äußerung zu ermöglichen. Zudem wird aktives Zuhören und die Sicherstellung des gegenseitigen Verständnisses zwischen Patient*innen und Ärzt*innen als zentrale Qualitätsmerkmale genannt (01: 44). Auch Ordinationsassistent*in 2 unterstreicht die Rolle der Dolmetscher*innen in der Unterstützung der aktiven Gesprächsbeteiligung der Patient*innen. Die Möglichkeit für Patient*innen, Rückfragen über die Dolmetscher*innen zu stellen und ihr Verständnis zu überprüfen, wird als wichtiger Qualitätsindikator hervorgehoben (02: 92). Diese Erwartungen an die interpersonellen Kompetenzen von Dolmetscher*innen spiegeln die zunehmende Bedeutung patientenzentrierter Kommunikation im Gesundheitswesen wider und betonen die Rolle der Dolmetscher*innen als Kultur- und Kommunikationsvermittler*in.

5.3.3 Dolmetschbeauftragung

Im Bereich medizinischer Behandlungen ist die Kostenübernahme für Dolmetschleistungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) nicht eindeutig geregelt. Im Gegensatz dazu ist in öffentlichen Krankenanstalten die Finanzierung von Dolmetschleistungen grundsätzlich durch leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs-Gebühren (LKF) oder die jeweiligen Krankenkassen sichergestellt. Für niedergelassene Ärzt*innen, insbesondere in allgemeinmedizinischen Praxen, stellt sich die Situation jedoch anders dar, da der Einsatz von Dolmetscher*innen nicht zu den vertraglichen Leistungen der Krankenkassen zählt. In diesen Fällen ist es sogar zulässig, Patient*innen nach vorheriger Vereinbarung selbst mit den Kosten für Dolmetscher*innen zu belasten, sofern keine dringende medizinische Notwendigkeit vorliegt (vgl. Straub 2016: 15). Diese unklare Rechtslage und die daraus resultierenden unterschiedlichen Finanzierungsmodelle verdeutlichen die strukturellen Herausforderungen der Dolmetscherversorgung im niedergelassenen Bereich in Österreich.

Die Ergebnisse der Interviews der vorliegenden Arbeit offenbaren konträre Auffassungen der befragten Akteur*innen hinsichtlich der Verantwortlichkeit für die Beauftragung von Dolmetscher*innen. Während Ärzt*in 1 die klare Verantwortlichkeit beim Ordinationsteam sieht, um Patient*innen zu entlasten, die Abhängigkeit von möglicherweise sprachunkundigen Angehörigen zu reduzieren und qualifizierte Dolmetscher*innen zu gewährleisten (A1: 22), vertreten Ordinationsassistent*in 1 und Ärzt*in 2 die Position der Eigenverantwortung der Patient*innen. Ordinationsassistent*in 1 argumentiert, dass die medizinische Grundversorgung in Deutsch und gegebenenfalls Englisch gewährleistet sei und Dolmetscherleistungen als zusätzliche, von den Patient*innen zu organisierende und zu finanzierende Leistung anzusehen seien (O1: 46). Diese Argumentation basiert auf der Annahme, dass die primäre Verantwortung für die Sprachmittlung beim Patient*innen liegt und Dolmetscherleistungen als eine individuelle Zusatzleistung betrachtet werden, für die die Patient*innen selbst aufkommen müssen. Ärzt*in 2 unterstreicht die finanzielle Dimension und erachtet es als unzumutbar, die potenziell hohen Kosten für Dolmetscher*innen den Ordinationen aufzubürden, weshalb die Patient*innen diese Kosten selbst tragen sollten (A2: 70). Dieses Argument fokussiert auf ökonomische Aspekte und die begrenzte finanzielle Kapazität von Ordinationen, die möglicherweise nicht in der Lage sind, die Dolmetscherkosten zu übernehmen. Ordinationsassistent*in 2 bringt einen weiteren Aspekt in die Diskussion ein und thematisiert datenschutzrechtliche Bedenken. O2 argumentiert, dass die Beauftragung durch die Ärzt*innen zu Problemen mit dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht führen könnte und plädiert daher ebenfalls für die Eigenbeauftragung durch die Patient*innen, verbunden mit der Entbindung der Ärzt*innen von der Schweigepflicht (O2: 94). Dieses Argument verweist auf organisatorische und rechtliche Herausforderungen, die mit der Beauftragung von Dolmetscher*innen durch die Ordination verbunden sein könnten, und betont die Bedeutung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

5.3.4 Kenntnis über Dolmetschmarkt

Telefondolmetschen und Videodolmetschen werden in der Forschungsliteratur als vielversprechende Ergänzungen der traditionellen Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen hervorgehoben (Varela Salinas & Meyer 2015: 8). Auch in Österreich werden Telefon- und Videodolmetscherdienste im Gesundheitswesen zunehmend genutzt, beispielsweise durch Anbieter wie SAVD (SAVD, 2018). Diese modernen Technologien bieten das Potenzial, den Zugang zu qualifizierten Dolmetscherleistungen zu verbessern und räumliche sowie zeitliche Barrieren zu überwinden. Ein zentraler Aspekt der Erhebung fokussierte auf die Erfahrungen

und das Wissen der Akteur*innen in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen. Die Analyse der Interviews mit Ärzt*in 1 (A1), Ärzt*in 2 (A2), Ordinationsassistent*in 1 (O1) und Ordinationsassistent*in 2 (O2) erlaubt es, diese diesbezügliche Forschungsfrage detailliert zu diskutieren und die gewonnenen Erkenntnisse im Kontext der vorliegenden Forschung zu verorten.

Ärzt*in 1 räumt ein, keine gute Kenntnis von professionellen Dolmetschdiensten zu haben und bisher nicht mit professionellen Dolmetscher*innen zusammengearbeitet zu haben (A1: 24). Telefon- und Videodolmetschen sind Ärzt*in 1 zwar begrifflich bekannt, jedoch fehlt das konkrete Wissen über die Funktionsweise und die Zugangsmöglichkeiten zu diesen Diensten (A1: 24). Diese Aussage unterstreicht einen signifikanten Informationsbedarf bezüglich der praktischen Anwendung und Implementierung moderner Dolmetschtechnologien im Ordinationsalltag. Auch Ordinationsassistent*in 1 berichtet von praktischer Erfahrung mit Telefondolmetschen in der Praxis, jedoch primär in Form von Laiendolmetschen durch Angehörige der Patient*innen (O1: 48). Videodolmetschen ist O1 zwar dem Namen nach bekannt, wurde in der Praxis aber noch nicht eingesetzt oder erprobt (O1: 48). Diese Schilderung deutet darauf hin, dass Telefondolmetschen im primärärztlichen Setting zwar punktuell zum Einsatz kommt, jedoch häufig in informeller Form durch Angehörige und nicht durch professionelle Dolmetscherdienste. Videodolmetschen scheint hingegen noch kaum etabliert zu sein. Im Kontrast dazu äußert Ärzt*in 2 Interesse an Telefon- und Videodolmetschen, insbesondere Videodolmetschen wird als potenziell zeitsparende Alternative zu persönlichen Dolmetscheinsätzen wahrgenommen (A2: 72). Diese positive Haltung gegenüber Videodolmetschen als potenziell effiziente Lösung im Praxisalltag steht im Einklang mit der Forschungsliteratur, die die Vorteile von Videodolmetschen in Bezug auf Zeitersparnis und Flexibilität hervorhebt (Varela Salinas & Meyer, 2015). Gleichzeitig formuliert A2 jedoch auch Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und betont die Notwendigkeit, die Vertraulichkeit der Patient*innen zu gewährleisten (A2: 72). Diese Bedenken verweisen auf ethische und datenschutzrechtliche Aspekte, die bei der Implementierung von Videodolmetschen im sensiblen medizinischen Kontext sorgfältig berücksichtigt werden müssen. Ordinationsassistent*in 2 adressiert den Informationsbedarf und plädiert für eine zentrale Anlaufstelle, die über professionelle Dolmetschdienste informiert und deren Vermittlung erleichtert. Eine Internetplattform oder aktive Bewerbung professioneller Dolmetschdienste wird von O2 als sinnvolle Maßnahmen erachtet (O2: 96). Dieser Vorschlag unterstreicht die Notwendigkeit niedrigschwelliger Informationsangebote und

Unterstützungsstrukturen, um den Zugang zu professionellen Dolmetschdiensten zu erleichtern und den Wissenstand des medizinischen Personals in Ordinationen zu verbessern.

Conclusio

Das erste Kapitel dieser Masterthesis hat das Feld des Dolmetschens im Gesundheitsbereich grundlegend umrissen. Es wurde dargelegt, dass Dolmetschen eine essenzielle Form der sprachlichen und kulturellen Brückenbildung darstellt, die auf die direkte Verständigung zwischen unterschiedlichen Sprachgemeinschaften abzielt. Über die reine sprachliche Übermittlung hinausgehend, wurde die Komplexität der Dolmetschinteraktion hervorgehoben, welche durch individuelle Kommunikationsstile, emotionale Aspekte und Machtverhältnisse geprägt wird. Dennoch bleibt das primäre Ziel des Dolmetschens im Gesundheitswesen die Optimierung der Verständlichkeit zwischen medizinischem Personal und Patient*innen. Dabei wurde der Fokus auf den spezifischen Kontext des "Medizindolmetschen" gelegt, welcher das breite Spektrum der Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen treffend erfasst. Kapitel 1 hat verdeutlicht, dass "Medizindolmetschen" kein klar definiertes Berufsfeld, sondern vielmehr ein vielgestaltiges Feld mit unterschiedlichen Anwendungsbereichen in diversen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Kliniken, und Rehabilitationszentren darstellt. Die Vielfalt der Dolmetschleistungen selbst, von Gebärdensprache bis hin zu verschiedenen Dolmetschmodi und den unterschiedlichen technischen Möglichkeiten der Leistungserbringung (vor Ort oder Ferndolmetschen), wurde ebenfalls herausgearbeitet. Das Kapitel hat die Rolle von Dolmetscher*innen als Bindeglied in der triadischen Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen erläutert und auf die zunehmende Nutzung von Ferndolmetschen zur Überwindung räumlicher Distanzen hingewiesen. Es wurde angemerkt, dass Patient*innen, die Dolmetscher*innen benötigen, häufig Migrant*innen oder Tourist*innen sind, die die Landessprache nicht oder nur unzureichend beherrschen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kapitel 1 dieser Arbeit den theoretischen Rahmen für die Untersuchungen geschaffen hat. Es wurde die Relevanz und Komplexität des Dolmetschens im Gesundheitswesen aufgezeigt und somit die Notwendigkeit der weiteren Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Feld unterstrichen.

