



# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Stellenwert der Dolmetscher:innen bei Aufklärungsgesprächen  
mit chirurgischen Patient:innen im Medizintourismus

verfasst von | submitted by  
Hanna Neumayer Bakk.phil.

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

Wien | Vienna, 2026

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

UA 070 360 331

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

Masterstudium Translation Russisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dr. Katia Iacono

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Ort „Krankenhaus“ – ein spezifisches Setting im Feld des Community Interpreting..</b>	<b>8</b>
5.1	Definitionen und Entwicklung des Healthcare Interpreting .....	8
5.2	Die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person als zentrales Element der Kommunikation im Krankenhaus. ....	11
5.3	Arten der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person: das Anamnesegespräch. ....	13
5.3.1	Spezifik des Dolmetschens.....	15
5.3.2	Das Selbstbild von Dolmetscher:innen und ihre Rolle .....	18
<b>6</b>	<b>Ziel der Reise- Medizintourismus .....</b>	<b>27</b>
6.1	Definition und Arten des Gesundheitstourismus.....	27
6.2	Medizintourismus: Definition und Entstehung .....	29
6.3	Motive für medizinisch motivierte Reisen .....	30
6.4	Typen von Patient:innen.....	32
6.5	PatentenvermittlerInnen bzw. Vermittlungsagenturen.....	34
6.6	Lage der ausländischen Patient:innen in Österreich .....	36
6.6.1	Medizinisches Reiseziel Österreich – im globalen Kontext .....	37
6.6.2	Statistiken aus der Wiener Privatklinik .....	38
<b>7</b>	<b>Das medizinische Aufklärungsgespräch .....</b>	<b>43</b>
7.1	Informationsquellen im Medizintourismus .....	43
7.2	Definition, Aufbau und Funktionen des Aufklärungsgesprächs.....	44
7.3	Rechtslage und Haftung.....	48
7.4	Die Besonderheiten des gedolmetschten Aufklärungsgesprächs .....	50
<b>8</b>	<b>Empirische Studie. Durchführung der Interviews mit Patient:innen und Ärzt:innen</b>	<b>53</b>
8.1	Forschungsfragen und Ziel der Arbeit.....	53
8.2	Erhebungsmethode und Begründung.....	53
8.3	Durchführung .....	54
8.4	Vorstellung der Gesprächsteilnehmer:innen .....	55

<b>8.5</b>	<b>Auswertung und Kategorienbildung.....</b>	<b>57</b>
8.5.1	Erfahrungen mit Dolmetscher:innen .....	58
8.5.2	Fachkompetenz und Ausbildung.....	60
8.5.3	Hohe Sprachkompetenz in beiden Arbeitssprachen.....	63
8.5.4	Empathie und Neutralität .....	64
8.5.5	Aufgabenprofil und Erwartungen .....	67
8.5.6	Kulturelles Verständnis.....	73
<b>9</b>	<b><i>Diskussion</i>.....</b>	<b>75</b>
<b>10</b>	<b><i>Schlusswort</i> .....</b>	<b>80</b>
<b>11</b>	<b><i>Bibliographie</i> .....</b>	<b>81</b>
<b>12</b>	<b><i>Internetquellen</i>.....</b>	<b>86</b>
<b>13</b>	<b><i>Interviews</i>.....</b>	<b>87</b>
13.1	Leitfaden Fragen des Interviews .....	87
13.2	Vorwort Interview Russisch/Deutsch .....	88
13.3	Interview P1 .....	88
13.4	Interview P2 .....	92
13.5	Interview P3 .....	94
13.6	Interview A1 .....	97
13.7	Interview A2 .....	100
13.8	Interview A 3 .....	103
<b>14</b>	<b><i>Abstract</i>.....</b>	<b>107</b>

## **1 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Niska's Rollenpyramide (2002: 138) .....	18
Abbildung 2: Kompetenzanforderungsmodell nach Pöchhacker ( 2001:23) .....	23
Abbildung 3: Gliederung des gesundheitstouristischen Marktes nach Rulle et al. (2010:6) .....	28
Abbildung 4: Patient:innenherkunft international nach Ehrbeck/Guevara/Mango (2008: 5) ....	31
Abbildung 5: Modell präoperativer Aufklärungsgespräche nach Mann 1984 .....	46

## 2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausländische Patient:innen im Jahr 2019 aufgeteilt nach medizinischem Fach.....	40
Tabelle 2: Ausländische Patient:innen im Jahr 2020 aufgeteilt nach medizinischem Fach.....	41
Tabelle 3: Aufteilung nach Ländern im Jahr 2019.....	42
Tabelle 4: Aufteilung nach Ländern im Jahr 2020.....	42
Tabelle 5: Informationsquelle zur Akquise von internationalen Patient:innen (in Prozent) nach Juszczyk (2017: 56) .....	43

### **3 Danksagung**

Für mich ist „Danke“ ein kurzes Wort, das dennoch Unendlichkeit bedeutet. Meiner Familie in der Ukraine danke ich unendlich! Meiner Familie in Österreich danke ich unendlich! Frau Univ.-Prof. Sonja Pöllabauer und Dr. Katia Iacono danke ich unendlich!

Danke für die Geduld und den Glauben!

## 4 Einleitung

Im Rahmen dieser Masterarbeit beschäftige ich mich mit der Arbeit von Dolmetscher:innen und ihren Stellenwert im Bereich des Medizintourismus, dessen Bedeutung unterstrichen werden soll. Darüber hinaus soll das Interesse für wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Thematik abgebildet werden. Präzisierend lässt sich meine Themenauswahl letztlich auf chirurgische Patient:innen einschränken, welche bei den präoperativen Aufklärungsgesprächen aus translatiionswissenschaftlicher Sicht genauer unter die Lupe genommen werden.

Im ersten Kapitel des theoretischen Teils beleuchte ich das Dolmetschen im medizinischen Bereich im Allgemeinen. Zuerst wird der Begriff „*Health Care Interpreting*“ definiert und die geschichtliche Entwicklung dieses Betätigungsfeldes nahegelegt. Danach widme ich mich einem wichtigen Element des sprachlichen Geschehens und zwar der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person, sowie Besonderheiten dieser Kommunikation aus sprachlicher Sicht. An dieser Stelle rücken Dolmetscher:innen in den Vordergrund. Bezugnehmend auf Modelle von Roberts (1997), Niska (2002), Bot (2005) und Hsieh (2008) zum Selbstbild von Dolmetscher:innen werden mögliche Rollen beschrieben, welche im praktischen Teil mit der Sicht der Patient:innen und Ärzt:innen verglichen werden. Kompetenzen von Dolmetscher:innen im medizinischen Setting und Herausforderungen aus sprachlicher und ethisch-moralischer Sicht werden ebenso genauer erläutert.

Im zweiten Teil wird das Subthema „Medizintourismus“ erörtert. Angefangen mit dem Begriff „Medizintourismus“ werden unter anderem auch Gründe für Reisen zum Zweck einer medizinischen Behandlung genannt, um in weiterer Folge die Situation von russischsprechenden medizinischen Tourist:innen in Österreich zu schildern. Auf dieser Gruppe liegt auch ein besonderes Augenmerk in dieser Arbeit. In weiterer Folge werden hier statistische Daten aus einer Privatklinik präsentiert, welche wiederum mein theoretisches und infolgedessen auch praktisches Feld auf chirurgische Patient:innen einschränken. An dieser Stelle werden Dolmetscher:innen in ihrer Rolle als OrganisatorInnen vorgestellt, welche auch oft bei Entscheidung der Patient:innen für diese oder jene Behandlung mitwirken.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich etwas ausführlicher mit dem Aufklärungsgespräch, sowie Rechtslage und ethischen Aspekten der besonderen Form der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person. Hier wird näher erklärt, wie es sich von anderen Gesprächen in der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person unterscheidet, was es so besonders macht und welche Merkmale das gedolmetschte Gespräch aufweist. Da ich mich im empirischen Teil der Rolle von Dolmetscher:innen beim Dolmetschen

solcher Gespräche widme, ist die theoretische Aufarbeitung dieses Abschnittes für mich von großem Interesse.

Letztlich steht der empirische Teil im Rampenlicht, in dem ich, mithilfe eines im theoretischen Teil ausgearbeiteten Leitfadens Interviews mit jeweils 3 Patient:innen und Ärzt:innen führe, mit dem Ziel, Ergebnisse zu sammeln, welche mir schließlich helfen sollten, Antworten auf meine Forschungsfragen zu erhalten und neue Erkenntnisse zu erlangen. Diese Fragen werden anhand des bereits vorhandenen wissenschaftlichen Wissens Schritt für Schritt aufgearbeitet und im praktischen Teil untersucht.

Schließlich kommt es zur Auswertung der gewonnenen Daten. Diese wird in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse erfolgen: Daten werden kategorisiert und analysiert. Forschungsergebnisse werden zusammengefasst und präsentiert. Ziel meiner Arbeit ist es Antworten auf meine Forschungsfrage „Welche Rolle Dolmetscher:innen aus Sicht der Ärzt:innen und Patient:innen bei Aufklärungsgesprächen spielen.“

## **5 Ort „Krankenhaus“ – ein spezifisches Setting im Feld des Community Interpreting**

Menschen werden krank. Dies sucht man sich nicht aus und man wird in der Regel unerwartet mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Allein diese Erkenntnis führt zu Unsicherheit, emotionaler Belastung und Angstzuständen, die enorme Kraft und Vernunft benötigen, um mit der Situation zurechtzukommen und diese zu meistern. Und wenn ein Aufenthalt im Krankenhaus hinzukommt, so erschwert dies die Gesamtsituation. Das oben Genannte ist auf normalen Umständen basiert: Betroffene können ihren Zustand beschreiben und sich zu ihrem Empfinden äußern – es kann in diesem Sinne eine Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person stattfinden. Die Frage ist, was tun, wenn Patient:innen der Sprache des Arztes/der Ärztin nicht mächtig sind, sich nicht verständigen und ihr Leid erklären können. In diesem Zusammenhang richtet sich das Interesse auf sprachliche Akteure: Es werden Dolmetscher:innen benötigt, welche die notwendige Kommunikation im Krankenhaus ermöglichen und gewährleisten.

Dieses besondere Zusammenspiel von Ortgegebenheit und sprachlichen Faktoren hat bereits mehr AutorInnen Anregung gegeben, Augenmerk auf ein besonderes Setting des *Community Interpreting* zu legen, die Rolle der Dolmetscher:innen näher zu untersuchen, sowie dieses Betätigungsfeld näher zu erforschen (Wadensjö 1998, Pöchhacker 2000, Angelelli 2004, Allaoui 2005, Hsieh 2008). So werde ich mich in den folgenden Abschnitten mit den oben erwähnten Themen auseinandersetzen.

### **5.1 Definitionen und Entwicklung des Healthcare Interpreting**

Wie bereits im letzten Absatz angeschnitten, ist *Health Care Interpreting* als ein besonderer Einsatzbereich im Bereich des *Community Interpreting* zu betrachten. Pöchhacker (2016) verweist in seinem Buch *„Introducing Interpreting Studies“* auf Hale (2007), welche das Healthcare Interpreting als zweitwichtigste Domäne des *Community Interpreting (CI)* bezeichnete. CI wird in der Literatur unterschiedlich definiert und es finden sich verschiedene Benennungen für dieses Feld. Garber (2000: 11f.) sieht die Darstellung des CI noch Anfang der 2000er-Jahre sehr problematisch. Basierend auf Erfahrungen vertritt er die Meinung, dass allein das Wort „interpreter“ in der Konstruktion „community interpreter“ wenig aussagekräftig ist und nur eine kleine Gruppe von Menschen mit dieser Definition vertraut sind, während „translation“ ein gewisses allgemeines Verständnis für die Begrifflichkeit mit sich bringt. So weist er darauf hin, dass andere Termini, die die Tätigkeit von Dolmetscher:innen benennen, wie etwa Gerichtsdolmetscher oder Konferenzdolmetscher, den Einsatzbereich klar benennen,

während mit „community interpreter“ keine eindeutige Vorstellung von der Tätigkeit verbunden wird. Garber (2000: 12) erwähnt einige Gründe dafür. Einer davon ist für ihn aus der zeitlichen Perspektive Ende der 1990-er bis Anfang der 2000-er Jahre „das Alter“ des CI und das Fehlen einer langen Tradition der CI-Forschung in der Dolmetschwissenschaft als ein Forschungsfeld, über die das Konferenzdolmetschen oder Dolmetschen in der Diplomatie aus geschichtlicher Sicht verfügen. Außerdem erklärt er in weiterer Folge, und an dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass diese Aussage aus dem Jahr 1997 stammt, dass Kommunal Dolmetscher:innen oft einen anderen Qualifikationshintergrund mit sich bringen als Konferenzdolmetscher:innen, welche meistens eine Ausbildung absolviert haben. Für Kommunal Dolmetscher:innen hingegen stehen Ausbildungsmöglichkeiten nur in eingeschränkter Form zur Verfügung, weil es sie weiterhin nicht in ausreichender Form gibt. Mellinger (2021: 173) untersucht in seiner Arbeit wie der Lernprozess in der Ausbildung von Dolmetscher:innen am besten aufgebaut werden kann, um Lernziele zu erreichen, sowie sprachliche Fähigkeiten zu entwickeln. Auch Bancroft (2015: 219) vertritt die Meinung, dass es keine einheitliche Definition für CI gibt. Im Hinblick auf verschiedene Felder des CI erwähnt Roberts, dass CI zusammen mit *cultural interpreting* and *dialogue interpreting* als Oberbegriff gelten und definitorisch keine situationsbedingte Einschränkung erkennen lassen, während drei andere Subformen, die sich laut Roberts im Bereich des CI ausmachen lassen, auf ein bestimmtes Setting beschränkt sind: *public service interpreting*, *medical interpreting*, *legal interpreting* (1997: 9). Allerdings haben alle Formen ein gemeinsames Ziel, nämlich einen kommunikativen Zugang für die jeweiligen Gruppen von Individuen schaffen zu können, welche die offizielle bzw. dominante Sprache des Landes nicht sprechen und in weiterer Folge dafür zu sorgen, dass kulturelle und sprachliche Barrieren abgebaut werden können (Pöllabauer 2002: 197).

Da der Fokus in der vorliegenden Arbeit auf dem *Health Care Interpreting* liegt, im Weiteren als „Dolmetschen im Gesundheitswesen“, ist es angebracht, sich mit der Definition des Letzteren auseinanderzusetzen. So definiert Angelelli (2014) das Healthcare Interpreting wie folgt:

[...] as a special type of interpreting that facilitates communication between users and providers of health services who do not share the same language (either spoken or signed). It occurs mainly in settings such as hospitals, clinics, and doctor offices and involves the communication of signed, verbal and nonverbal messages in real time. The language of one user group (the provider) is mainly the/a societal language of the country. The language of the patient is the non-societal language, i.e., the language of a specific ethnic/linguistic group. Healthcare interpreting serves the latter user group to ensure their access to healthcare services. (Angelelli 2014: 574)

Seinen Aufschwung in Österreich erfuhr das Dolmetschen im Gesundheitswesen in den 1990-er Jahren. Durch erhöhte Mobilität, eine zunehmend multikulturelle und multisprachliche Gesellschaft, einen hohen Anteil an ausländischer Wohnbevölkerung, sowie auch das ‚Gastarbeiter-Konzept‘ wurde der Bedarf an Dolmetscher:innen, die für sprachlichen und kulturellen Austausch sorgen konnten, höher. In diesem Zusammenhang gewann auch der Ort Krankenhaus eine wichtige Bedeutung (Pöchhacker 2000:141, 147). Pöchhacker's Studie aus dem Jahr 1996 zu Rollen und Kompetenzen von Dolmetscher:innen im Gesundheitswesen machte den Auftakt und legte einen wichtigen Grundstein zur Forschung in diesem Bereich mit Blick auf die Situation in Österreich. Bischoff (2020: 3ff.) widmet sich in seiner Fallstudie der Untersuchung der geschichtlichen Entwicklung des *Healthcare Interpreting* und erläutert unterschiedliche Evolutionsphasen der Dolmetschtätigkeit im Gesundheitswesen in den letzten 25 Jahren (1992-2017) mit Blick auf die Schweiz am Beispiel des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). So unterstreicht er, dass der Weg von gelegentlichen Einsätzen bis hin zu einer Institutionalisierung des Einsatzes von Dolmetscher:innen ein langer war. Im Rahmen dieser Studie nimmt er eine Gliederung der zeitlichen Entwicklung in Abschnitte vor, von der ersten Phase, wo es „keine einheitliche Vorstellung“ zur Dolmetschtätigkeit gab und Dolmetscheinsätze im medizinischen Bereich relativ selten waren, über die Phase des *Wachstums und Versuche der Formalisierung*, in Zeiten von politischen Veränderungen, wo der Migrantenanteil in der Schweiz, bedingt durch den Krieg im ehemaligen Jugoslawien, anstieg. In der darauffolgenden Phase werden Ergebnisse aus der Forschung berücksichtigt, die belegen, dass Dolmetscher:innen als *Garantiesicherung* für die bessere Arzt-Patient Kommunikation gelten; und schließlich folgt die Phase der *Institutionalisierung und Gleichstellung*, wo Transkulturalität und Interkulturalität einen neuen Stellenwert erhalten. In diesem einleitenden Abschnitt wurden zentrale Begrifflichkeiten, welche im Laufe dieser Arbeit aufgegriffen werden, erläutert. Darüber hinaus wurde auch ein kurzer Einblick in mögliche Phasen der Entwicklung dieses Feldes am Beispiel des HUG präsentiert, mit dem Ziel positive Veränderungen herauszustreichen und eine Brücke zum zentralen Element der Kommunikation im Krankenhaus zu legen: der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person.

## **5.2 Die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person als zentrales Element der Kommunikation im Krankenhaus.**

Laut Meyer (2004: 38) sind Krankenhäuser „öffentliche, gemeinnützige oder private Einrichtungen, die der Diagnose und Therapie von Krankheiten, der Versorgung von Kranken, sowie der Geburtshilfe dienen“. Dieser Kommunikationsbereich umfasst den medizinischen Handlungsprozess auf der einen und sprachliche auf der anderen Seite, so kommt es in diesem Sinne gewissermaßen zu einer Symbiose der beiden. Allaoui (2005: 13) bezieht sich auf Engelhardt und Hermann (1999: 19) und bezeichnet den Ort „Krankenhaus“ als Einrichtung einer besonderen Art, welche die Aufgabe, Kranke zu versorgen und betreuen, sowie die drei Ziele der Professionalität, Humanität und Wirtschaftlichkeit zu erfüllen hat. Es kommt hier zu einer Interaktion verschiedener Berufsgruppen, die im medizinischen Bereich tätig sind: Pflegepersonal, Spitalsmanagement, medizinischer Dienst etc. In dieser Arbeit wird allerdings eine besondere Kommunikationsebene unter die Lupe genommen und näher ausgeführt: die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person.

Cushing betont (2003: 34), dass die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person drei wichtige Funktionen hat. Diese sind der Aufbau einer Beziehung zum Patienten, um Zusammenhalt zu ermöglichen, das Erkennen eines Problems und letztlich die Aufklärung der Patienten samt Therapievorschlagn, auf den beide Seiten sich darauf einigen können.

Metzger (2002: 30f.) weist darauf hin, dass das medizinische Gespräch ein asymmetrischer Austausch ist, in dem Ärzt:innen die Kontrolle in vielen Belangen behalten, etwa den sprachlichen Charakter, Wendungen des Gesprächs oder auf thematischer Ebene. Sie verweist auch auf Shuy (1979), welcher annimmt, dass Ärzt:innen in Bezug auf die Kontrolle über das Gespräch mit LehrerInnen in der Schule oder Polizeibeamt:innen bei Vernehmungen verglichen werden können und sich diese Tatsache nicht immer als positiv erweisen kann. Auch Allaoui (2005: 13f.) sieht bei der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person eine Asymmetrie, welche sie mit unterschiedlichen Funktionen, unterschiedlichem Wissensstand und unterschiedlichen Rollen der am Gespräch beteiligten Personen begründet. Sie vertritt des Weiteren die Meinung, dass der Therapieerfolg auch stark von dieser Asymmetrie abhängt: In erster Linie kommt es zu einer Selektion, in der Ärzt:innen sich mittels Fragen einen Überblick über die Probleme und Beschwerden der Patient:innen verschaffen und in weiterer Folge dank zusätzlicher Fragen eine „Vordiagnose“ stellen. Mithilfe einer Frage-Antwort-Methode und einer körperlichen Untersuchung wird die angenommene Diagnose bestätigt oder revidiert (2005: 14). An dieser Stelle wäre es interessant anzumerken, dass die

Natur der Antworten sich hier unterscheidet. So berichtet Allaoui (2005: 14) mit Verweis auf Brucks et al. (1987), dass es zum unterschiedlichen sprachlichen Ausdruck je nach sozialer Schicht kommt. Unterschiedliche Darstellungsformen zeichnen auch, auf welche Art und Weise die Krankheit von Patient:innen unterschiedlicher Schichten wahrgenommen wird. Während Angehörige des Bildungsbürgertums oft eine fachnahe Sprache benutzen und ein Problem im Körper im Rahmen ihrer Krankheit benennen, verstehen Angehörige bildungsferner Schichten dieses als „Kranksein“ und bedienen sich einer fachfremden Ausdruckweise (2005: 14).

Das Wichtigste in der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person sind laut Angelelli (2004a: 15f.) zwei Begrifflichkeiten, welche nicht miteinander verwechselt werden sollten oder austauschbar sind: Interaktion und Beziehung. Während Interaktion einen Verhaltensaustausch bedeutet, ist eine Beziehung von subjektiven Empfindungen wie Respekt, Mitgefühl oder Fürsorge gekennzeichnet. In Anlehnung an Frey (1998) betont Angelelli (2004) die Bedeutung der Beziehungsebene, denn diese erweist sich als ausschlaggebend im Heilungsprozess.

Cushing (2003) unterstreicht, dass jedes Gespräch im medizinischen Bereich eine soziale Interaktion ist, die vom Aufeinandertreffen zweier Kulturen bestimmt wird. Darunter versteht sie das Aufeinandertreffen zweier Welten, jener der Laien mit deren Erfahrungen, Erwartungen, Überzeugungen und Sprache, und jener des Gesundheitspersonals mit ihrem Fachwissen und ihrer Fachsprache.

Auf dieses Zusammentreffen zweier Welten verweist ähnlich auch Wadensjö (1998):

*It comes as no surprise that a layperson's and a professional's perspectives sometimes clash, and this could reinforce (rather than resolve) interlocutors' mistrust or fear of miscommunication, which, in turn, will tend to promote miscommunication rather than shared understanding. (Wadensjö 1998: 199)*

Diese Art der Interaktion kann als Experten-Laien-Kommunikation bezeichnet werden, in der ExpertInnen, hier Ärzt:innen, ein fundiertes, nicht nur quantitatives, sondern auch qualitatives Wissen aufweisen, während Laien, hier Patient:innen, über dieses nicht verfügen und aufgrund fehlender Kompetenzen das Problem nicht eigenhändig lösen können (Barkowski 2007: 31). Daraus entsteht eine Kluft, die mittels eines „Common Ground“ beseitigt werden könnte (Barkowski 2007: 33). Letzterer wird dadurch erweitert, dass von einem der Kommunikationspartner der individuell vorhandene Wissenstand der Kommunikation beigesteuert wird. Dieser wird wiederum von der jeweils anderen Gesprächspartei durch verbale oder nonverbale Antwort aufgegriffen bzw. erfasst und dadurch zu einem Teil des

„Common Ground“. Wie viel Information tatsächlich an die Kommunikationspartner gelangt, hängt von der Annahme der ExpertInnen, hier Ärzt:innen, über das Wissen der Laien, hier der Patient:innen ab. Dieser Prozess wird Antizipation genannt und ist wichtig, um den Wissenstransfer erfolgreich zu machen (Barkowski 2007: 33). Auch Meyer (2004:35) berichtet von der Anpassung des Wissens des Fachpersonals an den Wissensstand der Patient:innen, so betont er hier, dass Dolmetscher:innen, um das fehlende terminologische Wissen zu füllen, auf solche Methoden wie „semiprofessionelle Ausdrücke“, „sprachliche Formen aus dem Alltag“, sowie Paraphrasierungen zurückgreifen sollten, so werden solche Wissenslücken geschlossen (2004: 35). Hiermit liegt es in der Macht der Dolmetscher:innen, wenn notwendig, zu entscheiden, wie das medizinische Wissen der Fachleute an den Wissensstand der Patient:innen angepasst werden kann.

### **5.3 Arten der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person: das Anamnesegespräch.**

Um sich den Handlungsraum im Krankenhaus besser vorstellen zu können, vor allem die Interaktions- und Beziehungsebene Arzt-Patient, welche im letzten Abschnitt erläutert wurde, wurde von Meyer (2004: 52) in Anlehnung an Ehlich & Rehbein (1972) ein Hyperfragment „Diagnose/Therapie“ vorgestellt, das beschreibt, welchen Weg die Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus einschlägt und welche „Stationen“ sie durchläuft. Dies ist auch für das Verstehen der Kommunikationsabläufe von großer Bedeutung. Beginnend mit der Aufnahme und Anamnese, gefolgt von Verdacht, Untersuchung, Befund, Diagnose und Therapievorschlag und schließlich Therapie und Erfolgskontrolle bis hin zur Entlassung, bekräftigen diese Abschnitte die starke Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen.

Aus diesen Handlungsphasen ergeben sich unterschiedliche Arten von Gesprächen, die im Rahmen der Interaktion im Krankenhaus stattfinden. Sie können unterteilt werden in Anamnese- und Aufklärungsgespräche, Befund- und Endgespräche. Mit Verweis auf Tebble (1999) untergliedert Barkowski (2007: 34) jede Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person in folgende Gesprächsabschnitte:

1. Greetings
2. Introduction
3. Stating/Eliciting Problem
4. Ascertaining Facts
5. Diagnosing Facts

6. Stating Resolution
7. Decision by Client
8. Clarifying and Residual Matters
9. Farewell

An dieser Stelle wird nicht im Detail auf jede Gesprächsphase eingegangen, weil sie selbsterklärend sind. An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, und auch Barkowski (2007) weist auf diese Tatsache hin, dass Exposition eines der wichtigsten Stadien ist, denn hier wird eine Lösung des Problems angeboten. In weiterer Folge erwähnt sie auf eine besondere Art des Gesprächs, das Aufklärungsgespräch hin, welches auch ein zentrales Thema in der vorliegenden Arbeit sein wird: Im theoretischen Teil wird das Aufklärungsgespräch als eigenständiger Punkt betrachtet und ausgeführt, im praktischen wird es unter anderem zum Gegenstand der Forschung. In diesem Sinne wird hier nur ein Überblick über das Anamnesegespräch gegeben.

Wie bereits oben angeführt, sorgt der unterschiedliche Wissensstand der Akteure für Asymmetrie und Probleme bei der Verständigung in der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person. Auch Anamnesegespräche werden davon geprägt (Bührig & Meyer 2009: 189). Verstärkt wird die Problematik dadurch, dass Ärzt:innen zwar über ein fundiertes Wissen für die Diagnosestellung verfügen, jedoch die Beschwerden der Patient:innen nicht kennen. Patient:innen indes kennen die Probleme, können diesen aber keine fachliche Benennung geben. Barkowski (2007: 36) verweist auf Mishler (1984) und beschreibt die Interaktion im Anamnesegespräch als „Dialektik zwischen den Stimmen der Lebenswelt und denen der Medizin, was Konflikt und Kampf zwischen zwei Domänen beinhaltet“. Auch wenn diese zwei Seiten unterschiedliche Kommunikationsziele verfolgen, die Wahrnehmungen von Krankheiten, Erfahrungen und subjektive Krankheitstheorien müssen durch die Kommunikation geschehen (2007: 37).

Eine Anamnese bezeichnen Bührig & Meyer (2009: 190ff.) mit Verweis auf Rehbein (1986: 298 ff.) als eine „Diskursart“, die besagt, dass in einem derartigen Gespräch unterschiedliche Handlungen wie „Frage-Antwort-Modelle“ oder Schilderungen von Krankheitswahrnehmungen miteinander verbunden sind. Sie weisen darauf hin, dass das Frage-Antwort-Modell eine entscheidende Rolle in Anamnesegesprächen spielt. Oft umfasst die Fragestellung seitens der Ärzt:innen bereits eine Überlegung zur Diagnose, weshalb Ärzt:innen den Patient:innen Fragen stellen, bei denen ein Teil des Wissens bzw. der Antwort

symptombezogen vorgefertigt ist und die Antwort deshalb ihre Funktionalität behält, sowie die Entscheidung der Ärzt:innen nahelegt (Bührig & Meyer 2009: 192).