Das vorliegende Kapitel 2 "Kommunikation im Gesundheitsbereich" hat die fundamentale Bedeutung effizienter Kommunikation und kompetenter Betreuung im medizinisch-therapeutischen und sozialen Bereich herausgearbeitet. Es wurde dargelegt, dass gelungene Kommunikation essenziell für den Erfolg einer Behandlung ist und einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenssituation und Gesundheit von Patient*innen hat. Jedoch wurde ebenso verdeutlicht, dass Gespräche im medizinischen Kontext oft komplex sind und selbst innerhalb derselben Sprachgemeinschaft zu Missverständnissen führen können. Das Kapitel hat die

zusätzliche Herausforderung kultureller Unterschiede in der Arzt-Patient-Kommunikation betont, da kulturell verankerte Werte und Symbole zu unterschiedlichen Interpretationen von Informationen führen können und die Kommunikation erschweren können. Sprachliche Barrieren, die entstehen, wenn Patient*innen nicht die Muttersprache der behandelnden Ärzt*innen sprechen, wurden als eine weitere signifikante Hürde für eine gelingende Kommunikation identifiziert. Dabei wurde hervorgehoben, dass der Erfolg der Kommunikation maßgeblich von zielgerichteten Fragen, aufmerksamen und empathischen Zuhören sowie der Berücksichtigung verbaler und nonverbaler Signale abhängt. Als eine zentrale Strategie zur Überwindung sprachlicher Barrieren wurde die zunehmende Unterstützung durch Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen dargestellt.

Das Kapitel 3 "Das Gesundheitssystem in Österreich" hat die grundlegende Struktur des österreichischen Gesundheitswesens dargelegt und somit den kontextuellen Rahmen für die vorliegende Masterarbeit geschaffen. Es wurde herausgearbeitet, dass sich das System grundsätzlich in ambulante und stationäre Versorgung gliedert und durch ein dreistufiges System der Versorgungsebenen (primär, sekundär, tertiär) charakterisiert ist, wobei die Primärversorgung als erste Anlaufstelle und wichtiger Eckpfeiler des Systems eine zentrale Rolle einnimmt und aktuell gestärkt wird. Besonders hervorgehoben wurde dabei die Bedeutung niedergelassener Allgemeinmediziner*innen und Ambulatorien, welche einen wesentlichen Teil der Primärversorgung gewährleisten. Es ist jedoch entscheidend zu betonen, dass diese Systembeschreibung alleine noch nicht die gesamte Realität des österreichischen Gesundheitswesens abbildet. Gerade im Kontext der zunehmenden Migration und der daraus resultierenden Mehrsprachigkeit in Österreich wird deutlich, dass effektive Kommunikation und eine bedarfsgerechte Translationspolitik zu essenziellen Bestandteilen eines funktionierenden und inklusiven Gesundheitssystems werden. Die Translationspolitik, also die strategische Ausrichtung des Gesundheitssystems auf sprachliche Vielfalt, ist kein marginales Thema, sondern direkt verknüpft mit der Qualität, Zugänglichkeit und Gerechtigkeit der medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und der wachsenden sprachlichen Diversität Österreichs ist es daher unerlässlich, die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems im Zusammenhang mit der Translationspolitik kritisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kapitel 3 die strukturelle Basis für die vorliegende Masterarbeit geschaffen hat, indem es die Organisation des österreichischen Gesundheitssystems darlegte. Die Erweiterung dieser Basis um die Perspektive der

Translationspolitik und der Herausforderungen durch Migration und Mehrsprachigkeit ist jedoch unverzichtbar, um ein ganzheitliches Verständnis der aktuellen Situation und zukünftigen Entwicklungen zu erlangen.

Das Kapitel 4 "Empirische Untersuchung" beschreibt detailliert die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Masterarbeit zur Untersuchung der Erfahrungen von Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen im Umgang mit mehrsprachigen Patient*innen in allgemeinmedizinischen Praxen in Wien-Floridsdorf. Um ein tiefgehendes Verständnis der komplexen Thematik zu gewinnen, wurde die Methode der qualitativen Interviews gewählt. Diese Methodik ermöglichte es, die individuellen Perspektiven und subjektiven Erfahrungen der Praxismitarbeiter*innen in ihren eigenen Worten zu erfassen und die Vielfalt der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien umfassend zu beleuchten. Die bewusste Entscheidung für qualitative Leitfadeninterviews erlaubte es, durch offene Fragen einen flexiblen Rahmen für die Gespräche zu schaffen und die Befragten in ihrer individuellen Sichtweise und Interpretation der Situation in den Vordergrund zu stellen. Durch die gezielte Auswahl von Praxen in Floridsdorf mit einem hohen Anteil an mehrsprachigen Patient*innen und die Einbeziehung von erfahrenen Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen konnte sichergestellt werden, dass die gewonnenen Daten ein fundiertes und praxisrelevantes Bild der Thematik liefern. Die durchgeführten Interviews wurden sorgfältig transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet, um eine systematische und nachvollziehbare Analyse der Daten zu gewährleisten. Um der Subjektivität der Interpretation zu begegnen, wurde die eigene Positionalität reflektiert und die gewonnenen Erkenntnisse durch Zitate aus den Interviews belegt. Die Conclusio des Kapitels 4 ist somit, dass die gewählte methodische Vorgehensweise fundiert und angemessen ist, um die Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit zu beantworten. Gleichzeitig wurden auch die Limitationen der Methode und der Auswahl der Interviewpartner*innen reflektiert und potenzielle Einflussfaktoren wie die Anwesenheit des Interviewers diskutiert, um eine kritische und transparente Auseinandersetzung mit den gewonnenen Erkenntnissen zu ermöglichen. Die Beachtung ethischer Aspekte, wie die Einholung der Einwilligung und die Gewährleistung der Anonymität, unterstreicht die wissenschaftliche Seriosität und Verantwortung der Forschung. Die umfassende Diskussion der Ergebnisse ist in Kapitel 5 eingebettet.

Die vorliegende Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass die Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen in den untersuchten Ordinationen ein vielschichtiges Feld mit unterschiedlichen

Wahrnehmungen und Erfahrungen darstellt. Einerseits wird die prinzipielle Zugänglichkeit des Systems für alle Patient*innen, unabhängig von ihrer sprachlichen Herkunft, von einigen Befragten positiv hervorgehoben. Dies unterstreicht die immanente Inklusivität des Systems auf theoretischer Ebene. Andererseits verdeutlichen die Erfahrungen anderer medizinischer Mitarbeiter*innen die Diskrepanz zur praktischen Realität. Sprachbarrieren werden im Praxisalltag als erhebliche Herausforderung wahrgenommen, insbesondere in der Anamnese und Aufklärung. Diese Herausforderungen manifestieren sich in Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt*innen und Patient*innen, was zu Unsicherheiten bezüglich des vollständigen Verständnisses medizinischer Informationen führt. Die Arbeit unterstreicht die negativen Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Zusätzlich wird auf das Problem fehlender Ressourcen zur Organisation von Dolmetscher*innen hingewiesen, was die individuellen kommunikativen Hürden um eine systemische Dimension erweitert. Insgesamt zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen dem rechtlich garantierten Zugang zum Gesundheitssystem und den tatsächlichen, praktischen Hürden, denen nichtdeutschsprachige Patient*innen begegnen. Die Ergebnisse zeigen, dass Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen im österreichischen Ordinationsalltag keine Ausnahmeerscheinung darstellen, sondern vielmehr einen fixen und regelmäßigen Bestandteil des Arbeitsalltags medizinischer Mitarbeiter*innen bilden. Die explizite Erwähnung der Lage der Praxis in einem multikulturellen Stadtteil weist zudem auf die Bedeutung geographischer und demographischer Kontexte für die Ausprägung von Mehrsprachigkeit im Gesundheitswesen hin.

Ein zentraler Punkt des Konsenses unter den befragten medizinischen Personal ist der Grundsatz der Gleichbehandlung in der medizinischen Versorgung. Es wird explizit betont, dass bei der medizinischen Versorgung selbst keine Unterschiede gemacht werden dürfen und alle Patient*innen die gleiche medizinische Behandlung erhalten sollen, unabhängig von ihrer Muttersprache. Dieses ethische Fundament medizinischer Praxis, wonach die Qualität der medizinischen Leistung nicht von der sprachlichen Herkunft abhängen darf, wird von allen Befragten geteilt und als oberstes Gebot hervorgehoben. Dennoch verdeutlichen die weiteren Aussagen der Befragten, dass die praktische Umsetzung dieses ethischen Grundsatzes im Kommunikationsprozess mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen erhebliche Herausforderungen birgt. Obwohl die Gleichbehandlung im Erleben der Patient*innen angestrebt wird. Diese Diskrepanz zwischen dem ethischen Anspruch auf Gleichbehandlung und den praktischen Herausforderungen im Kommunikationsprozess verdeutlicht die

Komplexität des Themas. Während das medizinische Personal einen klaren Konsens über den Grundsatz der Gleichbehandlung zeigt, werden gleichzeitig die Hürden und Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung im mehrsprachigen Ordinationsalltag deutlich.