Fragen sind auch ein wichtiger Bestandteil der in Barkowski (2007: 37) in Anlehnung an Anschütz (1992) dargestellte Methode zu Anamneseerhebung, welche drei Funktionen abdeckt. Die erste wird als „Interaktionsfunktion“ bezeichnet, mit dem Ziel eine Kooperation zwischen den Gesprächspartnern sicherzustellen. Die zweite Funktion wird als *Informationsfunktion* bezeichnet, in deren Rahmen Ärzt:innen mittels Fragen Informationen von Patient:innen selektieren und die für sie wichtigen herausstreichen. Als dritte wird die *Integrationsfunktion* genannt, hier bearbeiten Ärzt:innen die erhaltenen Informationen und werten sie aus, um sie in das Gesamtkonzept zu inkludieren (2007: 40).

Schlussfolgernd soll hier unterstrichen werden, dass die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person eine komplexe und vielfältige Handlung ist, die von vielen Faktoren geprägt wird und unterschiedliche Perspektiven und Sichtweisen beinhaltet. Das Zusammentreffen zweier Welten erweist sich als unabdingbar und verfolgt das Ziel, Verständigung zwischen Kommunikationspartnern möglich zu machen.

In diesem Abschnitt wurden verschiedene Arten der Kommunikation zwischen behandelnden und behandelten Personen dargestellt, wobei das Anamnesegespräch hier in ausführlicher Form aufgegriffen wurde. Es wurden ebenso Probleme aus diskursanalytischer Sicht angesprochen. Das Aufklärungsgespräch wird noch umfassender im dritten Kapitel der Arbeit betrachtet. Der nun folgende Abschnitt der Arbeit widmet sich der Spezifik des Dolmetschens.

### **5.3.1 Spezifik des Dolmetschens**

Wie Bührig & Meyer (2009) anmerken, findet in diesem Sinne ein kommunikativer Prozess statt, wobei die Verwendung einer gemeinsamen Sprache hierbei eine entscheidende Rolle spielt. Nun stellt sich die Frage, welche Änderungen das Gespräch durch die Mitwirkung einer dritten Person, in diesem Fall Dolmetscher:innen, annimmt und welche Bedeutung das Produkt seiner/ihrer Handlung, nämlich der Dolmetschung, aufweist, wenn beide Parteien keine gemeinsame Sprache sprechen. Wie auch Bührig & Meyer (2009) unter Verweis auf zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten feststellten, beeinflussen Dolmetscher:innen durch ihre Anwesenheit und ihr Handeln den Verlauf und auch den Kern der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person im Allgemeinen. So untersuchte Davidson (2002) die gedolmetschten Gespräche mit in den USA Spanisch sprechenden Patient:innen. Das Gesprächsmodell, wo Dolmetscher:innen zuerst als Zuhörer:innen agierten und keinen aktiven

Teil übernahmen, erwies sich als nicht anwendbar bzw. fehlerhaft während das andere Modell, in dem Dolmetscher:innen selbstständig agierten, die Informationen von Ärzt:innen und Patient:innen filterten und interpretierten (2002: 1295ff). Auch Bolden untersuchte die gedolmetschten Gespräche zwischen Ärzt:innen und Russisch sprechenden Patient:innen, wo sie festhalten konnte, dass Dolmetscher:innen ebenso aktiv handelten: Sie stellten zusätzliche Fragen, falls die Antwort von Patient:innen nicht ausreichte, sie adaptierten das Wissen von Patient:innen, und konnten es sinnvoll nutzen. So konnten auch ihre Fragen an Ärzt:innen präziser sein, was das Gespräch positiv prägte (2000: 396ff). Dies weist auf die Bedeutung erfahrener Dolmetscher:innen bei solchen Gesprächen hin, ähnlich wie bei Valero-Garces (2007: 35ff), welche im Rahmen einer Studie Gespräche ohne Dolmetscher:innen, mit Ad-hoc- und erfahrenen Dolmetscher:innen untersuchte. Sie weist darauf hin, dass Ad-hoc Dolmetscher:innen aufgrund des fehlenden Fachwissens und ihrer emotionalen Beteiligung, falls sie für Angehörigen dolmetschen, nur bedingt den Informationsfluss zwischen Patient:innen und Ärzt:innen wiedergeben konnten. Die Gruppe der erfahrenen Dolmetscher:innen hatten hingegen Strategien zur Umformulierung von Fragen, wenn sie Fachinhalte nicht verstanden, und baten um Aufklärung seitens Ärzt:innen, mit der Intention den Zweck ihres Einsatzes möglichst gut erfüllen zu können. Erfahrene Dolmetscher:innen werden in der vorliegenden Arbeit im praktischen Abschnitt ein Teil der Untersuchung.

Wenn in weiterer Folge die Spezifik des Dolmetschens thematisiert wird, muss in erster Linie festgehalten werden, dass das Gespräch in diesem Sinne als Triade aufgefasst werden kann (Allaoui 2005: 26f.). In Anlehnung an Weiss (1999) betont sie, dass dieser „Dialog zu dritt“ die Kommunikation sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann. Als positiv erweist sich die Möglichkeit der Verständigung, als negativ die indirekte Gesprächsführung mithilfe der Dolmetscher:innen. Darauf wird auch von Rásky et al. (2003: 111) hingewiesen, die die Meinung vertreten, dass Gespräche Infolge der Beziehung von Dolmetscher:innen länger werden und Dolmetscher:innen um einiges mehr sprechen als andere Aktanten. Dies kann zu Ungeduld oder Zeitdruck führen. Mit Verweis auf Bischoff (2001) betont Allaoui (2005: 27) dennoch, dass diese Kombination der Anwesenheit zweier Experten, nämlich Ärzt:innen und Dolmetscher:innen, die beide unmittelbar sprachlich auf die Patient:innen eingehen, eine bessere Kommunikation ermöglichen, denn so erlangen Patient:innen das Gefühl, einen hohen Stellenwert zu haben.

Angelelli (2004: 10) betrachtet gedolmetschte Gespräche als ein komplexes Phänomen, in dem gesellschaftliche und institutionelle Aspekte einen großen Einfluss haben. Neben Geschlecht, sozialem und wirtschaftlichen Status, sowie Volkszugehörigkeit und Nationalität

verweist sie auf kulturelle Aspekte. So betont sie auch (2012: 436), dass die Komplexität sich erhöht, wenn durch Dolmetscher:innen zwei kulturelle Gruppen miteinander in Verbindung gebracht werden müssen. So erweisen sprachübergreifende Kommunikationsereignisse, geprägt von Diagnosen, Krankheiten, Behandlungen, unterschiedlicher Wahrnehmung von Schmerz und Leid, durch kulturelle Unterschiede als besonders komplex. Umso wichtiger ist es, dass Dolmetscher:innen diese möglichst ausgleichen (Angelelli 2012: 436). Auch Bot (2015) unterstreicht die Rolle des kulturellen Aspektes und definiert die Notwendigkeit der Klärung der kulturellen Gegebenheiten in ihrer Arbeit wie folgt:

[...] Without some clarification of the cultural context in which the messages are exchanged, these can sometimes be perceived as “complete nonsense” by both the native healthcare worker and the foreign patient. (2015: 254)

So sehen Rásky et al. (2003: 111f.) die Aufgabe von Dolmetscher:innen als KulturvermittlerInnen darin, die Unterschiede zwischen den GesprächspartnerInnen herausfiltern und eine Lösung anbieten zu können. Auch wie Krankheiten bekämpft werden, wie sie verbalisiert werden, welche Erwartungen Patient:innen haben, ist sehr eng an kulturelle Gegebenheiten gebunden.

Cushing (2003: 40f.) verweist auf einen wichtigen Punkt im kulturspezifischen Dolmetschen: die nonverbale Kommunikation, die hilfreich beim Antizipieren und Interpretieren der Informationen ist, die Dolmetscher:innen mittels Dolmetschung weitergeben. Körperbewegungen, Augenkontakt aber auch sprachliche Konstruktionen wie „bitte“ und „danke“ ebenso wie die Form der Ansprache können helfen, Höflichkeit oder Unfreundlichkeit zu erkennen.

Durch Gesichtsausdruck und Gestik, aber auch Pausen im Gespräch, Tonlage, Emotionen, offenes oder verhaltenes Benehmen gewinnen Dolmetscher:innen zusätzliche Informationen und können somit ihre Dolmetschung anpassen (2003: 41).

Abschließend muss hier betont werden, dass die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person ein sehr anspruchsvolles Kommunikationsereignis ist und sich zu einem spannenden und interessanten Forschungsgegenstand entwickelt hat. Verschiedene Untersuchungen bezogen sich sowohl auf diskursanalytische als auch auf sprachliche Aspekte. Genauer werden Gespräche, insbesondere das Aufklärungsgespräch, aus translationswissenschaftlicher Sicht im dritten Kapitel der Arbeit erläutert. Dolmetscher:innen wurden in diesem Abschnitt nur indirekt erwähnt, und zwar aus der Perspektive „der dritten Person“ im Dialog. Nun wird im folgenden Abschnitt ihre Rolle als Hauptakteure dargestellt. Wie Dolmetscher:innen sich selbst sehen, welche Kompetenzen sie bei ihren Einsätzen an den

Tag legen müssen, welche Herausforderungen auf sie zukommen, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

### 5.3.2 Das Selbstbild von Dolmetscher:innen und ihre Rolle

Der Stellenwert von Dolmetscher:innen bzw. die Bedeutung ihrer Leistung beim Dolmetschen ist in der Dolmetschwissenschaft ein viel diskutiertes Thema. In zahlreichen Publikationen werden unterschiedlichen Sichtweisen dargestellt (siehe exemplarisch etwa Roberts 1997, Niska 2002, Angelelli 2004, Bot 2005 und Hsieh 2008). Es ist nicht möglich, in diesem Rahmen die breite Vielfalt an verschiedenen Rollentypologien umfassend darzustellen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit ein Modell, und zwar das von Hsieh (2007), detailliert aufgegriffen und andere zu Vergleichszwecken herangezogen.

Für Roberts (1997: 11) liegt der Fokus in der Tätigkeit von Dolmetscher:innen auf einem Wort: Hilfe. Für sie sind Dolmetscher:innen HelferInnen und könnten mit SozialarbeiterInnen verglichen werden. So bezeichnet Roberts Dolmetscher:innen auch als „cultural broker“, weil sie nicht nur auf sprachlicher, sondern auch auf kultureller Ebene agieren, denn Dolmetscher:innen gehören im sprachlichen Kontext aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes zu einem Kulturkreis. (1997: 12). Zudem bezeichnet sie Dolmetscher:innen auch als „Fürsprecher“ und begründet dies damit, dass sie in ihrer Tätigkeit als unterstützendes Bindeglied in der Kommunikation auftreten, „KundInnen“ vertreten und verteidigen (1997: 13) und sich vergewissern, dass Informationen richtig aufgefasst wurden (ibid.).

Eine ähnliche Sichtweise vertritt Niska (2002), der verschiedene Rollen von Dolmetscher:innen mittels einer Pyramide darstellt.

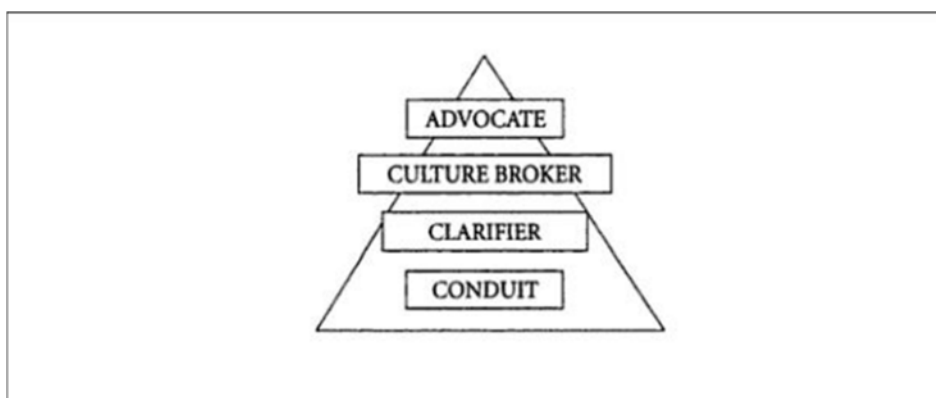


Abbildung 1: Niska's Rollenpyramide (2002: 138)

Niskas Modell basiert auf der klassischen Rollentypologie von Roy (1993:139), die die Rolle von Dolmetscher:innen je nach Ausmaß an Intervention durch die Dolmetscher:innen in vier Kategorien unterteilt:

1. Interpreters as helpers;
2. Interpreters as conduits;
3. Interpreters as communication-facilitators;
4. Interpreters as bilingual, bicultural specialists.

In Niskas Modell bildet die *Conduit*-Rolle die Basis der Pyramide. *Conduit* wird bei Niska in Anlehnung an Roy als jene Rolle verstanden, bei der Dolmetscher:innen ihre Rollen darauf beschränken, alles zu dolmetschen und wiederzugeben, gefolgt von einer Rolle als *clarifier*, mit dem Ziel für Verständigung zu sorgen und Unklarheiten zu beseitigen (2002: 138). Als *culture broker*, die nächste Stufe in der Pyramide, agieren Dolmetscher:innen mit Bedacht auf kulturelle Unterschiede. Letztlich folgt die *advocate*-Rolle, in deren Rahmen sich Dolmetscher:innen für die Patient:innen einsetzen und ihnen bei bürokratischen Angelegenheiten zur Seite stehen (2002: 139). Bot (2005: 257ff) hat sich ebenso mit dem Rollenbild der Dolmetscher:innen auseinandergesetzt und beschreibt in Ihrer Arbeit unterschiedliche Modelle. Als Erstes hebt Dolmetscher:innen als *translation machine hervor*, deren Aufgabe ist, eine gewisse Neutralität zu bewahren und eine äquivalente Dolmetschleistung zu liefern, ohne den Ausgang die Intention das Gespräch beeinflussen zu wollen. Des Weiteren betont sie die „*Interaktivität*“ der Dolmetscher:innen und ihre Fähigkeit, den Dialog durch ihre Entscheidungen, Emotionen sowie nonverbale Kommunikation lenken zu können. Neben einer *cultural mediator*-Rolle wo Dolmetscher:innen über die Kenntnisse der kulturellen Überzeugungen der Patient:innen verfügen, unterstreicht Bot die Rolle von Dolmetscher:innen, welche vor allem im psychologischen Setting auch als *co-therapist* agieren, um gemeinsam nach einer Lösung in der Behandlung zu suchen.

Auch Hsieh beschäftigte sich mit dem Rollenbild von Dolmetscher:innen, vor allem mit deren Selbstbild und unterstreicht, dass Dolmetscher:innen verschiedene Rollen annehmen müssen bzw. zwischen den Rollen wechseln, damit die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen komplikationsfreier verlaufen kann. (Hsieh 2008: 1368).