Im Kern der identifizierten Herausforderungen steht zweifellos die Sprachbarriere selbst, welche von den Befragten übereinstimmend als zentrale Hürde wahrgenommen wird. Über die reine Sprachbarriere hinaus zeigen die Antworten der Befragten jedoch auch, dass tieferliegende kulturelle und kontextuelle Faktoren die Behandlung zusätzlich komplizieren. Es lässt sich festhalten, dass ein Behandlungsabbruch aufgrund von Kommunikationsproblemen in den befragten Ordinationen eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Diese zentrale Erkenntnis unterstreicht die bemerkenswerten Anstrengungen des medizinischen Personals um Versorgungskontinuität und belegt den starken Willen, Behandlungsabbrüche aufgrund von Kommunikationsproblemen möglichst zu vermeiden. Gleichzeitig räumt die Analyse jedoch auch unvermeidliche Grenzen in bestimmten Situationen ein und zeigt auf, dass die Problematik kultureller und religiöser Barrieren trotz der Bemühungen des medizinischen Personals relevant bleibt. Die Untersuchung zeigt ein breites Spektrum an pragmatischen Ansätzen, die von vereinfachter deutscher Sprache bis hin zum Einsatz moderner Technologien reichen. Dieses Spektrum an pragmatischen Ansätzen im Ordinationsalltag kann als Ausdruck einer impliziten Translationspolitik der befragten Ordinationen interpretiert werden. Demnach scheint eine implizite translationspolitische Entscheidung vorzuliegen, wonach die direkte sprachliche Vermittlung im Gespräch (durch Vereinfachung oder Lingua Franca) Vorrang vor umfassender Translation oder Dolmetschen hat. Die gefundenen Strategien lassen sich somit als praktische Umsetzung bestimmter translationspolitischer Optionen im Mikrokontext medizinischer Ordinationen analysieren. Ein Großteil der Befragten äußerte sich kritisch über das aktuelle Fortbildungsangebot. Die Aussage, dass sich die meisten Fortbildungen auf "allgemeine Kommunikationskompetenzen" konzentrieren, während spezifische Fortbildungen zum Thema interkulturelle Kommunikation als "wenig hilfreich" wahrgenommen werden, verdeutlicht die Notwendigkeit bedarfsgerechterer und spezifischerer Fortbildungsangebote. Die Fortbildungswünsche der Befragten waren vielfältig und spiegeln die unterschiedlichen Herausforderungen im Ordinationsalltag wider.

In Bezug auf die Art der eingesetzten Dolmetscher*innen manifestiert sich in den Interviews eine klare Tendenz zum informellen Dolmetschen. Die befragten Akteur*innen formulieren zahlreiche Erwartungen an die Qualität von Dolmetscherleistungen, die sich in unterschiedliche

Dimensionen differenzieren lassen. Im Bereich der sprachlichen und fachlichen Kompetenzen wird die Notwendigkeit exzellenter Sprachkenntnisse in beiden relevanten Sprachen sowie die Vertrautheit mit medizinischer Terminologie als essentiell erachtet. Die Forderung nach einer korrekten und präzisen Inhaltsübertragung wird von den Befragten explizit hervorgehoben, um Missverständnisse zu vermeiden und einen Informationsverlust auszuschließen. Neben der sprachlichen Dimension wird in den Interviews jedoch auch die Bedeutung interpersoneller und beziehungsorientierter Kompetenzen der Dolmetscher*innen stark akzentuiert. Die Ergebnisse der geführten Interviews verdeutlichen diese Spannungsfelder innerhalb der medizinischen Versorgungspraxis. Während einige Akteur*innen die Verantwortlichkeit für die Organisation und Finanzierung von Dolmetschleistungen klar beim Ordinationsteam sehen, argumentieren andere für die Eigenverantwortung der Patient*innen. Diese unterschiedlichen Positionen basieren auf divergierenden Annahmen über die medizinische Grundversorgung, die finanzielle Belastbarkeit von Ordinationen und datenschutzrechtliche Aspekte. Die Argumentationslinien reichen von der ethischen Verpflichtung zur Patientenentlastung und Qualitätssicherung bis hin zu ökonomischen Begründungen und der Betonung individueller Zusatzleistungen. Die Ergebnisse der Interviews unterstreichen die Notwendigkeit, den Informationsstand der Akteur*innen im niedergelassenen medizinischen Bereich bezüglich professioneller Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen, zu verbessern. Es besteht ein signifikanter Informationsbedarf bezüglich der praktischen Anwendung, Implementierung und der datenschutzrechtlichen Aspekte dieser modernen Dolmetschtechnologien im Ordinationsalltag.

Zukünftige Forschungsarbeiten sollten sich eingehender mit der detaillierten Analyse spezifischer Anwendungsbereiche des Medizindolmetschens beschäftigen, um die besonderen Herausforderungen und Bedürfnisse in unterschiedlichen medizinischen Settings wie Krankenhäusern, Fachrichtungen und Patientengruppen besser zu verstehen. Es ist weiterhin wichtig, die Effektivität und Qualität verschiedener Dolmetschmodi und Technologien vergleichend zu untersuchen, um fundierte Erkenntnisse über die Vor- und Nachteile konventioneller und moderner Ansätze wie Telefon- und Videodolmetschen zu gewinnen. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt sollte auf der kulturellen Kompetenz und interkulturellen Kommunikation im Medizindolmetschen liegen, um die Rolle der Dolmetscher*innen als Kulturvermittler*in zu stärken und interkulturelle Kommunikationsbarrieren abzubauen. Die Ausbildung und Professionalisierung von Medizindolmetschern bedarf ebenfalls weiterer

Untersuchung, um Qualitätsstandards zu entwickeln und die Kompetenzen in diesem anspruchsvollen Berufsfeld zu sichern. Schließlich ist es unerlässlich, die ethischen Aspekte und datenschutzrechtlichen Herausforderungen im Medizindolmetschen vertieft zu erforschen, um praktikable Lösungen für ethische Dilemmata und den Schutz sensibler Patientendaten zu entwickeln.

Literaturverzeichnis

Ahamer, Vera (2013). Unsichtbare Arbeit. Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch »Community Interpreting«. Bielefeld: Transcript.

Albl-Mikasa, Michaela (2012). The importance of being not too earnest: A process- and experience-based model of interpreter competence. In: B. Ahrens / M. Albl-Mikasa / C. Sasse (Hg.) Dolmetschqualität in Praxis, Lehre und Forschung. Festschrift für Sylvia Kalina. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, 59–92.

Albl-Mikasa, Michaela (2013). Developing and Cultivating Expert Interpreter Competence. The Interpreters' Newsletter 18, 17–34.

Albrecht, Niels-Jens (2015). Dolmetschen im Krankenhaus als Geschäftsmodell. Tagung „Ohne Beteiligung geht es nicht“, Berlin, 19. Juni 2015. Abrufbar unter: www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/W2_Albrecht_UKE.pdf (Stand: 18.11.2024)

Allaoui, Raoua (2005). Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse. Göttingen: Cuvillier.

Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) § 1313a.

<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622&Paragraf=1313a> (Stand. 07.02.2025).

Altenburg, Friedrich, Faustmann, Anna, Pfeffer, Thomas, & Skrivaneck, Isabella (Hg.) (2017). Migration und Globalisierung in Zeiten des Umbruchs. Festschrift für Gudrun Biffl. Krems: Edition Donau-Universität Krems.

Amato, Amalia Agata Maria (2020). Telephone interpreting for healthcare services: potential problems and solutions. In: Russo, Mariachiara, Emilia Iglesias Fernández, and María Jesús González Rodríguez (Hgb.) Telephone Interpreting : The Impact of Technology on Dialogue Interpreting= L'interpretazione telefonica : L'impatto della tecnologia sull'interpretazione dialogica (Studi interdisciplinari su traduzione, lingue e culture ; 39). Bologna: Bononia University Press, 39-66.

Angelelli, Claudia V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Angelelli, Claudia V. (2014). “Uh...I Am Not Understanding You at All”: Constructing (Mis)Understanding in Provider/Patient-Interpreted Medical Encounters. In: Nicodemus & Metzger (Hg.), 1-31.

Angelelli, Claudia V. (2019). *Healthcare Interpreting Explained*. London/New York: Routledge.

Antonini Rachele, Cirillo, Letizia, Rossato, Linda, & Torresi, Ira (2017). Introducing NPIT studies. In: Antonini; Cirillo; Rossato & Torresi (Hg.), 1-26.

Aronin, Larissa (2022). *An advanced guide to multilingualism*. Edinburgh: Edinburgh University Press

Bahadir, Şebnem (2010). *Dolmetschinszenierungen. Kulturen, Identitäten, Akteure*. Berlin: SAXA Verlag (Translationwissenschaftliche Bibliothek 5).

Baier, Andrea (2013). „Wie soll man gesund sein, wenn man keine Arbeit hat?“. Bielefeld: transcript Verlag.

Baller, Frauke, & Ott, Brankica (2021). Rollenbeziehungen in der dolmetschergestützten Psychotherapie zu dritt. In: Treiber et al. (Hg.), 121–138.

Bechmann, Sascha (2014). *Medizinische Kommunikation : Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. 1. Auflage. ed. Stuttgart Bern: UTB GmbH A. Francke.

Berger, Johannes & Strohner, Ludwig (2017). Ökonomische und fiskalische Auswirkungen der Fluchtmigration in Österreich. In: Altenburg; Faustmann; Pfeffer & Skrivaneck (Hg.), 169-189.

Binder-Fritz, Christine (2013). Kultursensible Pflege und transkulturelle PatientInnenbetreuung in Österreich: Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven. In: Harold, Barbara (Hg.) *Wege zur transkulturellen Pflege: Mit Kommunikation Brücken bauen*, 13–34.

Bialk-Wolf, Anna, & Kirsch, Frank-Michael (2017). Fremdsprachliche Anforderungen und interkulturelle Erfahrungen bei der Behandlung ausländischer Patienten. In: Kirsch, Franz-Michael/Juszczak, Jens (Hrsg.), 71–113.

Braun, Sabine (2015). Remote Interpreting. In: Pöchhacker (Hg.), 346–348.

Brenne, Sebastian, David, Matthias, Borde, Theda, Breckenkamp, Jürgen & Razum, Oliver (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge Berlin. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58 (6), 569–576. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2141-6> (Stand: 07.02.2025).

Bundesgesetzblatt (BGBl) 1. Nr. 140/2006.

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_140/BGBLA_2006_I_140.pdf (Stand: 07.02.2025).

Bundeskanzleramt Österreich (2022). Integrationsbericht 2022. Wien: Expertenrat für Integration.

Burns, Anne, & Kim, Mira (2011). „Community Accessibility of Health Information and the Consequent Impact for Translation Into Community Languages“, in: Translation and Interpreting 3:1, 58–75.

Bühlig, Kristin, & Meyer, Bernd (2015). Ärztliche Gespräche mit MigrantInnen. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 300–316.

CHARTA DER GRUNDRECHTE DER EUROPÄISCHEN UNION (2000/C 364/01). https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf (Stand: 07.02.2025)

Chistyakova, Svetlana (2016). Dolmetschen im Gesundheitstourismus: Eine Studie zum Rollenverständnis aus PatientInnenperspektive. Unveröffentlichte Masterarbeit: Universität Wien.