Im Rahmen einer einjährigen Studie untersuchte Hsieh (2008: 1369ff.) dabei die Rollen von Dolmetscher:innen aus deren eigener Perspektive. Beobachtet und interviewt wurden sechsundzwanzig Dolmetscher:innen, die insgesamt siebzehn Sprachen beherrschten. Der Fokus lag auf Beschreibungen und Definitionen, sowie der Verantwortung, welche Dolmetscher:innen bei der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person aus

eigener Sicht an den Tag legen. Die meisten beschrieben ihre Rolle in erster Linie als *conduit*, wo sie sich als VermittlerInnen zwischen den Kulturen sahen, Sie charakterisieren sich selbst als Roboter, die möglichst neutral agieren und „unsichtbar“ bleiben, während die Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person stattfindet. So betonten manche, einfach die Stimme der anderen GesprächspartnerInnen zu sein, ohne selbst neue Gesprächsinhalte einzubringen, die gleiche Tonlage der Sprechenden zu behalten, ohne Emotionen zu handeln. So betonten Dolmetscher:innen nicht nur verbale Information wiedergeben zu müssen, sondern alle Gesprächsinhalte, auch wenn diese für den einen oder den anderen Gesprächspartner vorgesehen waren. Sich in ihrer eigenen Rolle unsichtbar zu machen und hiermit die Wichtigkeit der Arzt-Patient Ebene zu unterstreichen, dies könnte als eine der wichtigen Eigenschaften der *conduit*-Rolle genannt werden. Wenn sie jedoch eine Ungerechtigkeit in der Interaktion Arzt-Patient sahen, so änderte sich ihre Wahrnehmung und sie übernahmen eine *advocate*-Rolle.

In einer *Advocate*-Rolle verstehen Dolmetscher:innen sich als Ermächtigung der Patient:innen mittels Dolmetscher:innen ihre Meinung zu äußern, wenn sie keine faire Gesundheitsleistung bekommen. So agieren die Dolmetscher:innen in diesem Fall als Verteidiger der Patient:innen. Dabei ist anzumerken, dass diese Rolle im Widerspruch zur *conduit* Rolle steht, wo Dolmetscher:innen möglichst unscheinbar bleiben sollen.

Die *advocate*-Rolle wird vor allem von drei Ausprägungen gekennzeichnet, welche die kommunikative Ermächtigung der Patient:innen auf unterschiedliche Art und Weise darstellen, wie Hsieh in ihrer Arbeit anmerkt. So wird die erste Ausprägung als *overt advocate* angeführt, in der Dolmetscher:innen im Auftrag von Patient:innen agieren, nach Informationen und Antworten suchen, ohne die Patient:innen zu integrieren. So findet das Gespräch auf der Ebene ÄrztIn-DolmetscherIn statt und es entsteht folglich eine gewisse Autonomie des Letzteren, welche sich nicht immer als positiv erweist, denn Dolmetscher:innen werden dadurch sichtbar bzw. fühlen sich gezwungen, in die Rolle der Patient:innen übernehmen zu müssen. Agieren Dolmetscher:innen als *covert advocat* ermächtigen sie Patient:innen, die *advocat*-Rolle zu übernehmen und ihnen verschiedene Handlungsmöglichkeiten naheulegen. So weisen Dolmetscher:innen darauf hin, welche Fragen gestellt und Informationen erfragt werden können. Nachdem dies nicht in Anwesenheit der Ärzt:innen geschieht, können Dolmetscher:innen ihre Neutralität bewahren. Darüber hinaus können DolmetscherInnen im Gespräch Patient:innen Hinweise geben, das Gespräch lenken, an vorab Besprochenes erinnern, falls etwas zu besprechen wäre. Dadurch wird die aktive Teilnahme der Patient:innen am Gespräch gewährleistet und sie können besser aufgeklärt werden. Die dritte Ausprägung der

*advocate*-Rolle Anwendung wird der *conduit*-Rolle angeglichen, in der Dolmetscher:innen davon ausgehen, dass Patient:innen eigenständig handeln können und sie ihre Unsichtbarkeit behalten.

Die *manager*-Rolle ist aus der Sicht der Dolmetscher:innen eine dritte Möglichkeit im kommunikativen Ereignis *ÄrztIn-PatientIn-Gespräch* zu agieren. Einige der interviewten Dolmetscher:innen berichteten, sie müssten sich entscheiden, welchen Lauf das Gespräch nehmen soll, um die medizinische Qualität zu gewährleisten und wie sie dieses Ziel erreichen können (Hsieh 2008: 1375ff). Weiters wurden von Hsieh drei kommunikative Varianten der *manager-Rolle* beschrieben. Als Erstes kommt die Handlung zwecks Ressourcenersparnis. Es wird berichtet, dass sich die Rolle der Ärzt:innen und der Dolmetscher:innen überschneiden. Zum Einen, indem die Dolmetscher:innen als Co-Diagnostiker agieren und zum anderen, weil sie durch die Überlegungen, welche Informationen wo anwendbar sein können, selektieren. Sie kennen die Patient:innen, sind mit ihrer Krankengeschichte vertraut oder erfragen diese im Voraus, bevor die Ärzt:innen an der Reihe sind. So können Dolmetscher:innen auch die Länge des Gesprächs steuern. Zudem nehmen Dolmetscher:innen Rücksicht auf ethische Aspekte, indem sie rechtzeitig einen Ausdruck von Emotionen, Tonlage, etc. erkennen, die Situation entschärfen und das Gespräch lenken können. So können Unannehmlichkeiten beseitigt werden. Die *manager* Rolle wird im Gewährleisten des optimalen Informationsaustausches gesehen. Dies bedeutet, dass Dolmetscher:innen Informationen vor der Wiedergabe modifizieren müssen, um das optimale Verständnis zu ermöglichen. Wie bereits festgestellt wurde, können die Aktanten zu unterschiedlichen kulturellen und sozioökonomischen Gruppen gehören, umso wichtiger ist es optimale Bedingungen zu schaffen, damit nicht kulturell determiniertes Verhalten unter anderem als Beleidigung missverstanden wird.

Als Letztes beschäftigt sich Hsieh mit der Rolle des *professional*. Hier betonen die befragten Dolmetscher:innen, dass es nicht ausreichend sei nur zweisprachig zu sein, sondern es gehört aus ihrer Sicht auch Professionalismus dazu. Manche identifizierten sich als *professional* und äußerten den Wunsch aus, auch als solche gesehen zu werden, ohne von anderen kontrolliert zu werden. Damit dies auch geschehen kann, müssen Dolmetscher:innen gewisse Strategien an den Tag legen. Im Falle eines Missverständnisses oder einer Unverständlichkeit, würden sie das Gespräch unterbrechen und darauf hinweisen, denn das Ziel ist, Qualität zu bewahren. Für ein anderes strategisches Vorgehen verwendet Hsieh (2008: 1381) den Ausdruck *false fluency*. In diesem Fall versuchen die Dolmetscher:innen das, was sie nicht verstanden haben oder fehlerhaft gedolmetscht haben, zu verbergen und schnell zu reagieren, was ihre Rolle als *professional*, wo sie das rechtzeitig erkennen, bestätigt.

Zusammenfassend lässt sich zu dem umfangreichen Thema des Dolmetschens bei der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person festhalten: es gibt verschiedene Vorstellungen, welche Rolle Dolmetscher:innen einnehmen sollten; und: auch in der Praxis stimmen allgemeine Vorstellungen nicht immer mit dem konkreten Rollenverhalten überein. Unumstritten ist, dass sie ein wichtiger Teil der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person sind und ihre Kompetenzen unter Beweis stellen müssen. Welche Kompetenzen und Anforderungen Dolmetscher:innen haben sollten und welche Herausforderungen auf sie zukommen, wird im nächsten Unterabschnitt erläutert.

Kompetenzen von Dolmetscher:innen Kompetenzen von Dolmetscher:innen sind in der vorliegenden Arbeit als wichtiger Aspekt zu betrachten. Im empirischen Teil wird im Rahmen der durchgeführten Interviews auch auf die Kompetenzen von Dolmetscher:innen eingegangen. Angelelli (2014) definiert den Begriff „Kompetenz“ wie folgt: “A competency is the capability to apply or use a set of related knowledge, skills, and abilities required to successfully perform ‘critical work functions’ or tasks in a defined work setting.” (Angelelli (2014: 86)

Laut Pöchhacker (2007) werden für das CI die gleichen allgemeinen Kompetenzen wie das Konferenzdolmetschen benötigt. Mit dem Thema „Anforderungen und Kompetenzen“ beschäftigte er sich in einer Umfrage, in deren Rahmen 630 MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens in Wien zu diesem Thema befragt wurden. Das von ihm anhand der Ergebnisse erstellte Modell beschreibt die an Dolmetscher:innen gestellten Anforderungen im medizinischen Setting. So wird aus diesem zylinderförmigen Modell ersichtlich wie die Kompetenzen Schritt für Schritt aufgebaut werden können. Pöchhacker vertritt die Meinung, dass die Beherrschung von mindestens zwei Sprachen zwar eine Notwendigkeit darstellt, allerdings nicht ausreicht. Er spricht von einer translatorischen Kompetenz, die aus der Sprach-, und Kulturkompetenz hervorgeht, die auch als Basiskompetenzen gelten. Die Transferkompetenz, die als Fähigkeit gekennzeichnet wird, bestimmte Informationen übertragen zu können, wird der translatorischen Kompetenz zugezählt. Hinzu muss erwähnt werden, dass das professionelle Verhalten ebenso zu der translatorischen Kompetenz zählt, genauso wie Berufsethik und Rollenverhalten (2007: 44).

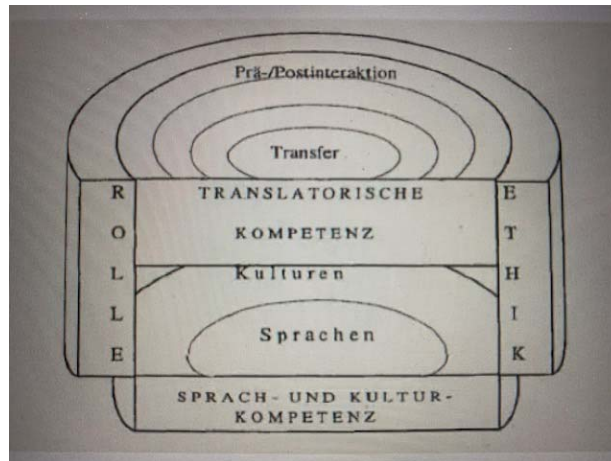


Abbildung 2: Kompetenzanforderungsmodell nach Pöchhacker (2001:23)

Diese Studie zeigte auch, dass für zwei Drittel aller Befragten *Neutralität*, die allerdings keine eigene Kompetenz wäre, dennoch ein Teil der Berufsethik ist, einen hohen Stellenwert hatte. Dies bedeutete, dass Dolmetscher:innen ausschließlich zur Vermittlung von Informationen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, ohne ihre eigene Meinung und Stellungnahmen abzugeben, sowie als BeraterInnen oder Privatpersonen zu fungieren.

Barkowski (2007) beschäftigt sich in ihrer Arbeit ebenso mit Kompetenzen von professionellen Dolmetscher:innen, wo sie ausführlich darüber berichtet und diese auch tabellarisch zusammenfasst. Wie auch Pöchhacker ist sie der Meinung, dass Dolmetscher:innen auch eine gewisse Distanz zu den GesprächspartnerInnen beibehalten sollten, indem sie keine privaten Gespräche führen und auch keine Ratschläge geben und ihre eigene Meinung nicht äußern. Ihre Aufgabe besteht darin, den vollständigen Inhalt den Ärzt:innen und Patient:innen zu dolmetschen, ohne etwas auszulassen oder nicht zu erwähnen. (2007: 72ff.). Sie bezieht sich in ihrer Arbeit auf Wadensjö (1992), die puncto Neutralität die gleiche Meinung vertritt. Des Weiteren erläutert Barkowski die *Koordinationskompetenz* (2007: 75ff.) als Kompetenz, das Gespräch koordinieren zu können. Sie weist darauf hin, dass diese Kompetenz aufgrund der möglichen Anwesenheit von Angehörigen und der persönlichen Faktoren des Gesprächs eine enorme Bedeutung hat. Da in diesem Fall die gewöhnlichen Diskursregeln im Sinne einer Interaktion zwischen zwei Personen nicht zur Anwendung kommen können, haben die GesprächspartnerInnen mitunter Schwierigkeiten z.B. die Länge des Gesagten oder die Übernahme der Sprecherrolle abzuschätzen. In Anlehnung an Prince (1986: 278f.) erklärt sie fünf Turns im gedolmetschten Gespräch, während das normale Gespräch nur zwei Turns aufweist. Es beginnt mit der „Initiation“, in der Ärzt:innen eine Frage stellen, woraufhin eine Dolmetschung erfolgt (Translation of the Initiation). Diese Frage wird in weiterer Folge

beantwortet (Response) und die Beantwortung der Frage wird ebenso gedolmetscht (Translation of the Response). Darauf folgt ein sogenanntes „Follow Up“ – eine weitere Frage wird gestellt bzw. die Patient:innen sprechen weiter. An dieser Stelle müssen Dolmetscher:innen den Verlauf und die Koordination des Gesprächs übernehmen. Durch verbale und nonverbale Mittel übernehmen Dolmetscher:innen die Koordination, behalten den Überblick und beeinflussen das Gespräch. Barkowki unterstreicht die Rolle der Dolmetscher:innen und ihre Koordinationskompetenz im letzten Turn, vor allem in emotionalen Situationen, in denen das Gespräch einen chaotischen Verlauf nehmen kann und Dolmetscher:innen zwischen den GesprächspartnerInnen agieren und kommunikative Hindernisse überwinden müssen.

In weiterer Folge wird von Barkowski eine dritte Kompetenz „*medizinisches Hintergrundwissen und Fachvokabular*“ genannt. (2007:76ff). In Anlehnung an eine Untersuchung von Mendoza/Spampinato (1979), welche anhand einer Befragung von vier MedizinDolmetscher:innen das Fachwissen an der zweiten Stelle der wichtigsten Fachkompetenzen fanden, streicht auch Barkowski die Wichtigkeit des Fachwissens hervor. Unter Fachwissen versteht sie die Beherrschung der Fachausdrücke der Anatomie und dem medizinischen Bereich im Allgemeinen in der Mutter-, sowie der Fremdsprache. Außerdem betont sie auch, dass eine Ausbildung im medizinischen Bereich für Dolmetscher:innen vorteilhaft wäre, denn sie würde helfen, den Kontext und den Inhalt des Gesprächs besser zu verstehen, denn Dolmetscher:innen müssen mit den Fachausdrücken vertraut sein, um sie an die Patient:innen weitervermitteln zu können (vgl. *ibid*: 76). Aus der Sicht Barkowskis sollten Dolmetscher:innen diese Begriffe als Schlüsselbegriffe übernehmen und nicht sofort in einer einfachen Form an die PatientInnen weitergegeben sollten. Dies wird damit begründet, dass komplexe Information durch die Vereinfachung verloren gehen kann bzw. nur teilweise erhalten bleibt. Mit Verweis auf Wadensjö (1998) betont Barkowski im Falle eines unbekanntes Fachterminus die Notwendigkeit der Nachfrage bei Ärzt:innen oder Patient:innen, wobei eine genaue Übermittlung der Information von Ärzt:innen zu Patient:innen nicht außer Sicht gelassen werden darf.

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass sowohl Barkowski (2007) als auch Meyer (2004) davon überzeugt sind, dass das medizinische Fachwissen und die ärztlichen Fachausdrücke falls nötig an die gedolmetschten Situationen, sowie HörerInnen (Patient:innen) angepasst werden müssen. Hier tragen Fachkenntnisse und das medizinische Wissen dazu bei, dass die Dolmetschung glatt und unproblematisch verläuft. Auch von Pöchhacker (2007: 249)

erzielte Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten *gründliche medizinische Fachkenntnisse* als wichtig beurteilten was einen Spitzenwert von 53 % verschaffen konnte.

Als vierte Fachkompetenz führt Barkowski „*institutionelles Hintergrundwissen*“ an (2007:78) An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass es sich hier in erster Linie um bestimmte Kenntnisse und Wissen über eine medizinische Einrichtung, sowie deren Abläufe und interne Prozesse handelt. Es geht darum, welche Aufgaben und Ziele diese oder jene medizinische Einrichtung verfolgt und wie ihr Handlungssystem aufgebaut ist. Daraus lässt sich schließen, dass es nicht unbedingt mit dem im Studium oder durch ärztliche Tätigkeit erworbenen medizinischen Wissen von Ärzt:innen zu tun hat. Auch Meyer (2004:36) betont, dass neben Handlungsprozessen, die sprachliche Komponenten beinhalten, auch andere Tätigkeiten wie Pfllegetätigkeit, Arbeiten an medizinischen Geräten für die Dolmetscher:innen in ihrer Tätigkeit von großer Bedeutung sind.

Neben allen oben erwähnten Fachkompetenzen sollte noch eine nennungswerte Fachkompetenz kurz erläutert werden – „*interkulturelle Fachkompetenz*“. Barkowski führt in ihrer Arbeit an, dass „das Wissen bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der fremden und der eigenen Kultur beim Dolmetschen im Krankenhaus von großer Bedeutung ist“. (Barkowski 2007: 84f.). Bezugnehmend auf Volkmann et al. (2002) berichtet sie über die notwendige Sensibilität von Dolmetscher:innen für Beziehungsstrukturen: Wie die Beziehungsebene zwischen den Geschlechtern aussieht, sowie die Notwendigkeit eines Wissens auf der Verhältnisebene zwischen Individuum und Gemeinschaft in der fremden Kultur; als auch Sensibilität bei den Ritualen und Konventionen: Heirat, Geburt, Mimik, Gestik, Körperhaltung. Weiteres führt sie auch die Sensibilität zu Weltwahrnehmung an, darunter versteht sie die Einstellung zur körperlichen Nähe, Essgewohnheiten, Natur, Geschmack, etc. Auch Cushing (2003: 38) spricht von unterschiedlichen kulturell geprägten Konzepten bezüglich Krankheit und Gesundheit, vor allem wenn es sich um Einstellungen zu solchen Themen wie Tod, Sexualverhalten, Schwangerschaft und Geburt handelt. So führt Barkowski (2007: 85) weiter an, dass wenn eine ÄrztIn kulturell geprägte Begriffe zur Anwendung bringt, Dolmetscher:innen diese auch den Patient:innen erklären können bzw. ein medizinisch korrektes Erklärungsschema finden müssen, denn das hilft, die Erkrankung und das Problem besser zu verstehen.

Hier finden sich Parallele auch mit dem oben erwähnten Model von Pöchhacker (2007: 249), wo Kulturkompetenz als eine Grundlage gilt. Hier soll festgehalten werden, dass 54 % der Befragten ein gründliches Verständnis der Fremdkultur als wichtig einstufen.

An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass die von Patient:innen an Ärzt:innen gestellten Erwartungen ebenso kulturbedingt sind, denn in manchen Kulturen darf die Autorität der Ärzt:innen nicht hinterfragt werden. In diesem Fall ist es die Aufgabe der Dolmetscher:innen die Ärzt:innen darauf aufmerksam zu machen und infolgedessen Patient:innen damit zu unterstützen, eine weitere Erklärung zu verlangen bzw. die Notwendigkeit einer Nachfrage zu unterstreichen (Barkowski 2007: 86). Weiters sollen Ärzt:innen durch Dolmetscher:innen auf ein kulturspezifisches Verhalten verwiesen werden, damit keine Missverständnisse entstehen. So wird Blickkontakt oder Händedruck von einem männlichen Arzt mit einer Patientin als unstatthaft gesehen. Umgekehrt kann es sein, dass weibliche Ärzt:innen von männlichen Patienten des islamischen Glaubenskenntnisses nicht akzeptiert werden (ibid.)

Der zweite theoretische Teil der Arbeit widmet sich dem Thema „Medizintourismus“, sowie der Lage um den Medizintourismus in Österreich. Hier wird dargestellt mit welchen Erkrankungen bzw. Krankheitsbildern ausländische Patient:innen nach Österreich kommen, wie dieses statistisch am Beispiel einer Privatklinik in Wien aussieht. Zudem werden auch Gründe genannt, warum Österreich als Behandlungsland ausgewählt wird und Tätigkeit von Dolmetscher:innen als OrganisatorInnen und VermittlerInnen näher erklärt.

## **6 Ziel der Reise- Medizintourismus**

Wenn Menschen krank werden, suchen sie nach Wegen und Möglichkeiten so schnell als möglich wieder gesund zu werden, um ein Leben ohne weitere gesundheitliche Einschränkungen zu führen. Es ist davon auszugehen, dass heutzutage nahezu in allen großen Gesellschaften die Meinung vertreten ist, dass im Falle einer Erkrankung es Möglichkeiten und auch Freiheiten gibt, Fachleute zu kontaktieren, auch wenn diese in einem anderen Land zu finden sind, auch trotz sprachlicher oder finanzieller Unterschiede und Barrieren. So bürgerte sich in den letzten 20 Jahren ein Phänomen namens „Medizintourismus“ ein, welcher ein Teil des „Gesundheitstourismus“ ist und im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit genauer aufgearbeitet wird. Einleitend darf nun ein kurzer Überblick über das Feld des Gesundheitstourismus und seine Untergruppen gegeben werden.

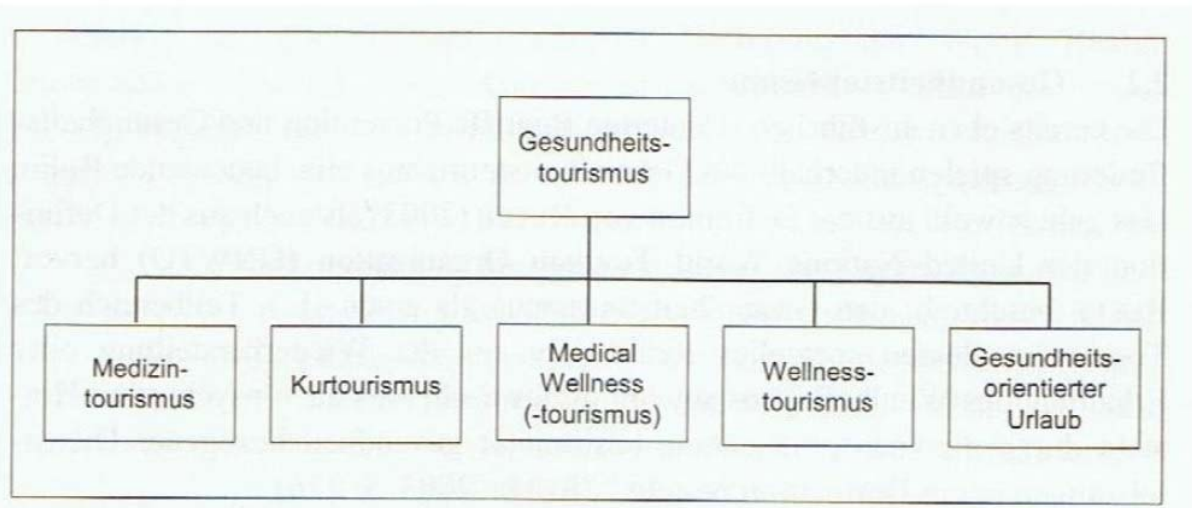
### **6.1 Definition und Arten des Gesundheitstourismus**

Wenn von dem Begriff Gesundheitstourismus gesprochen wird, so stößt man auf viele verschiedene Definitionen, je nachdem, wer gerade diesen Begriff zu definieren versucht. Ärzt:innen, GesundheitsförderInnen, oder WirtschaftsexpertInnen setzen ihre jeweiligen Schwerpunkte auf verschiedene Aspekte. Illing (2009: 3) formuliert Gesundheitstourismus als „Reisen aus gesundheitlichen Gründen. Die Welttourismusorganisation führt wie folgt eine weitere Definition an:

Tourism associated with travel to health spas or resort destinations where the primary purpose is to improve the traveller's physical well-being through a regimen of physical exercise and therapy, dietary control, and medical services relevant to health maintenance (Gee & Fayos-Sola 1997:381).

So wird aus dieser Definition ersichtlich, wie komplex dieser Begriff sein kann. Illing (2009: 6) erwähnt zwei Beispiele, die nicht mit dem Gesundheitstourismus in Verbindung gebracht werden können: medizinische Notfälle im Ausland, die nicht vorhersehbar waren, oder die Situation, dass TouristInnen, welche schon krank sind, eine Reise antreten, ohne Beabsichtigung ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass Gesundheitstourismus ein dynamischer Markt komplexer ist, der sich in ständiger Entwicklung befindet. (Rulle et al. 2010: 3ff.). So hat die United Nations World Tourism Organization den Gesundheitstourismus als eine eigenständige Sparte bezeichnet und anerkannt. Die Übersicht unten zeigt alle Teilbereiche, die diesem Bereich untergeordnet werden können.



**Abbildung 3: Gliederung des gesundheitstouristischen Marktes nach Rulle et al. (2010:6)**

So ist anhand der graphischen Darstellung ersichtlich, dass Gesundheitstourismus als Überbegriff in der Tourismusbranche dient. Aus ihm ergeben sich Teilbereiche, welche sich in folgende Kategorien unterteilen: Medizintourismus, Kurtourismus, Medical Wellness, Wellnesstourismus und gesundheitsorientierter Urlaub.

*Kurtourismus* wird meistens als traditioneller Gesundheitstourismus betrachtet. Sein Ziel ist eine Vorbeugung von Krankheiten oder die Behandlung chronischer Erkrankungen mithilfe der dort zur Verfügung gestellten Optionen, zB. Heilbäder, aber auch Rehabilitation nach einem Trauma bzw. Unfall (Rulle et al 2010:7ff.).

Das Ziel eines *gesundheitsorientierten Urlaubs* ist nach Rulle et al. (2010: 14) vorwiegend Entspannung und Erholung und nicht die Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit. Dieser ist als eine Untergruppe des Erholungstourismus zu betrachten.

Als nächster Unterbereich der graphischen Darstellung kommt *Medical Wellness*, ein Bereich der erst Ende der 90iger Jahre in Mode kam. Es soll erwähnt werden, dass dieser Begriff aus dem Amerikanischen kommt und kaum definierbar ist. Es bedeutet ein Zusammenspiel von Wellness und medizinischen sowie therapeutischen Schritten zwecks Vorsorge und Aufrechterhaltung des allgemeinen Wohlbefindens sowie der Behandlung chronischer Krankheiten mit dem Beibehalten des Urlaubsgefühls (Rulle et al. 2010:10 ff.).

Wenn von *Wellnesstourismus* gesprochen wird, so kommt an erster Stelle das Wohlgefühl bzw. Wohlbefinden eines Menschen, in dem sich derjenige/diejenige aus seiner/ihrer eigenen Initiative und Verantwortung in einen Wellnessurlaub zwecks Unterstützung seiner/ihrer Gesundheit begibt. In diesem Sinne kann behauptet werden, dass sich Wellnesstourismus in der Regel an gesunde Menschen richtet, die zu ihrer Gesundheit

etwas beitragen wollen. Hier geht es um zwei mögliche Varianten des Wellness-tourismus: zum einen Fitness, gesunde und ausgewogene Ernährung sowie den Aufbau einer gewissen Stressresistenz und zum anderen die Erholung und Entspannung mit meditativen Elementen, was den Zweck dieser Art von Gesundheitstourismus auch erfüllt (Rulle et al. 2010:8f.).

## **6.2 Medizintourismus: Definition und Entstehung**

Wie bereits oben erwähnt, ist der Begriff „Gesundheitstourismus“ als Überbegriff zu betrachten und Medizintourismus wird als Unterbegriff des Letzteren angesehen. Carrera et al. (2006: 447) definieren den Medizintourismus als „organised travel outside one’s natural health care jurisdiction for the enhancement or resoration of the individual’s health through medical intervention“. So legt diese Sichtweise den Fokus auf diejenigen, die sich zwecks eines Eingriffs oder einer therapeutischen Behandlung auf den Weg ins Ausland machen. Eine andere Gruppe von Reisenden, die sich zwecks Durchuntersuchungen, Abklärung oder Vorsorgeuntersuchungen ins Ausland begibt, wird manchmal ausgenommen. Diese werden eher als Zielgruppe des herkömmlichen Tourismus gesehen, dessen Ziel Wellness und Erholung ist. In diesem Sinne definieren Ehrbeck et al. (2008:2) die Gruppe der „medical travelers“, Reisende, die primär und explizit für eine medizinische Behandlung ins Ausland reisen.

Auch Rulle et al. (2010:6) beschreiben Medizintourismus als „grenzüberschreitenden Verkehr von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen eine medizinische Dienstleistung im Ausland in Anspruch nehmen“. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass Medizintourismus in erster Linie mit kranken Menschen in Verbindung gebracht wird, wobei Patient:innen in diesem Kontext selbst die Kosten für medizinische Behandlungen tragen.