Córdoba Serrano, María-Sierra (2016). „Translation Policies and Community Translation: The U.S., A Case Study“, in: *New Voices in Translation Studies* 14, 122–163.

Corsellis, Ann, (2008). *Public Service Interpreting. The first steps*. New York: Palgrave Macmillan

Crezee, Ineke H. M. (2013). *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Crezee, Ineke, Rura, Johanna, & Hautekiet, Lidia (2021). *Introduction to Healthcare for Russian-speaking Interpreters and Translators Web*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.

Cronin, Michael (2020). *Minority*. In: Baker, Mona; Saldanha, Gabriela. *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*. Milton: Routledge, 1-5.

Cushing, Annie (2003). „Interpreters in Medical Consultations“, in: Tribe, Rachel/Raval, Hitesh (eds.) *Working with Interpreters in Mental Health*. Hove/New York: Brunner-Routledge, 30–53.

Czypionka, Thomas, Kraus, Markus, Riedl, Monika, & Sigl, Clemens, (2012). *Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).

Dabić, Mascha, & Narr Francke Attempto Verlag (2021). *Dolmetschen in der Psychotherapie : Prekäres Gleichgewicht*. Bd. *Translationswissenschaft Band 13*. Tübingen: Narr Francke Attempto.

De Boe, Esther (2020). *Remote Interpreting in Healthcare Settings. A Comparative Study on the Influence of Telephone and Video Link Use on the Quality of Interpreter-Mediated Communication*. Dissertation, University of Antwerp.

Delli Ponti, Agata & Forlivesi, Karin (2005). *Il lavoro dell'interprete all'interno di una struttura ospedaliera*. In: Russo, Mariachiara/Mack, Gabriele (Hrsg.) *Interpretazione di trattativa: la mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*.

Milano: Ulrico Hoepli, 195–201.

Deutsches Institut Für Normung, Normenausschuss Dienstleistungen (2021). DIN 8578 Konsekutives Ferndolmetschen : Anforderungen Und Empfehlungen = Consecutive Distance Interpreting - Requirements and Recommendations = Interprétation Consécutive à Distance - Exigences Et Recommandations. Berlin: Deutsches Institut Für Normung Beuth.

Dressler, Dominique/ Pils, Peter (2009): „A Qualitative Study on Cross-Cultural Communication in Post-Accident In-Patient Rehabilitation of Migrant and Ethnic Minority Patients in Austria“, in: Disability and Rehabilitation 31:14, 1–10.

Eberding, Angela (2015). Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 92-103.

Edwards, John (2012). Bilingualism and Multilingualism: Some Central Concepts. In: Tej K. Bhatia, William C. Ritchie The Handbook of Bilingualism and Multilingualism. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 5–25.

Eimmermacher, Hanna (2015). Netzwerkarbeit. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 65-78.

Fantinuoli, Claudio (2009). InterpretBank: Ein Tool zum Wissens- und Terminologiemanagement für Simultandolmetscher. In: W. Baur / S. Kalina, / F. Mayer / J. Witzel (Hg.) Übersetzen in die Zukunft. Herausforderungen der Globalisierung für Dolmetscher und Übersetzer. Tagungsband der internationalen Fachkonferenz des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ), Berlin, 11.-13. September 2009. Berlin: BDÜ, 411-417.

Faustmann, Anna Maria (2017). Migration und Integration in Österreich - Hintergründe, Rahmenbedingungen und Praxisfelder der Integration von MigrantInnen. Karl-Franzens-Universität Graz: Dissertation.

Felgner, Lars (2009). „Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch“, in: Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (eds.) Spürst Du, wie der Bauch

rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Health Care Interpreting. München: Martin Meidenbauer (InterPartes - Studien zur Dolmetschwissenschaft 5), 45–70.

Fiedler, Jonas, Pruskil, Susanne, Wiessner, Christian, Zimmermann, Thomas & Scherer, Martin (2022). Remote interpreting in primary care settings: a feasibility trial in Germany. BMC Health Services Research 22 (99).

Flubacher, Peter (2015). Ein Patient ausländischer Herkunft bei einem Hausarzt. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 137-147.

García Izquierdo, Isabel (2018). „At the Cognitive and Situational Interface - Translation in Healthcare Settings“, in: Ehrensberger-Dow, Maureen/ Englund Dimitrova, Brigitta (eds.) Exploring the Situational Interface of Translation and Cognition. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 19–35.

Gentile, Paola (2017). Political Ideology and the De-Professionalisation of Public Service Interpreting: The Netherlands and the United Kingdom as Case Studies. In: Valero-Garcés, Carmen & Tipton, Rebecca (Hg.) Ideology, Ethics and Policy Development in Public Service Interpreting and Translation. Bristol/Blue Ridge Summit: Multilingual Matters, 63-83.

Gesundheit Österreich GmbH (2019). Das Gesundheitswesen im Überblick. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsystem.html#ambulante-stationaere-versorgung> (Stand: 15.01.2025).

Gesundheit Österreich GmbH (2022). Plattform Primärversorgung: Allgemeines. <https://primaerversorgung.gv.at/allgemeines> (Stand: 15.01.2025).

Gile, Daniel (2009). Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training. Revised edition (= Benjamins Translation Library 8). Amsterdam: John Benjamins.

González Núñez, Gabriel (2016). „On Translation Policy“, in: Target 28:1, 87–109.

Greg, Irving, Neves, Ana Luisa, Dambha-Miller, Hajira, Oishi, Ai, Tagashira, Hiroko, Verho, Anistasiya & Holden, John (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 7.

Hale, Sandra Beatriz (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

Harris, Brian (2017). Unprofessional translation. A blog-based overview. In: Antonini, Cirillo, Rossato & Torresi (Hg.), 29-43.

Hartnack, Christiane (2010). „Transkulturalität in Kur- und Rehaeinrichtungen“, in: Foisner, Wolfgang (ed.) *Integrative Kurmedizin*. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 105–112

Havelka, Ivana & Frank & Timme GmbH Verlag (2018). *Videodolmetschen im Gesundheitswesen: dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme, Verlag für wissenschaftliche Literatur.

Havelka, Ivana (2021). Zur technikgestützten Translationskultur im DACH-Raum: Video- und audiobasiertes Dialogdolmetschen im Gesundheits- und Gerichtswesen. In: Pölla- bauer & Kadrić (Hg.), 63–77.

Hegemann, Thomas (2015). Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 79-91.

Helfferrich, Cornelia (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hoefert, Hans Wolfgang (2008). Kommunikation mit ausländischen Patienten. In: Hoefert, Hans Wolfgang/Hellmann, Wolfgang (Hrsg.) *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus (= Gesundheitswesen in der Praxis)*. Heidelberg: Economica, 105– 130.

Hsieh, Elaine (2015). „Healthcare Interpreting“, in: Pöchhacker, Franz (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 177–182.

Hsieh, Elaine (2015). „Not Just ‘Getting by’: Factors Influencing Providers’ Choice of Interpreters“, in: *Journal of General Internal Medicine*, 30:1, 75–82.

Hsieh, Elaine (2016). *Bilingual Health Communication. Working with Interpreters in Cross-Cultural Care*. New York/London: Routledge.

Hsieh, Elaine & Kramer, Eric Mark (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters’ roles and functions. *Patient Education and Counseling* 89:1, 158–162.

Hsieh, Elaine, Pitaloka, Dyah & Johnson, Amy J. (2013). Bilingual Health Communication: Distinctive Needs of Provider from Five Specialties. *Health Communication* 28:6, 557–567.

Iacono, Katia (2018). Dolmetschen im Medizintourismus. *UNIVERSITAS Mitteilungsblatt* 2018:1, 6–7.

Iacono, Katia (2021). *Dolmetschen im Medizintourismus*. Tübingen: Narr Francke Attempto.

Iglesias Fernández, Emilia (2020). Challenges and Affordances of Telephone Interpreting in Medical Settings versus Face-to-face Medical Dialogue Interpreting. In: Russo, Mariachiara; Jesús González Rodríguez, Emilia und Iglesias Fernández, María (Hgb.) *Telephone interpreting : the impact of technology on dialogue interpreting = L’interpretazione telefonica : l’impatto della tecnologia sull’interpretazione dialogica*. Bologna: Bononia University Press, 69-93.

IOM International Organization for Migration (2013). *International Migration, Health and Human Rights*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UN-OHCHRPublication.pdf (Stand: 07.02.2025).

Ivaşcu, Anamaria (2014). *Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus*. Unveröffentlichte Masterarbeit: Universität Wien.

Juszczak, Jens & Kern, Isabella (2018). „Ethik im Medizintourismus“, in: Gadatsch, Andreas/Ihne, Hartmut/Monhemius, Jürgen/Schreiber, Dirk (eds.) *Nachhaltiges Wirtschaften im digitalen Zeitalter: Innovation – Steuerung – Compliance*. Wiesbaden: Springer Gabler, 17–35.

Kadrić, Mira (2009). Dolmetschen bei Gericht: Erwartungen, Anforderungen, Kompetenzen. Wien: Facultas Verlag.

Kadrić, Mira (2011). Dialog als Prinzip: Für eine emanzipatorische Praxis und Didaktik des Dolmetschens. Tübingen: Narr Francke Attempto.

Kadrić, Mira, Kaindl, Klaus & Kaiser-Cooke, Michèle. (2012). Translatorische Methodik. Wien: Facultas.

Kadrić, Mira & Zanocco, Giulia (2018). Dolmetschen in Politik und Diplomatie. Basiswissen Translation. Wien: Facultas.

Kaelin, Lukas, Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich (Hrsg.) (2013). Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich.

Kalina, Sylvia (2015). Preparation. In: Pöchhacker (Hg.), 318–320.

Kaspar, Marina (2021). Mindestsicherung und Migration. Der diskriminierungsfreie Zugang zur bedarfsorientierten Mindestsicherung für nicht-österreichische Staatsangehörige aus verfassungs-, unions- und völkerrechtlicher Perspektive. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Kautz, Ulrich (2000). Handbuch Didaktik des Übersetzens und Dolmetschens. München: Iudicium.

Kelly, Nataly (2007). Telephone Interpreting in Health Care Settings: Some Commonly Asked Questions

Kelly, Nataly (2008). Telephone Interpreting. A Comprehensive Guide to the Profession. Bloomington: Trafford Publishing.

Kelly, Nataly & Pöchhacker, Franz (2015). Telephone interpreting. In: Pöchhacker (Hg.), 412–415.