Der Begriff „Medizintourismus“ wurde zwar in den letzten Jahrzehnten verstärkt zur Anwendung gebracht, beschreibt aber dennoch ein Phänomen, das seit Jahrtausenden existiert und auch historisch belegt wird. Bereits die alten Zivilisationen hatten die therapeutische Wirkung von Thermalquellen und Tempelbädern erkannt. Ca. 4000 v. Chr. wurden die ersten Gesundheitseinrichtungen um die Thermalquellen gebaut (vgl. health-tourism 2023).

Die alten Griechen legten als Erste den Grundstein für ein umfassendes Netzwerk im Bereich des Medizintourismus und errichteten zu Ehren ihres Gottes der Medizin, Asklepios, den ersten Asklepia-Tempel, welcher zu den ersten Gesundheitszentren der Welt gehörte. So reisten viele Menschen zu diesen Tempeln, um Heilung von ihrem Leiden zu erhalten (vgl. health-tourism 2023).

In weiterer Folge muss auch festgehalten werden, dass auch die Renaissance eine Zeitepoche war, in der der Medizintourismus florierte. Es wurden eisenreiche Thermalquellen in Frankreich entdeckt, aufgesucht von Persönlichkeiten wie Peter dem Großen oder Victor Hugo. Die Elite Europas entdeckte römische Bäder und strömte in die Schweiz, Deutschland und Frankreich, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu verbessern (vgl. health-tourism 2023).

Im 20. Jahrhundert waren es die USA und Europa, die zu Zentren der Gesundheitsbranche wurden. Medizinische Reisen und Dienste waren in dieser Zeit die Prerogative der Reichen. Das ABMS (American Board of Medical Specialties) wurde gegründet und entwickelte eine Bildungs- und Berufspolitik, die zum Goldstandard auf der ganzen Welt wurde. In den 1980iger und 1990iger Jahren begannen amerikanischen Patient:innen aufgrund der hohen Kosten für Behandlungen, für Herz-, Augen-, und Schönheitsoperationen in andere Länder zu reisen. Thailand, Singapur und Indien wurden aufgrund der JCI (Joint Commission of Accreditation) Akkreditierung schnell zu Zentren für Schönheitschirurgie (vgl. health-tourism 2023).

In diesem Sinne muss festgehalten werden, dass Medizintourismus, wie anhand dieses kurzen historischen Rückblicks ersichtlich, eine lange Tradition hat, die Jahrtausende zurückliegt. Nun möchte ich, nachdem der Begriff des „*Medizintourismus*“ definiert wurde, mich einem anderen Punkt widmen: Welche Patient:innentypen es gibt und welche Motive Patient:innen haben, um eine Reise zwecks medizinischer Behandlung zu unternehmen.

### **6.3 Motive für medizinisch motivierte Reisen**

Zu Beginn muss festgehalten werden, dass Motive für medizinische Reisen sehr unterschiedlich und sehr individuell sind. Rulle et al. (2010:6) vertreten die Meinung, dass es sich in erster Linie um Erwartungen und persönliche Wünsche handelt, weshalb eine Reise unternommen wird. Wie aus den oben angegebenen Definitionen zu entnehmen ist, ist der Grund vor allem eine Heilung bzw. Behebung eines gesundheitlichen Leidens.

Mithilfe der unten angeführten Abbildung ist ersichtlich, dass Patientenströme heutzutage rund um die Welt zu beobachten sind. Wenn es früher, von der Antike bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts, wie oben erwähnt, bestimmte Destinationen gab, so ist der Medizintourismus in der modernen Zeit ein Phänomen der rund um den Globus zu beobachten ist.

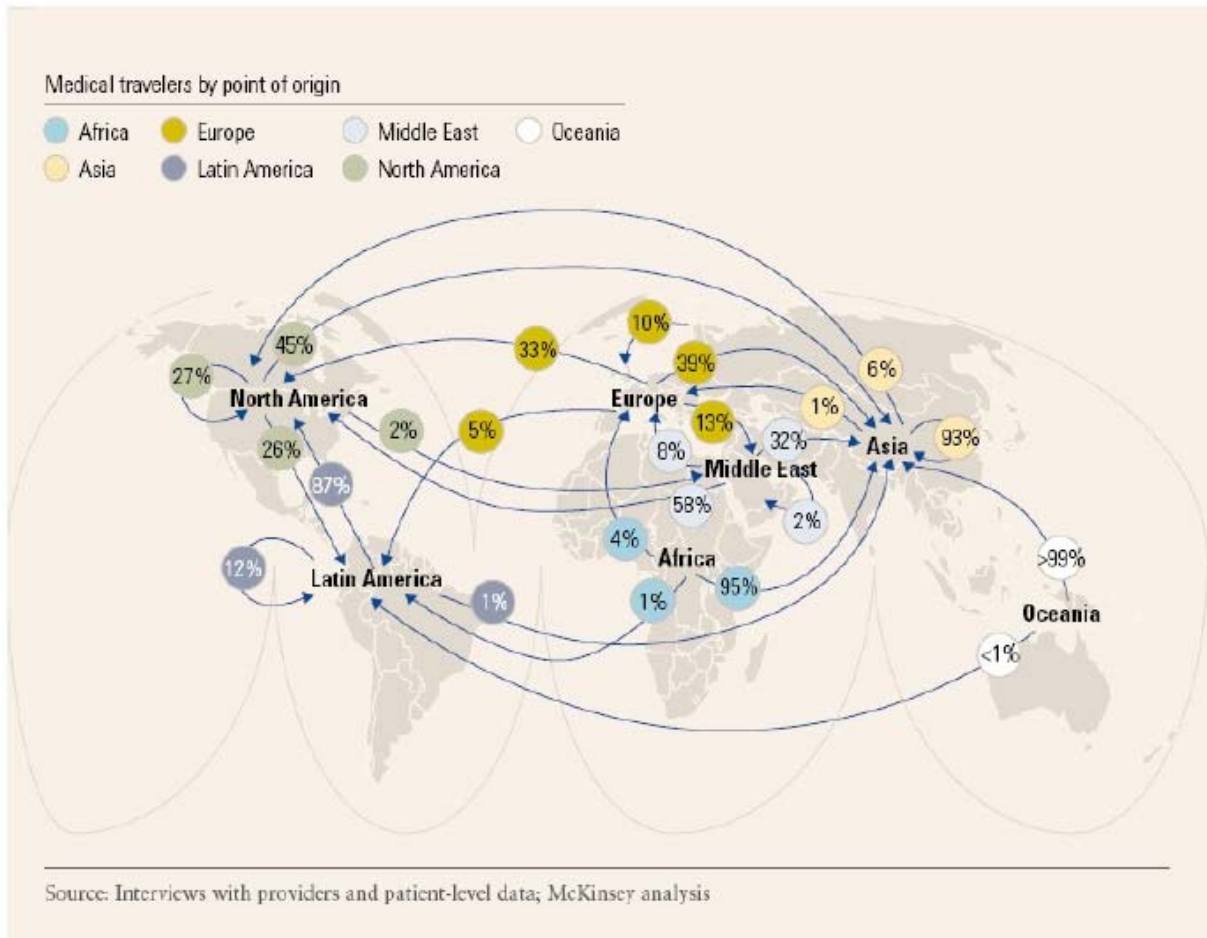


Abbildung 4: Patient:innenherkunft international nach Ehrbeck/Guevara/Mango (2008: 5)

An dieser Stelle ist es zu erwähnen, dass nach Sigrist und Fenner (2009: 5) die Herkunft der Medizintouristen sowohl aus Ländern mit hohem als auch niedrigem Wirtschaftspotenzial zu beobachten ist und die Gründe dafür sehr unterschiedlich sein können. Iacono (2021: 4) verweist in ihrer Arbeit auf Berg (2008) und erwähnt folgende Gründe, aus denen Patient:innen nach einer Lösung für medizinische Behandlungen im Ausland suchen. Die Qualität der medizinischen Leistungen, die im Ausland hochwertiger erscheint, zweitens ist es die Mobilität innerhalb der Europäischen Union. Weitere Gründe dafür sind Bestrebungen von Kliniken und Gesundheitszentren zur Erhöhung der Rentabilität sowie Unzufriedenheit und Mängel der medizinischen Betreuung im Heimatland, als auch das lange Warten auf chirurgische Eingriffe zu verkürzen, die dazu führen, dass andere Lösungen gesucht werden (ibid.).

2008 wurde von Ehrbeck et al. eine Studie im Bereich des Medizintourismus durchgeführt, in der Gründe für die medizinische Betreuung im Ausland untersucht wurden. Es stellte sich heraus, dass 40 Prozent alle Befragten, die sich behandeln lassen wollten, in erster Linie nach modernen Technologien suchte und dies als Grund nannten. 32 Prozent der

Befragten wollten eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung. 15 Prozent suchten nach einer schnellen Lösung in Bezug auf medizinische Leistungen, 9 Prozent bzw. 4 Prozent suchten nach niedrigeren Preisen für akute bzw. zusätzliche Behandlungen.

Nach Berg (2008: 171) können zwei Erscheinungsformen des Medizin-, bzw. Patiententourismus unterschieden werden: qualitäts- und prestigeorientierter Tourismus und kostenorientierter Tourismus. Der ersten Kategorie werde Patient:innen untergeordnet, die ihre Behandlung, sowohl ambulant als auch stationär, in den skandinavischen Ländern, den USA, Deutschland, Österreich und der Schweiz erhalten. Berg unterstreicht auch, dass viele wohlhabende Patient:innen bewusst die oben genannten Länder für ihre medizinische Reise aufsuchen, weil diese nicht zuletzt eine lange Tradition im medizinischen Bereich haben. An dieser Stelle wäre zu erwähnen, dass diese Gruppe auch hohe Ansprüche und Erwartungen an das Fachpersonal, Ärzt:innen und Spitäler im Allgemeinen stellt. Patient:innen aus bestimmten Kulturkreisen entscheiden sich auch deshalb für eine Behandlung im Ausland, weil ihr Status dies vorgibt (ibid.) Es muss an dieser Stelle auch festgehalten werden, dass genau diese Gruppe im empirischen Teil untersucht wird – Patient:innen aus Russland und der Ukraine<sup>1</sup>, die sich eine Behandlung bzw. Operation an einer Wiener Klinik wünschen und auch leisten können. Sie haben sich im Vorfeld in ihrem Freundeskreis erkundigt oder haben entsprechende Empfehlung erhalten und haben daher auch eine dementsprechend hohe Erwartungshaltung und Anforderungen an alle Beteiligten.

Die zweite Kategorie nach Berg (2008: 171) umfasst eine Gruppe von Patient:innen aus den USA oder Westeuropa, die sich umgekehrt in Drittländer zwecks medizinischer Betreuung begeben, weil die Kosten in ihren Heimatländern in die Höhe gehen und sie nach einer billigeren Lösung suchen.

#### **6.4 Typen von Patient:innen**

Wie oben bereits erwähnt, gibt es unterschiedliche Beweggründe und Motive für Patient:innen eine Gesundheitsreise zu unternehmen. Diese Gründe können ebenso in einer Typologie erfasst werden, wie dies Iacono (2021) in ihrer Arbeit in Anlehnung an Berg (2008) versucht. In diesem Fall wird angenommen, dass Patient:innen selbst die Kosten ihrer Behandlungen tragen oder eine Krankenversicherung die Kosten deckt (Iacono 2021:34).

---

<sup>1</sup> Während des Verfassens der MA-Arbeit hat sich die Situation aufgrund des Krieges verändert.

Diese Beweggründe können wie folgt untergliedert werden:

- Präventive Nachfrage – Patient:innen handeln proaktiv im Rahmen einer gesundheitlichen Prävention
- Kurative Nachfrage – für die Behandlungen aufgrund einer bestehenden Erkrankung ambulant oder stationär bzw. eine alternative Behandlung
- Rehabilitative Nachfrage – postkurative Behandlung, welche in der Regel von TherapeutInnen, Ärzt:innen, etc. in einem Rehabilitationszentrum erfolgt
- Nachfrage einer Pflege – permanente Betreuung der Patient:innen in einem pflegebedürftigen Zustand.

In Anlehnung an Juszczak und Ebel (2009), welche Bedürfnisse von Patient:innen nach Berg noch ergänzen und das medizinische Angebot berücksichtigen, erwähnt Iacono (2021: 35) in ihrer Arbeit folgende Kategorien:

1. *MedizintouristInnen* – Hauptzweck sind medizinische Eingriffe im Ausland, Kliniken, die ein umfassendes Behandlungsangebot anbieten, keine Zusatzleistungen für Angehörige
2. *Low-Care Patient:innen* – eine schnelle Behandlung im Krankenhaus mit einer unmittelbar danach folgenden Entlassung mit der Möglichkeit einer weiteren Versorgung im Spital
3. *GesundheitstouristInnen* – Check-up Untersuchungen, präventive Maßnahmen
4. *Medical-Wellness.TouristInnen* – Wellnessprogramme im Hotel, Ausüben eines gesunden Lebensstils, mögliche medizinische Behandlungen
5. *Business-Health-TouristInnen* – Arbeitgeber ermöglicht einen Check-up bzw. präventive Untersuchungen, inkl. Leistungen außerhalb des Spitals
6. Reha-Patient:innen sowie Angehörige – medizinisches Angebot mit Kombination eines touristischen Programms an den Tagen, an denen keine Behandlung vorgesehen ist
7. Chronisch kranke Patient:innen und ihre Angehörigen – Angehörige von Patient:innen ziehen eine Urlaubsmöglichkeit in Betracht, wobei sie Behandlungen von chronisch kranken Patient:innen mit Erholung verbinden und kombinieren können

Iacono (2021: 36) beruft sich in ihrer Arbeit ebenso auf Cohen (2008), welcher weitere noch detailliertere Begriffe einführt, um einen Unterschied zwischen Patient:innen und

Tourist:innen hervorzuheben. Es werden Begriffe wie “mere tourist, medicated tourist, medical tourist proper, vacationing patient, mere patient genannt“ (ibid.). Als „mere tourists“ werden Personen bezeichnet, deren Hauptzweck eine Reise ist, während derer sie nicht beabsichtigen, eine medizinische Leistung in Anspruch zu nehmen. Zur zweiten Gruppe, die nach Cohen als „medicated tourists“ bezeichnet werden können, gehören Reisende, welche im Rahmen eines touristischen Aufenthaltes eine ungeplante Behandlung benötigen. „Medical tourist proper“ sind Patient:innen, die sowohl als TouristInnen verreisen als auch eine Behandlung in Anspruch nehmen. Zur Gruppe der „vacationing patients“ zählen Patient:innen, die zwar zwecks einer medizinischen Behandlung auf Reise gehen, aber dennoch auch das touristische Angebot nutzen wollen. „Mere patients“ sind diejenigen, die ausschließlich zwecks medizinischer Behandlungen verreisen und keine touristischen Angebote beanspruchen.