Kilcher, Anne (2007). Rassismus und rassistische Diskriminierung. In: Domenig (Hg.), 105–120.

Kletečka-Pulker, Maria (2013). Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich H. J. (Hrsg.), 45–70.

Kletečka-Pulker, Maria (2016). Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich – Reduktion des Haftungsrisikos durch Videodolmetschen. GesR - GesundheitsRecht 2016 (4), 206–213.

Kletečka-Pulker, Maria & Parrag, Sabine (2015). „Pilotprojekt ‚Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen.‘ Endbericht“. https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht_QVC.pdf (Stand. 10.01.2025).

Kletečka-Pulker, Maria, Parrag, Sabine, Doppler, Klara, Völkl-Kernstock, Sabine, Wagner, Michael & Wenzel, Thomas (2021). Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings. Wiener klinische Wochenschrift 133 (11-12), 610–619.

Koch-Straube, Ursula (2007). MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig (Hg.), 411–424.

Korak, Christina Anna (2012). „Remote Interpreting via Skype - A Viable Alternative to in Situ Interpreting?“, in: The Interpreters' Newsletter 17, 83–102.

Kuckartz, Udo (2018). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kutz, Wladimir (2012). Dolmetschkompetenz : was muss der Dolmetscher wissen und können?. 2, [Kapitel 13-20]. Berlin: Europäischer Univ.-Verl.

Lanfranchi, Andrea (2015). Migration und Integration - Gestaltung von Übergängen. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 13-30.

Lanfranchi, Andrea, Radice von Wogau, Janine & Eimmermacher, Hanna (2015): Zugang zu Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystemen. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 104-120.

Leitner, Katharina (2013): „Tschuschen-Ordi“ oder „Vorzeigepaxis“? Dolmetschen im niedergelassenen ärztlichen Bereich. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich H. J. (Hrsg.), 135–154.

Lesch, Harold Michael & Saulse, Bernice (2014). „Revisiting the Interpreting Service in the Healthcare Sector: A Descriptive Overview“, in: Perspectives: Studies in Translatology, 22:3, 332–348.

Loncarevic, Maja (2007). Migration und Gesundheit. In: Domenig (Hg.), 139–161.

Marics, Alexandra & Nuč, Aleksandra (2021). Der österreichische Kommunaldolmetschmarkt. In: Pöllabauer & Kadrić (Hg.), 249–272.

Mcdowell, Liz, Estrada, DeAnne K. Hilfinger & Dawson Messias, Robin (2011). The Work of Language Interpretation in Health Care: Complex, Challenging, Exhausting, and Often Invisible. *Journal of Transcultural Nursing* 22(2), 137-147.

Menz, Florian (2013). Wie viel Kommunikation braucht die Medizin? Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit. In: L. Kaelin, M. Kletečka-Pulker & U. Körtner (Hrsg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich, 3–17.

Merlini, Raffaella & Gatti, Mariadele (2015). Empathie in healthcare interpreting: going beyond the notion of role. *The Interpreters' Newsletter* 20, 139–160.

Meylaerts, Reine (2011). „Translation Policy“, in: Gambier Yves/van Doorslaer (eds.) *Handbook of Translation Studies*, Amsterdam: John Benjamins, 163–168.

Moroe, Nomfundo F. & de Andrade, Victor (2018). Hearing children of Deaf parents: Gender and birth order in the delegation of the interpreter role in culturally Deaf families. *African Journal of Disability* 7 (a365), 136–145.

Moser-Mercer, Barbara (2005). Remote Interpreting: Issues of Multi-Sensory Integration in a Multilingual Task. *Meta (Montréal)* 50(2), 727–738.

Nevado Llopis, Almudena (2015). „The Influence of Healthcare Professionals on the Recognition and Development of Medical Interpreting“, in: *MonTI: Monografías de Traducción e Interpretación* 2015:2 (=special issue „Reflexiones sobre la Interpretación. Presente y Futuro“, eds. Iliescu Gheorghiu, Catalina/Ortega Herráez, Juan), 1–35,

Nicodemus, Brenda & Metzger, Melanie (Hg.) (2014). *Investigations in Healthcare Interpreting*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

ÖVGD (2023). Anforderungen des Berufs. https://www.gerichtsdolmetscher.at/Gerichtsdolmetscher/Anforderungen_des_Berufs (Stand: 01.12.2024).

Ozolins, Uldis (2000). Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: The International Spectrum of Response. In: Roberts, Roda; Carr, Silvana; Abraham, Diana & Dufour, Aideen (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins, 21-33.

Parmakerli, Batuhan (2009). Eine „Migrantenpraxis“ in Mannheim: Vom Einzelfall zur Regelversorgung. In: Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hrsg.), 159–169.

Pöchhacker, Franz (1997). „'Is There Anybody Out There?' Community Interpreting in Austria“, in: Carr, Silvana/Roberts, Roda/Dufour, Aideen/Steyn, Dini (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 215–225.

Pöchhacker, Franz (2000). *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.

Pöchhacker, Franz (2001). Dolmetschen und translatorische Kompetenz. In: A. F. Kelletat (Hg.) Dolmetschen. Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis. Frankfurt am Main / Berlin / Wien (u.a.): Peter Lang , 19-38.

Pöchhacker, Franz (2001). „Translationskultur im Krankenhaus“, in: Hebenstreit, Gernot/Steininger, Wolfgang (eds.) Grenzen erfahren – sichtbar machen – überschreiten. Festschrift für Erich Prunč zum 60. Geburtstag. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/Bruxelles/New York/Oxford/Wien: Peter Lang, 339–354.

Pöchhacker, Franz (2004). Introducing Interpreting Studies. London/New York: Routledge.

Pöchhacker, Franz (2013). Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: Kaelin, Lukas/Kletečka-Pulker, Maria/Körtner, Ulrich H. J. (Hrsg.), 103–117.

Pöchhacker, Franz (Hg.) (2015). Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies. London: Routledge.

Pöchhacker, Franz (2016). Introducing interpreting studies. London/New York: Routledge

Pöllabauer, Sonja (2003). Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich – eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) Brücken bauen statt Barriere. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: ITAT.17-38.

Pöllabauer, Sonja (2013). „Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln“, in: Harold, Barbara (ed.) Wege zur transkulturellen Pflege – Mit Kommunikation Brücken bauen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 87–89.

Pöllabauer, Sonja (2015). „Role“, in: Pöchhacker, Franz/Grbic, Nadja/Mead, Peter/Setton, Robin (eds.) Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies. London/New York: Routledge, 355- 360.

Prunč, Erich (2017). Auf der Suche nach Aschenbrödels Schuh. Ethische Perspektiven des Kommunaldolmetschens. In: Zupan, Simon & Nuč, Aleksandra (ed.) Interpreting studies at the

crossroads of disciplines. Berlin: Frank & Timme (Transkulturalität – Translation – Transfer 32), 21– 42. Posch

Rásky, Eva, Ressi, Gerald & Anderwald, Christine (2003). „Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz“, in: Pöllabauer, Sonja/Prunč, Erich (eds.) Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag (GTS – Graz Translation Studies, Band 7), 107–126.

Reisinger, Ann Marie (2003). „Wie verbessert man die sprachliche und interkulturelle Kommunikation im Kranken- und Gesundheitswesen in einer Gesellschaft mit wachsender Migration und kultureller Vielfalt?“, in: Pöllabauer, Sonja/Prunč, Erich (eds.) Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag (GTS – Graz Translation Studies, Band 7), 127–140.

Reithofer, Karin (2014). Englisch als Lingua Franca und Dolmetschen: Ein Vergleich zweier Kommunikationsmodi unter dem Aspekt der Wirkungsäquivalenz (= Translationswissenschaft 9). Tübingen: Narr.

Rittenberg-Cogan, Katherine (2015). Praxis für systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie. In: Radice von Wogau; Eimmermacher & Lanfranchi (Hg.), 123-136.

Roat, Cynthia E. & Crezee, Ineke H. M. (2015). „Healthcare Interpreting“, in: Mikkelsen, Holly/Jourdenais, Renée (eds.) The Routledge Handbook of Interpreting. London: Routledge (Routledge Handbooks in Applied Linguistics), 236-253.

Roelcke, Thorsten (2022). Viel- und Mehrsprachigkeit. In: Földes, Csaba; Roelcke, Thorsten (Hg.) Handbuch Mehrsprachigkeit. Berlin/Boston: De Gruyter, 3-28.

Ruhaltinger, Josef (2021). Die Zukunft kommt langsam. Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ 62 (8-9), 28–30.

Rupnow, Dirk (2017). „The History and Memory of Migration in Post-War Austria: Current Trends and Future Challenges“, in: Bischof, Günther/Rupnow, Dirk (eds.) *Migration in Austria*. Innsbruck: Innsbruck University Press (IUP) (= Contemporary Austrian Studies, 26), 37-66.

Russo, Mariachiara, Jesús González Rodríguez, Emilia & Iglesias Fernández, María (2020): *Telephone Interpreting : The Impact of Technology on Dialogue Interpreting = L'interpretazione Telefonica : L'impatto Della Tecnologia Sull'interpretazione Dialogica*. Bde. Print. Studi Interdisciplinari Su Traduzione, Lingue E Culture 39. Bologna: Bononia UP.

Salevsky, Heidemarie (2015). Child language brokering. In: Pöchhacker (Hg.), 48–49.

SAVD Videodolmetschen GmbH (2018). „Videodolmetschen“, in: <https://www.videodolmetschen.com/> [22.12.2024].

Schaeffer, Doris & Pelikan, Jürgen (2017). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, Bern: Hogrefe.

Schmidt-Glenewinkel, Annika (2013). *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion*. Berlin: Frank & Timme.

Schouten, Barbara, Ross, Jonathan, Zendedel, Rena & Meeuwesen, Ludwien (2012): „Informal Interpreters in Medical Settings: A Comparative Socio-cultural Study of the Netherlands and Turkey“, in: *The Translator*, 18:2, 311–338.

Serrano, María-Sierra Córdoba & Fouces, Oscar Diaz (2018). Building a field: translation policies and minority languages. *International journal of the sociology of language* Vol. 2018 (251), 1-17.

Setton, Robin & Prunč, Erich (2015). Ethics. In: Pöchhacker, Franz/Grbić, Nadja/Mead, Peter/Setton, Robin (Hrsg.), 144–148.

Silverman, Jonathan, Kurtz, Suzanne & Draper, Juliet (2013). *Skills for Communicating with Patients*. Boca Raton/London/New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Slapp, Ashley Marc (2004). *Community Interpreting in Deutschland. Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*. München: Martin Meidenbauer.

Spickhoff, Andreas (2010). Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), 59–78.

Spickhoff, Andreas (2015). Verständigungsprobleme zwischen nicht deutschsprechenden Patienten und Ärzten. 15. Herbsttagung, Berlin, 18.–19. September 2015.

Spolsky, Bernard (2012). *The Cambridge Handbook of Language Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Spranz-Fogasy, Thomas & Becker, Maria (2015). Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 93–115.

Statista (2023). Anzahl der Asylanträge in Österreich von 2013 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293189/umfrage/asylantraege-in-oesterreich/> (Stand: 09.05.2023).

Statistik Austria (2024). Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit/Geburtsland <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-staatsangehoerigkeit/-geburtsland> (Stand. 30.12.2024).

Strafgesetzbuch (StGB) § 110: <https://www.jusline.at/gesetz/stgb/paragraf/110> (Stand 07.02.2025).

Straub, Michael (2016). Brauchen Ärzte und Spitäler einen Dolmetscher? Das österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ 57 (03-04), 14-15.

Stuker, Rahel (2007). Professionelles Übersetzen. In: Domenig (Hg.), 221–235.

Taibi, Mustapha & Ozolins, Uldis (2016). *Community Translation*. London/New York: Bloomsbury Academic.

Tipton, Rebecca & Furmanek, Olgierda (2016). *Dialogue Interpreting. A guide to interpreting in Public Services and the Community*. London/New York: Routledge Interpreting Guides.

Trevisan, Amina (2020). *Depression und Biographie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz*. Bielefeld: transcript Verlag.

Uluköylü, Sevgi (2008). „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: Grbić & Pöllabauer (Hg.), 173- 220.

UNIVERSITAS (2017). *Berufs- und Ehrenordnung*. https://www.universitas.org/wp-content/uploads/Berufs-_und_Ehrenordnung_2017_final-1.pdf (Stand: 05.12.2024).

Varela Salinas, María-José & Meyer, Bernd (2015). „Prologue“, in: Varela Salinas, María-José/Meyer, Bernd (eds.) *Translating and Interpreting Healthcare Discourses/Traducir e Interpretar en el Ámbito Sanitario*. Berlin: Frank & Timme (TRANSÜD Arbeiten zur Theorie und Praxis des Übersetzens und Dolmetschens Band 79), 7–9.

Viljanmaa, Ana (2020). *Professionelle Zuhörkompetenz und Zuhörfilter beim Dialogdolmetschen*. Berlin: Frank & Timme.

Viezzi, Maurizio (2014). Multilinguismo, interpretazione e democrazia. In: Falbo, Caterina & Viezzi, Maurizio (ed.) *Traduzione e interpretazione per la società e le istituzioni*. Trieste: Edizioni Università di Trieste, 9–18.

Wadensjö, Cecilia (2013). *Interpreting as Interaction*. London und New York: Routledge.

Wang, Jihong (2018). ‘Telephone Interpreting Should Be Used Only as a Last Resort.’ Interpreters’ Perceptions of the Suitability, Remuneration and Quality of Telephone Interpreting. *Perspectives* 26(1), 100-116.

Wasserman, Melanie, Renfrew, Megan R., Green, Alexander R., Lopez, Lenny, 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 of Healthcare Quality* 36:3, 5–16.

Wedam, Uta (2009). Sprachkultur – Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext. In: Andres & Pöllabauer (Hg.), 181-195.

Weissenhofer, Veronika (2017): Die Dolmetscherrolle im russischen Medizintourismus am Beispiel eines österreichischen Vermittlerunternehmens. Unveröffentlichte Masterarbeit: Universität Wien.

Wüstehube, Ljubjana (2010). „Interkulturelle Mediation oder interkulturelle Mediation – Implikationen eines uneindeutigen Begriffs“, in: Dahinden, Janine/Bischoff, Alexander (eds.) *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten –Integration der Diversität?* Zürich: Seismo, 197–224.

Zidar Forte, Jana (2012). Acquiring specific interpreting competence. *Linguistica* 52:1, 113–127.

Anhang 1

Interviewleitfaden

Mehrsprachigkeit

1. Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
2. Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?
3. Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?

Umfang mit Mehrsprachigkeit

4. Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
5. Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patient*innen?
6. Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nicht deutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?
7. Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nicht deutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?
8. Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema 'Umgang mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen' ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?

Dolmetschpraxis

9. Wie ist Ihr Bedarf an Dolmetschleistungen in Ihrer Ordination und welche Art von Dolmetscher*innen setzen Sie ein?
10. Welche Erwartungen haben Sie an die Qualität der Dolmetschleistungen, wenn Sie Dolmetscher*innen in Ihrer Ordination einsetzen?
11. Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Beauftragung von Dolmetscher*innen verantwortlich sein: die Ordination oder die Patient*innen selbst?
12. Welche Erfahrungen und welches Wissen haben Sie in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen?

Anhang 2

Interviewtranskripte – Ärzt*in 1 für Allgemeinmedizin (A1)

1. **I:** Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
2. **A1:** Insgesamt positiv. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist hierzulande gut und niederschwellig. Jeder, unabhängig von seiner Herkunft oder Sprache, kann medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Natürlich gibt es Herausforderungen, insbesondere wenn Patient*innen ohne Dolmetscher*innen in die Ordination kommen. Sprachbarrieren können die Kommunikation erschweren. In solchen Fällen ist es besonders wichtig, respektvoll und bemüht mit den Patient*innen umzugehen.
3. **I:** Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?
4. **A1:** In unserer Praxis haben wir tatsächlich mehrmals täglich Kontakt mit Patient*innen, die nicht Deutsch sprechen. Das ist schon eine Herausforderung, aber wir versuchen, damit bestmöglich umzugehen. Wir begegnen Patient*innen mit den unterschiedlichsten Muttersprachen. Englisch ist weit verbreitet.
5. **I:** Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?
6. **A1:** Englisch, aber leider können wir nicht immer alle Patient*innen optimal informieren, da mehrsprachige Informationen nicht immer verfügbar sind. Zum Beispiel hatten wir Schwierigkeiten, ausreichend Informationsmaterial zur Krätze (Hauterkrankung Skabies) in den benötigten Sprachen zu finden.
7. **I:** Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
8. **A1:** Nein, grundsätzlich betonen wir, dass bei der medizinischen Versorgung selbst keine Unterschiede gemacht werden dürfen. Alle Patient*innen erhalten die gleiche medizinische Behandlung, unabhängig von ihrer Muttersprache.
9. **I:** Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patient*innen?
10. **A1:** Die größte Hürde ist die Sprachbarriere. Es ist schwierig, sich mit Patient*innen zu verständigen, die weder Deutsch noch Englisch sprechen. Das kann zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen, gerade bei wichtigen Informationen zur Krankheit oder Behandlung.

11. **I:** Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nichtdeutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?
12. **A1:** In meiner Praxis ist es bisher noch nie vorgekommen, dass ich eine Behandlung abbrechen musste. Wir bemühen uns immer, eine Lösung zu finden, zum Beispiel durch das Hinzuziehen von Kolleg*innen mit Sprachkenntnissen oder die telefonische Unterstützung durch Dolmetscher*innen. In dringenden Fällen können wir Patient*innen auch ins Krankenhaus überweisen.
13. **I:** Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nicht deutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?
14. **A1:** Wenn Patient*innen Deutsch sprechen, versuchen wir natürlich, auf Deutsch zu kommunizieren. Dabei achten wir darauf, die Inhalte zu vereinfachen und auf Fachbegriffe zu verzichten. Englisch setzen wir vor allem in der Touristenzeit ein, aber auch bei Patient*innen mit englischen Sprachkenntnissen. Meine eigenen Englischkenntnisse sind jedoch begrenzt.
15. **I:** Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema 'Umgang mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen' ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?
16. **A1:** Das Angebot an spezifischen Fortbildungen ist unzureichend. Ich habe bisher keine Fortbildung zum Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen besucht. Ich wünsche mir speziell Kurse in 'Medical English', um fachspezifische Begriffe zu erlernen und die Kommunikation mit Patient*innen zu erleichtern.
17. **I:** Wie ist Ihr Bedarf an Dolmetschleistungen in Ihrer Ordination und welche Art von Dolmetscher*innen setzen Sie ein?
18. **A 1:** Der Bedarf an Dolmetschleistungen ist generell gering. In den meisten Fällen können wir die Kommunikation mit den Patient*innen selbst bewältigen. Wir haben festgestellt, dass der Bedarf an Dolmetscher*innen eher bei älteren Patient*innen und Asylwerber*innen besteht als bei jüngeren Patient*innen.
19. **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Qualität der Dolmetschleistungen, wenn Sie Dolmetscher*innen in Ihrer Ordination einsetzen?
20. **A1:** Dolmetscher*innen sollten über ausgezeichnete Sprachkenntnisse in beiden Sprachen verfügen, um die Inhalte korrekt und präzise zu übertragen. Darüber hinaus sollten Sie mit medizinischen Fachbegriffen vertraut sein, um die Kommunikation im medizinischen Kontext sicherzustellen.

21. **I:** Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Beauftragung von Dolmetscher*innen verantwortlich sein: die Ordination oder die Patient*innen selbst?
22. **A1:** Das Ordinationsteam sollte die Dolmetscher*innen beauftragen. Das würde die Patient*innen entlasten und ihre Abhängigkeit von Angehörigen reduzieren, die oft selbst nur geringe Deutschkenntnisse haben. Außerdem könnten wir so sicherstellen, dass qualifizierte Dolmetscher*innen eingesetzt werden.
23. **I:** Welche Erfahrungen und welches Wissen haben Sie in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen?
24. **A1:** Ehrlich gesagt kenne ich mich mit professionellen Dolmetschdiensten nicht gut aus. Ich habe bisher noch nie mit professionellen Dolmetscher*innen zusammengearbeitet. Telefon- und Videodolmetschen sind mir zwar bekannt, aber ich weiß nicht genau, wie diese Dienste funktionieren und an wen ich mich wenden kann, um sie zu beauftragen.