Die letzte Gruppe ist Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit. Wie bereits erwähnt, sind es Patient:innen mit einem bestehenden Gesundheitsproblem, welches durch einen chirurgischen Eingriff behoben werden kann.

## **6.5 PatientenvermittlerInnen bzw. Vermittlungsagenturen**

Laut Juszczak (2017: 61) arbeiten ca. 90 % alle Krankenhäuser in Deutschland, die im Bereich des medizinischen Tourismus tätig sind, mit Hilfe von Patientenvermittler:innen. Das bedeutet, dass Letztere als erste Ansprechpartner fungieren, wenn es um das Gewinnen von ausländischen Patient:innen geht. An dieser Stelle muss auch betont werden, dass es keine einheitliche Definition für Patientenvermittler:innen gibt. Es kann sich bei dieser Gruppe sowohl um Einzelpersonen handeln, die über die nötigen Kontakte und Informationen verfügen, als auch Agenturen, die auch im Internet vertreten sind und MitarbeiterInnen oder Niederlassungen haben (ebd.). Welcher Gruppe Patient:innenvermittler angehören, ist insofern von keiner großen Bedeutung, denn das Ziel der Patientenvermittler:innen umfasst das „Rundum-sorglos-Paket“ für Patient:innen, die sie vermitteln. Mit Verweis auf Boscher (2017), erklärt Iacono (2021: 31), dass dieses Paket verschiedene Aktivitäten umfassen kann, angefangen von Kontaktherstellung und Bearbeitung der Anfrage, über Recherche der medizinischen Situation, Ausheben aller Befunde und Krankengeschichten, sowie das Einholen von Kostenvoranschlägen und Aufklärung der Patient:innen, bis zur Unterstützung in Visaangelegenheiten und der Organisation aller Termine in der Klinik. In diesem Sinne könnte angenommen werden, dass Vermittlungsagenturen, seien es Einzelpersonen oder Agenturen mit mehreren Mitarbeiter:innen, über einen kompletten Überblick über das Geschehen vor der Aufnahme, während der Behandlung und auch danach verfügen.

Des Weiteren lässt sich festhalten, dass VermittlerInnen meistens eine starke Internetpräsenz in allen für sie infrage kommenden Sprachen sowohl im Herkunftsland von Patient:innen als auch im Zielland haben (ibid.). Iacono erklärt auch, dass viele auch ihr Netzwerk im Herkunftsland ins Spiel bringen, denn sie stammen meistens aus dem Land der potenziellen Patient:innen und verfügen gleichzeitig über Kenntnisse des Gesundheitssystems im Zielland, was sich gut vereinen lässt. So werden zwischen Vermittlungsagenturen und Krankenhäusern bzw. Patient:innen Vereinbarungen abgeschlossen, die die Höhe des Honorars bestimmen sowie den Tätigkeitsbereich festlegen (ibid.).

Auch Juszcak (2017: 62f.) hält fest, dass Vermittlungsagenturen für medizinische Einrichtungen eine lukrative Möglichkeit bieten, ohne großen Aufwand Patient:innen zu akquirieren. So nennt Juszcak etwaige Gründe, warum solche Vereinbarungen abgeschlossen werden. Unter anderem sind vor allem kontinuierliche Tätigkeiten auf den Märkten im Zielland seitens der VermittlerInnen, sowie das Gesamtpaket der Leistungen, die von Patient:innen beansprucht werden, sowie Kostenvoranschläge und Behandlungsoptionen, Dolmetsch- und Übersetzungsleistungen, Reiseplanung und vor allem Patientenbetreuung in den Krankenhäusern inkludiert.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden Vermittlungsagenturen bzw. Patientenvermittler:innen, die gleichzeitig auch als Dolmetscher:innen agieren, genauer untersucht. Die Informationen über diese Agenturen und VermittlerInnen bzw. deren Tätigkeiten basieren auf den persönlichen Erfahrungen der Verfasserin dieser Arbeit. Meistens sind es Agenturen, die auf Empfehlung und mit einem bereits vorhandenen Feedback von anderen Patient:innen arbeiten. Solche Agenturen haben ihren eigenen Kundenstock an Patient:innen, die sie weiterempfehlen (Mundpropaganda). Sie haben Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten, agieren meistens selbstständig und in mehreren Kliniken und wissen, welcher Ansprechpartner für welche Angelegenheit zuständig ist. Es gibt auch Agenturen, die sich im Herkunftsland der Patient:innen befinden, von wo aus sie Letztere zu Behandlungen und Eingriffen entsenden und einen direkten Kontakt zu den Kliniken und Gesundheitseinrichtungen haben. Interessant zu wissen ist, dass solche Kontakte meistens im Rahmen einer Veranstaltung oder eine Messe entstehen, wo ausländische Kliniken zur Teilnahme eingeladen sind, um notwendige Kontakte zu knüpfen und für ihre Arbeit zu werben. Agenturen hingegen suchen verlässliche Partner für ihre Kunden. Solche Messen sind etwa die

MTEC<sup>2</sup>, die Health Care Expo<sup>3</sup> oder die MedTravelExpo<sup>4</sup>. Da meistens auch ausländische Kliniken an solchen Messen teilnehmen, können einheimische Agenturen das Therapieangebot sowie Behandlungsspektrum kennenlernen und in weiterer Folge ihren Kunden präsentieren. Sehr oft kommen auch Ärzte, die in einer ausländischen Klinik tätig sind und an Werbung für ihre Klinik sowie an Patientenakquise interessiert sind, mit ins Veranstaltungsland und können sogar direkt mit den Agenturen über einen konkreten Fall kommunizieren und beraten.

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf in Österreich sesshafte Agenturen gelegt. Hierbei handelt es sich um Einzelpersonen oder kleine Unternehmen, die sowohl als OrganisatorInnen agieren als auch ihre Arbeit als Dolmetscher:innen erfüllen und für die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zuständig sind.

## **6.6 Lage der ausländischen Patient:innen in Österreich**

Österreich hat eine lange Tradition in der Versorgung ausländischer Patient:innen. Viele prominente SportlerInnen, Menschen aus der Politik oder Kunst hatten die Möglichkeit das österreichische Gesundheitssystem kennenzulernen. Bereits in den 1990-er Jahren wurden Sportstars wie etwa Steffi Graf von prominenten Ärzten operiert und konnte dank ihm ihre sportliche Karriere fortsetzen. Einer der vielen international bekannten Persönlichkeiten war auch der ukrainische Präsident Wiktor Juschtschenko der sich nach seiner umstrittenen Vergiftung an einer Privatklinik behandeln ließ. In manchen Fällen bleiben, wie die Verfasserin dieser Arbeit aus langjähriger Dolmetschtätigkeit an der WPK und Betreuung von solchen Patient:innen weiß, jedoch inkognito bzw. machen ihre Erkrankung nicht publik und unterziehen sich in Österreich einer Behandlung, bei der es manchmal nicht weniger als um Leben und Tod geht.

Die Covid-19-Pandemie hat im Bereich der Versorgung ausländischer Gäste die Karten neu gemischt. Sowohl die Angst um das Virus, Einreiserestriktionen, politische Bestimmungen im Zielland selbst, als auch die Ungewissheit im Allgemeinen hat viele davon abgehalten eine Reise anzutreten. Dies bedeutet, dass die Anzahl ausländischer Patient:innen in Wien zurückgegangen ist und nur bedingt bzw. mit Vorsicht mit den Vorjahren verglichen werden kann.

---

<sup>2</sup> Medical Travel Exhibition Conference

<sup>3</sup> In der Ukraine.

<sup>4</sup> In Russland.

In weiterer Folge wäre auch anzumerken, dass die Recherche nach Fachliteratur oder wissenschaftlichen Daten nur bedingt vom Erfolg gekrönt war. Es finden sich einige Zeitungsartikel bzw. Berichte im Internet, die allerdings Zahlen oder Daten aus den Jahren 2016-2018 liefern. Einen der wichtigen Meilensteine hat Katia Iacono mit ihrer Dissertation zu diesem Thema gesetzt. Weitere Daten zu Behandlungen, sowohl stationär als auch ambulant, die Anzahl der Patient:innen in den Pandemie Jahren im Vergleich zu 2019, deren Aufteilung nach Ländern, sowie Art der Eingriffe wurden mir nach Absprache mit der Controlling Abteilung der *Wiener Privatklinik* zur Verfügung dargestellt.

### 6.6.1 Medizinisches Reiseziel Österreich – im globalen Kontext

Im weltweiten Ranking der Top-10 medizinischen Reisezielen kommen die USA mit einem Marktvolumen von ca. 3,5 Milliarden US-Dollar an erster Stelle, gefolgt von Südkorea, der Türkei und Thailand als angesehene Destinationen. Deutschland belegt den fünften Platz unter den beliebtesten Reisezielen für medizinische Behandlungen und verzeichnet somit ein Marktvolumen von 575 Millionen US-Dollar. Die Prognosen sprechen dafür, dass der medizinische Markt bis 2023 seinen Umsatz verdreifachen wird (Statista).

Somit stellt sich die Frage, wo sich Österreich in diesem Ranking befindet – es scheint in dem Top-10-Ranking nicht auf. Während in Deutschland, dank seinem ausgezeichneten Ruf in der Medizin, von ca. 250.000 Patient:innen aufgesucht wird, davon 100.000 vorab geplante Eingriffe, werden in Österreich die Zahlen auf 7.000 bis 10.000 Patient:innen geschätzt (Hoepke 2016, Stukenberg 2018). Laut einem Bericht aus dem Jahr 2016 hat Österreich einen Nachholbedarf „trotz guter Ärzte und Infrastruktur“ (Baierl, Hoepke 2016).

Auch David Gabriel, ehemaliger Anästhesist und Inhaber der Internetplattform Austrian Health, setzt sich dafür ein, Österreich als attraktives Ziel für internationale Patient:innen im Bereich Medizintourismus bekannter und sichtbarer zu machen. Er ist davon überzeugt, dass auch wenn Deutschland ganz andere Zahlen bzw. Statistiken erzielt, erscheint das Potenzial in Österreich sehr groß zu sein (Löffler 2016).

Des Weiteren führt auch Martin Gleitsmann von der Wirtschaftskammer Österreich an, dass Österreich im Medizintourismus bislang keine bedeutende Rolle spielt. So wie David Gabriel erwähnt er gute Ärzte und die gesunde Umgebung, was entsprechend gute Bedingungen für die Entwicklung des Medizintourismus in Österreich schafft. Er sieht den Stein des Anstoßes in erster Linie im Aufbau des Gesundheitssystems bzw. des Spitalsystems, in dem alle Verwaltungseinheiten sowie Sozialversicherungsträger ein Mitspracherecht haben. Aus

diesem Grund beläuft sich die Anzahl der Privatspitäler in Österreich, die im Bereich des medizinischen Tourismus tätig sind, auf etwa 35 (Hoepke 2016).

Hubert Pehamberger, Dermatologe und ärztlicher Leiter der Privatklinik *Rudolfinerhaus* berichtet in der österreichischen Tageszeitung *Kurier* auch darüber, dass die Klinik sich in den letzten Jahren massiv um ausländische Patienten bemüht habe. Laut ihm betragen diese ca. 15 bis 20 Prozent der insgesamt behandelten Patient:innen in der Klinik.

Als führende Nationen nennt Pehamberger Russland, die arabische Halbinsel, Rumänien und Bulgarien, die sich vorwiegend wegen urologischen und orthopädischen Beschwerden behandeln lassen, aber auch für chirurgische Eingriffe die Klinik aufsuchen. Als Kritikpunkt fügt er jedoch hinzu, als Spital alleine und ohne jegliche Unterstützung vom Wirtschaftsministerium handeln zu müssen (Hoepke 2016).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Medizintourismus in Österreich ein umstrittenes Thema ist und in jeder Hinsicht ausbaufähig. Zwar sehen viele Fachleute das große Potenzial in diesem Bereich, erwähnen auch die gute Infrastruktur und das medizinische Niveau der Ärzt:innen, das steigende Engagement seitens der Spitäler in puncto Anwerbung internationaler Klientel, sowie medizinische Ausrüstung in den Kliniken auf höchstem Niveau. Sie merken aber dennoch auch eine schwache Teilnahme seitens der Wirtschaft, wenig professionelles Marketing und die strukturellen Besonderheiten des Gesundheitssystems in Österreich als negative Aspekte an. Als Beweis dafür gilt auch das Fehlen statistischer Daten aus diesem Bereich, im Gegensatz zu Deutschland. Bedingt dadurch kann man sich lediglich einen Überblick über die Behandlungen von ausländischen Gästen im gesamten Land verschaffen. Nichtsdestotrotz möchte ich im nächsten Punkt etwas Licht auf die statistischen Daten aus einem Wiener Krankenhaus- *Wiener Privatklinik* werfen, auch wenn diese Informationen nur teilweise Aufschluss über die Gesamtsituation der medizinischen Touristen, der Art der Behandlungen und der Marketingstrategien liefern.

### **6.6.2 Statistiken aus der Wiener Privatklinik**

Aufgrund eines Nahebezugs zu Wiener Privatklinik und bestehender Möglichkeit einer persönlichen Auskunft wird an dieser Stelle die Wiener Privatklinik kurz als Institution erläutert, sowie Statistiken zu den ausländischen Patient:innen präsentiert.

Die Wiener Privatklinik existiert bereits seit über 200 Jahren. Begonnen als Frauenheilanstalt des Sanatoriums Löw im Jahr 1871, ist sie seit dem Jahr 1995 unter der Führung von Prim. Dr. Walter Ebm. 2021 ist sie zu einem der besten Krankenhäuser der Welt gekürt worden (Link). Wie Ebm berichtet hat „die Wiener Privatklinik [...] sich zum Ziel

gesetzt, durch ein erstklassiges Zusammenspiel von medizinischer Versorgung, kompetenter Pflege und modernem Krankenhausmanagement, eine ausgezeichnete Betreuung für Patient:innen zu bieten“.