Anhang 3

Interviewtranskripte – Ordinationsassistent*in 1 (O1)

25. **I:** Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
26. **O1:** Ehrlich gesagt ist es oft eine Herausforderung. Die Sprachbarrieren machen die Anamnese und die Aufklärung schwierig. Manchmal fühlen wir uns unsicher, ob die Patient*innen uns wirklich verstehen. Wir haben leider nicht immer die Ressourcen, um Dolmetscher*innen zu organisieren.
27. **I:** Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?
28. **O1:** Auf jeden Fall. Unsere Praxis liegt mitten in einem multikulturellen Stadtteil. Da ist es ganz normal, dass wir täglich mit Menschen zu tun haben, die unterschiedliche Sprachen sprechen. Die genaue Bestimmung ist schwer, da viele Patient*innen bereits über gute Deutschkenntnisse verfügen und nicht unbedingt in ihrer Muttersprache mit den Ordinationsmit*innen kommunizieren.
29. **I:** Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?
30. **O1:** Die Ordinationen erhalten mehrsprachige Informationsmaterialien von der Ärztekammer und der ÖGK. Diese beziehen sich meist auf aktuelle Gesundheitsthemen (z. B. Coronavirus) oder auf Umstellungen im Gesundheitssystem. In unserer

Ordination liegen allgemeine Formulare wie Rezepte und Überweisungen auf Deutsch vor.

31. **I:** Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
32. **O1:** Die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patient*innen ist oft schwieriger. Die Sprachbarriere kann zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen, vor allem bei der Vermittlung von wichtigen Informationen. Das erfordert mehr Zeit und Geduld.
33. **I:** Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patient*innen?
34. **O1:** Viele Patient*innen, insbesondere aus anderen Kulturkreisen, haben eine andere Vorstellung von Krankheit und Gesundheit. Das kann die Behandlung erschweren, weil wir unterschiedliche Erwartungen haben und die Patient*innen unsere Empfehlungen vielleicht nicht nachvollziehen können.
35. **I:** Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nichtdeutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?
36. **O1:** Es gibt Situationen, in denen es schwer ist, die Behandlung fortzusetzen, wenn die Kommunikation stark eingeschränkt ist. Wenn Patient*innen trotz mehrmaliger Aufforderung keine professionellen Dolmetscher*innen hinzuziehen möchten, sondern auf Angehörige oder Bekannte zurückgreifen, ist das aus Gründen der Vertraulichkeit und des Risikos von Fehlinterpretationen problematisch.
37. **I:** Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nicht deutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?
38. **O1:** Bei gravierenden Sprachbarrieren greifen wir auf nonverbale Kommunikation zurück, zum Beispiel durch Gestik, Mimik und Zeigen. In einigen Fällen setzen wir auch visuelle Hilfsmittel wie anatomische Modelle, Zeichnungen und Skizzen ein.
39. **I:** Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema 'Umgang mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen' ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?
40. **O1:** Die meisten Fortbildungen konzentrieren sich auf allgemeine Kommunikationskompetenzen. Erfahrungen mit Fortbildungen zum Thema interkulturelle Kommunikation sind 'dürftig' und 'wenig informativ'. Ich wünsche mir Fortbildungen, die Wissen über kulturelle und religiöse Besonderheiten verschiedener Patient*innengruppen vermitteln, um sensibler mit ihnen umgehen zu können und Missverständnisse zu vermeiden.

41. **I:** Wie ist Ihr Bedarf an Dolmetschleistungen in Ihrer Ordination und welche Art von Dolmetscher*innen setzen Sie ein?
42. **O1:** Es gibt jedoch Situationen, in denen wir Dolmetscher*innen brauchen. In Notfallsituationen, wenn Patient*innen ängstlich oder verwirrt sind, kann die Anwesenheit von Dolmetscher*innen hilfreich sein. Auch bei komplexen medizinischen Themen oder wenn es um die Vermittlung wichtiger Informationen geht, können Dolmetscher*innen die Kommunikation erleichtern. Und wenn keine gemeinsame Sprache gefunden werden kann, sind Dolmetscher*innen unverzichtbar.
43. **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Qualität der Dolmetschleistungen, wenn Sie Dolmetscher*innen in Ihrer Ordination einsetzen?
44. **O1:** Dolmetscher*innen sollten das Vertrauen der Patient*innen genießen, damit diese sich frei äußern können. Sie sollten aktiv zuhören und sicherzustellen, dass sie die Aussagen der Patient*innen und der Ärzt*innen richtig verstehen.
45. **I:** Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Beauftragung von Dolmetscher*innen verantwortlich sein: die Ordination oder die Patient*innen selbst?
46. **O1:** Die Patient*innen sollten selbst für die Beauftragung der Dolmetscher*innen verantwortlich sein. Die medizinische Grundversorgung in deutscher und gegebenenfalls englischer Sprache ist gewährleistet. Dolmetscherleistungen sind eine zusätzliche Leistung, die von den Patient*innen selbst organisiert und finanziert werden sollte.
47. **I:** Welche Erfahrungen und welches Wissen haben Sie in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen?
48. **O1:** Telefondolmetschen findet bei uns in der Praxis statt, allerdings meist in Form von Laiendolmetschen, zum Beispiel durch Angehörige der Patient*innen. Von Videodolmetschen habe ich schon gehört, aber wir haben es noch nicht ausprobiert.

Anhang 4

Interviewtranskripte – Ärzt*in 2 für Allgemeinmedizin (A2)

49. **I:** Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
50. **A2:** Es ist bereichernd! Wir lernen viel über andere Kulturen und erweitern unseren Horizont. Natürlich erfordert es manchmal mehr Geduld und Kreativität in der Kommunikation, aber im Großen und Ganzen klappt es gut.

51. **I:** Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?
52. **A2:** Die Häufigkeit variiert sehr stark. Manchmal haben wir einen ganzen Vormittag lang nur deutschsprachige Patient*innen, und dann wieder kommen mehrere Patient*innen mit Migrationshintergrund hintereinander. Das macht unseren Arbeitsalltag sehr bunt, aber auch anstrengend. In Vertretungssituationen kann es allerdings schon mal etwas hektischer werden, weil wir dann ja auch Patient*innen von Kolleg*innen behandeln, die vielleicht ganz andere Sprachen sprechen. Das ist auch gemischt und bunt, wie zum Beispiel Türkisch, Sprachen aus dem (ost-)europäischen Raum und romanische Sprachen.
53. **I:** Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?
54. **A2:** Manchmal fertigen die Mitarbeiter*innen teilweise eigene Übersetzungen an oder recherchieren im Internet nach geeigneten Unterlagen. Dies erleichtert die Kommunikation mit den Patient*innen und verbessert die Versorgung, aber es ist nicht genug. Wir verwenden zusätzlich zu den deutschen Formularen auch mehrsprachige Formulare für Vorsorgeuntersuchungen. Diese werden von der Ärztekammer bereitgestellt.
55. **I:** Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
56. **A2:** Nichtdeutschsprachige Patient*innen benötigen manchmal zusätzliche Unterstützung, zum Beispiel bei der Orientierung im Gesundheitssystem oder bei der Suche nach Fachärzt*innen. Wir versuchen, Sie dabei bestmöglich zu begleiten.
57. **I:** Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patient*innen?
58. **A2:** Kulturelle und religiöse Unterschiede können ebenfalls zu Herausforderungen führen. Es kann zu Missverständnissen in der Körpersprache kommen oder Patient*innen lehnen bestimmte Untersuchungen aus religiösen Gründen ab. Wir müssen sensibel mit solchen Situationen umgehen und die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patient*innen respektieren.
59. **I:** Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nichtdeutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?

60. **A2:** Es gibt einige wenige Situationen, in denen ich die Behandlung abbrechen muss. Wenn Patient*innen zum Beispiel die Untersuchung durch einen männlichen Arzt ablehnen oder wenn Kinder als Dolmetscher*innen eingesetzt werden sollen. In solchen Fällen sehe ich mich gezwungen, die Behandlung abzulehnen.
61. **I:** Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?
62. **A2:** Smartphones und Übersetzungsapps werden zunehmend eingesetzt, um die Kommunikation zu erleichtern. Sowohl Patient*innen als auch wir greifen auf diese Hilfsmittel zurück. Online-Wörterbücher können bei der Suche nach der richtigen Übersetzung von Begriffen helfen.
63. **I:** Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema 'Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen' ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?
64. **A2:** Ich wünsche mir praxisorientierte Fortbildungen mit konkreten Kommunikationsstrategien und Handlungsempfehlungen für den Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen in der Arztpraxis. Die Fortbildungen sollten auch die Situation von Patient*innen thematisieren, die mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden konfrontiert sind, und einen empathischen und verständnisvollen Umgang fördern.
65. **I:** Wie ist Ihr Bedarf an Dolmetschleistungen in Ihrer Ordination und welche Art von Dolmetscher*innen setzen Sie ein?
66. **A2:** Die Art der eingesetzten Dolmetscher*innen variiert. In den meisten Fällen werden Angehörige, Freunde oder Bekannte als Dolmetscher*innen hinzugezogen. Oft übernehmen auch Kinder die Rolle der Dolmetscher*innen, was wir aber kritisch sehen. Manchmal werden Patient*innen von mehrsprachigen Betreuer*innen sozialer Organisationen begleitet.
67. **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Qualität der Dolmetschleistungen, wenn Sie Dolmetscher*innen in Ihrer Ordination einsetzen?
68. **A2:** Die Gesprächsinhalte sollten vollständig und genau übertragen werden, ohne wichtige Informationen wegzulassen. Die Übersetzung sollte korrekt und präzise sein, um Missverständnisse zu vermeiden.
69. **I:** Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Beauftragung von Dolmetscher*innen verantwortlich sein: die Ordination oder die Patient*innen selbst?
70. **A2:** Die Kosten für Dolmetscher*innen können hoch sein und es ist unzumutbar, diese den Ordinationen aufzubürden. Die Patient*innen sollten die Kosten selbst tragen.

71. **I:** Welche Erfahrungen und welches Wissen haben Sie in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen?
72. **A2:** Ich finde die Idee von Telefon- und Videodolmetschen interessant. Vor allem Videodolmetschen könnte eine zeitsparende Alternative zu persönlichen Dolmetscheinsätzen sein. Ich habe aber auch Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes. Es ist wichtig, dass die Vertraulichkeit der Patient*innen gewährleistet ist.

Anhang 5

Interviewtranskripte – Ordinationsassistent*in 2 (O2)

73. **I:** Wie erleben Sie die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
74. **O2:** Es ist Teil unseres Alltags geworden. Wir haben verschiedene Strategien entwickelt, um mit der sprachlichen Vielfalt umzugehen. Wir nutzen Bildmaterial, Übersetzungs-Apps und greifen auf die Unterstützung von mehrsprachigen Kolleg*innen zurück.
75. **I:** Wie häufig kommt es zu Begegnungen mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen und welche Sprachen werden dabei gesprochen?
76. **O2:** Mehrsprachigkeit gehört bei uns zum Alltag. Es ist wirklich bunt bei uns in der Praxis! An manchen Tagen haben wir Patient*innen aus aller Welt. Das ist toll, aber manchmal auch anstrengend, weil die Kommunikation natürlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Wir haben auch viele arabischsprachige Patient*innen, die aus Ihren Ländern weg des Kriegs geflüchtet sind.
77. **I:** Welche Sprachen werden in den Ordinationen aktiv angeboten? Stehen Informationsmaterialien und Formulare in mehreren Sprachen zur Verfügung?
78. **O2:** Nicht alle unsere Mitarbeiter*innen sprechen Englisch. Wenn Patient*innen nur Englisch sprechen, leite ich sie an Kolleg*innen weiter, die ausreichende Englischkenntnisse haben.
79. **I:** Gibt es Unterschiede in der Behandlung von deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Patient*innen in Ihrer Ordination?
80. **O2:** Um die Kommunikation zu erleichtern und Missverständnisse zu vermeiden, klären wir vor der Konsultation das Anliegen der Patient*innen und informieren die Ärzt*innen vorab bei erheblichen Sprachproblemen. Bei Bedarf ziehen wir auch Dolmetscher*innen hinzu.

81. **I:** Was sind die größten Herausforderungen bei der Behandlung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen?
82. **O2:** Oft fehlt es an Zeit, um sich ausreichend mit den Patient*innen zu beschäftigen und alles genau zu erklären. In ländlichen Regionen kommt hinzu, dass die fehlende Infrastruktur eine zusätzliche Hürde darstellt, weil die Patient*innen oft lange Anreisewege haben. All diese Faktoren führen zu einem erhöhten Kommunikations- und Zeitaufwand und können im schlimmsten Fall dazu führen, dass Patient*innen die notwendige medizinische Versorgung nicht erhalten.
83. **I:** Kam es in Ihrer Praxis schon einmal vor, dass die Behandlung einer nichtdeutschsprachigen Person abgebrochen werden musste, weil die Kommunikation nicht möglich war?
84. **O2:** Behandlungsabbrüche werden bei uns nicht dokumentiert. Das heißt aber nicht, dass sie nicht vorkommen. Ich denke, es ist wichtig, dass wir solche Fälle systematisch erfassen, um die Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patient*innen zu verbessern.
85. **I:** Welche Kommunikationsstrategien setzen Sie in Ihrer Ordination ein, um mit nicht deutschsprachigen Patient*innen zu kommunizieren?
86. **O2:** Bei partiellen Deutschkenntnissen der Patient*innen kommt es häufig zu einem Sprachmix aus Deutsch und Englisch. Diese 'Esperanto-ähnliche Sprache' betrachten wir als pragmatische Lösung.
87. **I:** Wie schätzen Sie das Angebot an Fortbildungen zum Thema 'Umgang mit nicht-deutschsprachigen Patient*innen' ein und welche Fortbildungswünsche haben Sie?
88. **O2:** Ich sehe nicht unbedingt eine Notwendigkeit für spezielle Fortbildungen. Es ist in erster Linie die Aufgabe der Patient*innen, die Landessprache zu erlernen. Ich komme im Alltag gut mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen zurecht.
89. **I:** Wie ist Ihr Bedarf an Dolmetschleistungen in Ihrer Ordination und welche Art von Dolmetscher*innen setzen Sie ein?
90. **O2:** Wir haben keine klare Präferenz für professionelle oder Laiendolmetscher*innen. Wichtig ist vor allem, dass überhaupt jemand zum Dolmetschen zur Verfügung steht. Der Vertrauensfaktor spielt eine wichtige Rolle. Dolmetscher*innen sollten das Vertrauen der Patient*innen genießen. Angehörige kennen die Patient*innen und ihre Umstände besser und stehen oft auch langfristig zur Verfügung.
91. **I:** Welche Erwartungen haben Sie an die Qualität der Dolmetschleistungen, wenn Sie Dolmetscher*innen in Ihrer Ordination einsetzen?

92. **O2:** Dolmetscher*innen sollten die Patient*innen dabei unterstützen, sich aktiv am Gespräch zu beteiligen. Patient*innen sollten die Möglichkeit haben, über die Dolmetscher*innen Rückfragen zu stellen und ihr Verständnis zu überprüfen.
93. **I:** Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Beauftragung von Dolmetscher*innen verantwortlich sein: die Ordination oder die Patient*innen selbst?
94. **O2:** Die Beauftragung von Dolmetscher*innen durch die Ärzt*innen könnte zu Problemen mit dem Datenschutz und der Schweigepflicht führen. Patient*innen sollten daher selbst die Dolmetscher*innen beauftragen und die Ärzt*innen von der Schweigepflicht entbinden.
95. **I:** Welche Erfahrungen und welches Wissen haben Sie in Bezug auf professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Telefon- und Videodolmetschen?
96. **O2:** Es wäre hilfreich, wenn es eine zentrale Anlaufstelle gäbe, die über professionelle Dolmetschdienste informiert und die Vermittlung von Dolmetscher*innen erleichtert. Eine Internetplattform oder eine aktive Bewerbung professioneller Dolmetschdienste wären sinnvoll.

Abstrakt

Eine adäquate Kommunikation in der medizinischen Versorgung ist essentiell für die Patientensicherheit und -zufriedenheit. In Wien, einer Stadt mit hoher Diversität, stellt die sprachliche Barriere zwischen medizinischem Personal und nichtdeutschsprachigen Patient*innen eine besondere Herausforderung dar. Diese Masterarbeit untersucht die Kommunikationsstrategien und den Einsatz von Dolmetschleistungen in Wiener Arztpraxen im Kontext der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patient*innen. Die Arbeit basiert auf der Analyse von qualitativen Daten, die durch Interviews mit Ärzt*innen und Ordinationsassistent*innen in Wiener Arztpraxen gewonnen wurden. Es wurden Themen Mehrsprachigkeit, Kommunikationsstrategien und Umgang mit nichtdeutschsprachiger Patient*innen untersucht. Die Analyse zeigt eine vielfältige Kommunikationspraxis in Wiener Arztpraxen, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen und den verfügbaren Ressourcen orientiert. Während bei ausreichenden Deutschkenntnissen vereinfachtes Deutsch und bei Bedarf Englisch genutzt werden, greift man bei gravierenden Sprachbarrieren auf nonverbale Kommunikation und zunehmend auf digitale Übersetzungshilfen zurück. Das Fortbildungsangebot zum "Umgang mit nichtdeutschsprachigen Patient*innen" wird heterogen bewertet; es besteht Bedarf an spezifischeren, praxisorientierten Schulungen, insbesondere zu "Medical English" und kultursensibler Kommunikation. Der Bedarf an Dolmetschleistungen wird im Allgemeinen als gering eingeschätzt, steigt jedoch in spezifischen Situationen, wie bei älteren Patient*innen, Asylwerber*innen oder in Notfällen. Die Qualität von Dolmetschleistungen wird anhand von Sprachkenntnissen, medizinischem Fachwissen sowie persönlichen und sozialen Kompetenzen definiert. Die Verantwortung für die Beauftragung von Dolmetscher*innen ist umstritten; während einige das Ordinationsteam in der Pflicht sehen, betonen andere die Eigenverantwortung der Patient*innen. Professionelle Dolmetschdienste, insbesondere Tele- und Videodolmetschen, sind in Wiener Arztpraxen noch wenig etabliert, obwohl sie als potentiell hilfreich und effizient wahrgenommen werden. Die Ergebnisse verdeutlichen die Komplexität der sprachlichen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung in Wien. Die Entwicklung und Implementierung zielgerichteter Fortbildungen und der Abbau von Zugangsbarrieren zu professionellen Dolmetschdiensten, flankiert von einer klaren Regelung der Verantwortlichkeiten, erscheinen als wichtige Schritte zur Optimierung der Versorgung nicht-deutschsprachiger Patient*innen. Eine zentrale Anlaufstelle und eine aktive Information über professionelle Dolmetschdienste könnten die Nutzung dieser wertvollen Ressourcen fördern. Weiterer Forschungsbedarf besteht in der

Evaluation der Effektivität verschiedener Kommunikationsstrategien und Dolmetschmodelle hinsichtlich Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg.

Abstract

Adequate communication in medical care is essential for patient safety and satisfaction. In Vienna, a highly diverse city, the language barrier between medical personnel and non-German speaking patients presents a significant challenge. This Master's thesis investigates communication strategies and the use of interpreting services in Viennese medical practices within the context of providing care for non-German speaking patients. The work is based on the analysis of qualitative data obtained through interviews with physicians and medical assistants in Viennese medical practices. Topics explored included multilingualism, communication strategies, and approaches to dealing with non-German speaking patients. The analysis reveals a diverse communication practice in Viennese medical practices, oriented towards the individual needs of the patients and available resources. While simplified German and, when necessary, English are used when German language skills are sufficient, non-verbal communication and increasingly digital translation tools are employed in cases of significant language barriers. Training opportunities on "dealing with non-German speaking patients" are assessed heterogeneously; there is a need for more specific, practice-oriented training, especially on "Medical English" and culturally sensitive communication. The need for interpreting services is generally considered low, but increases in specific situations, such as with elderly patients, asylum seekers, or in emergencies. The quality of interpreting services is defined by language skills, medical expertise, as well as personal and social competencies. Responsibility for commissioning interpreters is disputed; while some see the medical practice team as responsible, others emphasize the patients' own responsibility. Professional interpreting services, particularly telephone and video interpreting, are not yet well-established in Viennese medical practices, although they are perceived as potentially helpful and efficient. The results underscore the complexity of linguistic challenges in medical care in Vienna. The development and implementation of targeted training programs, reducing barriers to accessing professional interpreting services, and accompanied by a clear regulation of responsibilities, appear to be important steps towards optimizing the care of non-German speaking patients. A central point of contact and active information dissemination about professional interpreting services could promote the utilization of these valuable resources.