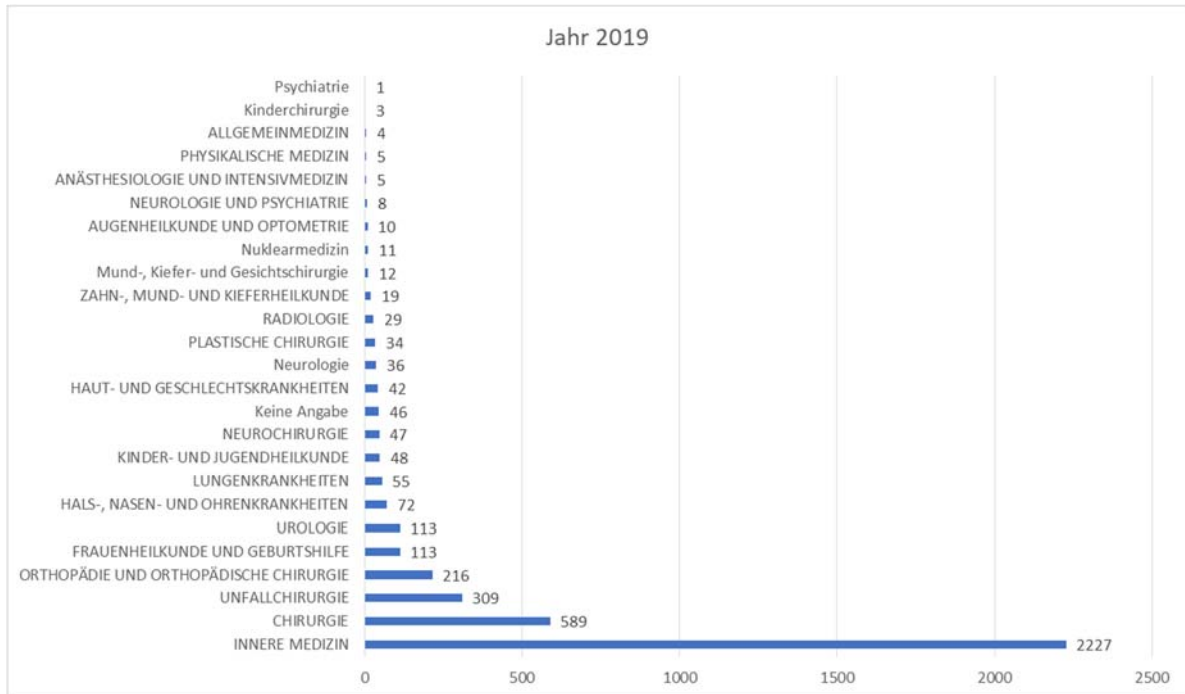
Situiert in unmittelbarer Nähe zur Medizinischen Universität Wien, ist sie ein Haus für mehr als 300 renommierte Fachärzte mit sieben Stationen und insgesamt 145 Betten, 4 hochmodernen Operationssälen und Intensivüberwachung. Das Spektrum der *Wiener Privatklinik* umfasst alle medizinischen Richtungen puncto Diagnostik und ambulante Betreuung, sowie, mit Ausnahme von Geburtshilfe, Eingriffen am offenen Herzen und Gehirnoperationen, auch alle chirurgischen Felder. Seit ca. 13 Jahren liegt der Fokus des Klinikmanagements auch im Etablieren der *Wiener Privatklinik* auf den ausländischen Märkten: Es wurde erkannt, dass die perfekte Infrastruktur, lange medizinische Tradition und hoch qualifizierte Ärzt:innen nicht nur für Patient:innen aus Österreich vom Nutzen sind, sondern auch für ausländische Patient:innen von Vorteil sein können, vor allem für diejenigen, die mit dem Gesundheitssystem in ihrem Land nicht zufrieden sind oder zweifelhafte Diagnosen erhalten, die eine weitere Abklärung notwendig machen. So wurde vor 13 Jahren eine Auslandsabteilung gegründet, in der zuerst zwei, mittlerweile neun MitarbeiterInnen zusammen mit den Auswärtsbüros in Timisoara und Bukarest in Rumänien beschäftigt sind. Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass zahlreiche Auslandsaktivitäten wie Messen, B-2-B-Gespräche in Ländern wie Russland, der Ukraine, Kasachstan, Georgien, Rumänien und arabischen Ländern, sowie Zeitungsartikel und Werbeeinschaltungen als auch eine enge Zusammenarbeit mit den hiesigen Vermittlungsagenturen ihre Früchte getragen haben: ca. 30% der Gesamtanzahl der Patient:innen in der *Wiener Privatklinik* kommen aus dem Ausland (Daten aus dem Jahr 2019), während es vor ca. acht Jahren noch 15 % aller Patient:innen waren.

Demzufolge möchte ich an dieser Stelle einige Zahlen aus der Controlling-Abteilung der Klinik präsentieren, aus denen ersichtlich ist, wie viele Patient:innen stationär und ambulant behandelt worden sind, mit welchen gesundheitlichen Problemen sie an die Klinik kamen und welche Länder als Vorreiter in Bezug auf ausländische Patient:innen gelten dürfen. Die Darstellung bezieht sich auf die Jahre 2019 und 2020, wobei das Jahr 2020 natürlich stark vom Beginn der Pandemie gekennzeichnet ist.

Insgesamt wurden an der *Wiener Privatklinik* im Jahr 2019 12.025 selbstzahlende Patient:innen betreut, unter ihnen 4.054 ausländische Personen, die keine österreichische Versicherung hatten. Die nachstehende Graphik stellt dar, welche medizinischen

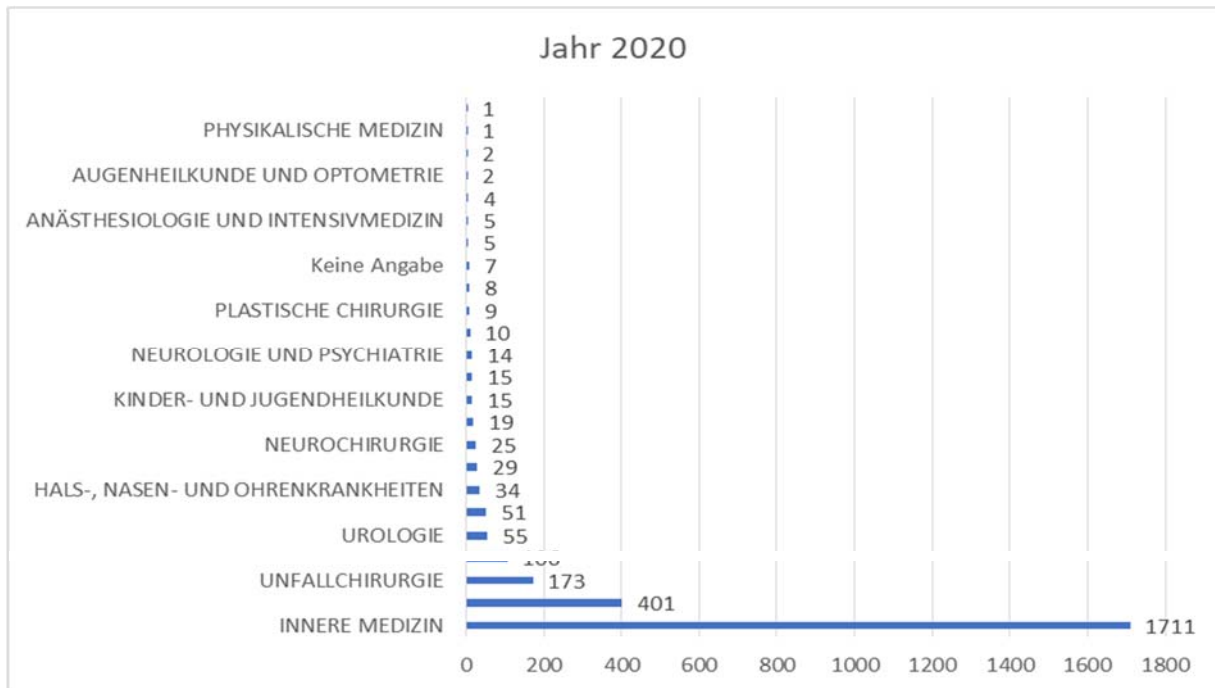
Fachrichtungen bei ausländischen Patient:innen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in Anspruch genommen wurden.

**Tabelle 1: Ausländische Patient:innen im Jahr 2019 aufgeteilt nach medizinischem Fach (Controlling Abteilung, Wiener Privatklinik)**



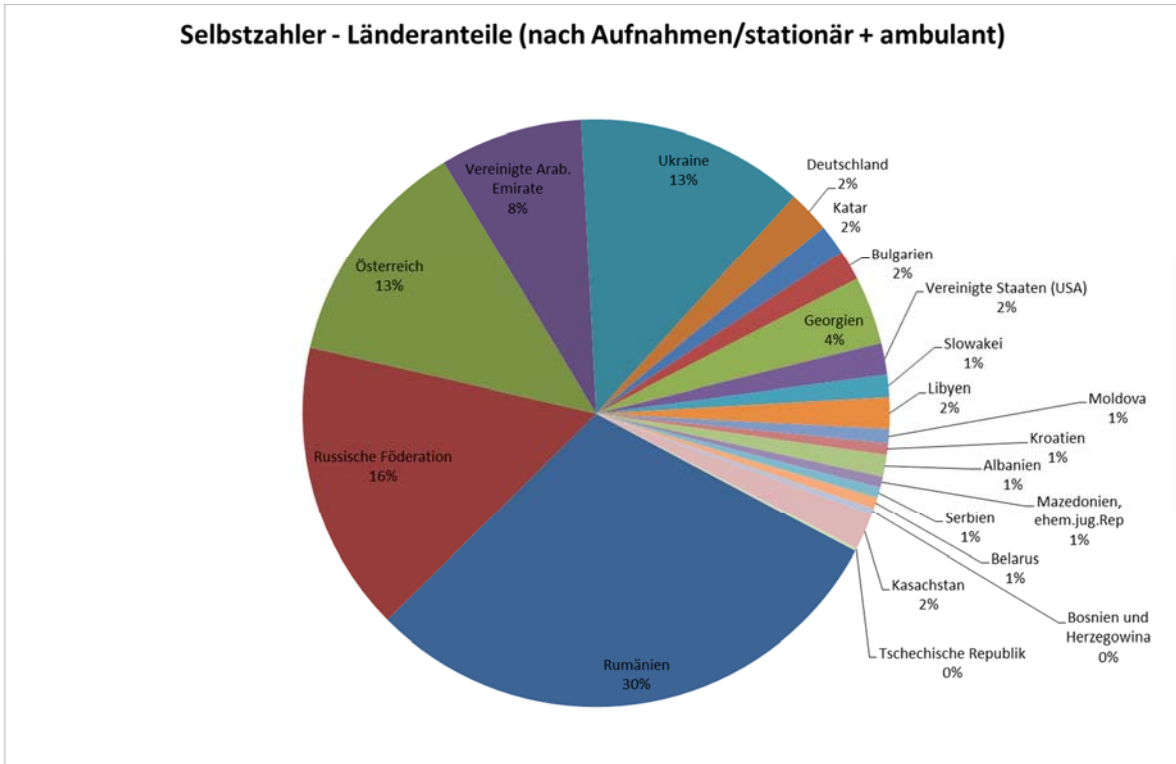
Im ersten Covid-Jahr 2020 waren es insgesamt 17.259 selbstzahlende Patient:innen, wobei diese Zahl auch auf die durchgeführten Covid-Tests zurückzuführen ist, für die Patient:innen eine zusätzliche Aufnahmezahl erhielten. Nur 2.702 ausländische Patient:innen ließen sich an der *Wiener Privatklinik* stationär behandeln. Die folgende Graphik verschafft einen Überblick über die Anzahl der stationären Patient:innen pro bestimmte medizinische Richtung.

**Tabelle 2: Ausländische Patient:innen im Jahr 2020 aufgeteilt nach medizinischem Fach (Controlling Abteilung, Wiener Privatklinik)**

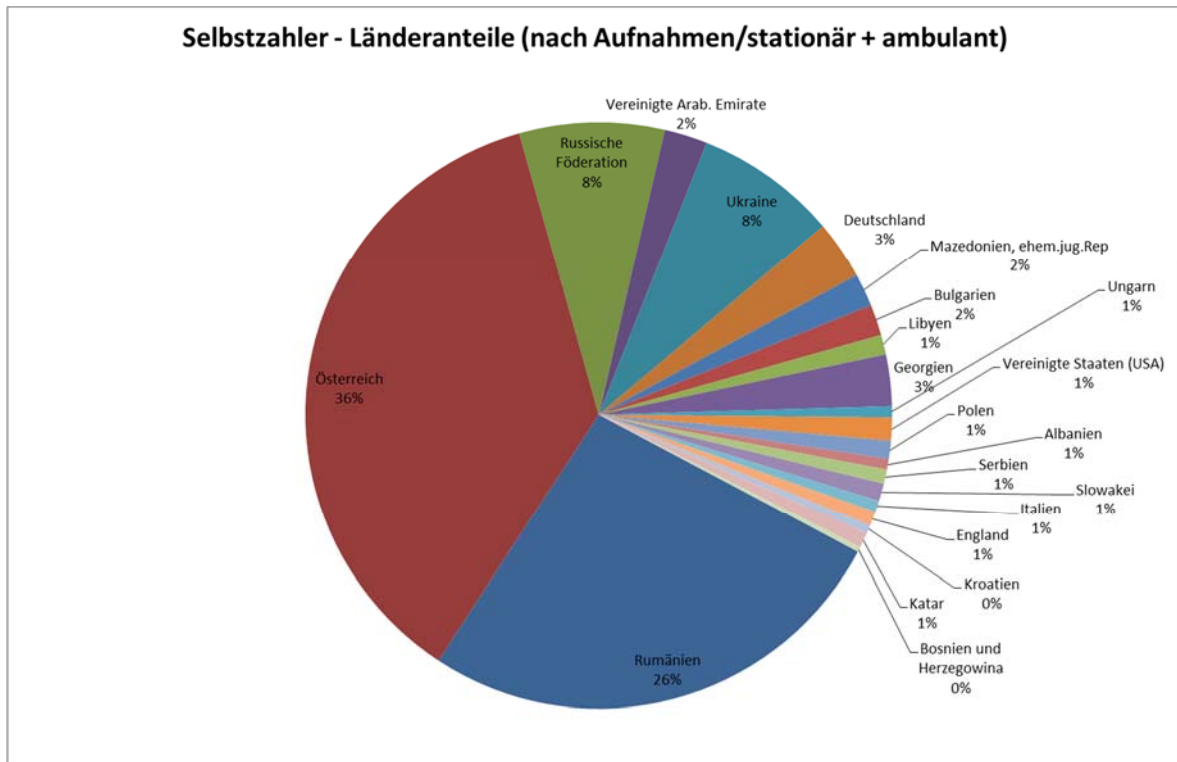


Abschließend noch zwei graphische Darstellungen, wie die Aufteilung der ausländischen Patient:innen in den Jahren 2019-2020 erfolgte bzw. welche Länder eine führende Rolle in der Behandlung an der *Wiener Privatklinik* spielen.

**Tabelle 3: Aufteilung nach Ländern im Jahr 2019 (Controlling Abteilung, Wiener Privatklinik)**



**Tabelle 4: Aufteilung nach Ländern im Jahr 2020 (Controlling Abteilung, Wiener Privatklinik)**

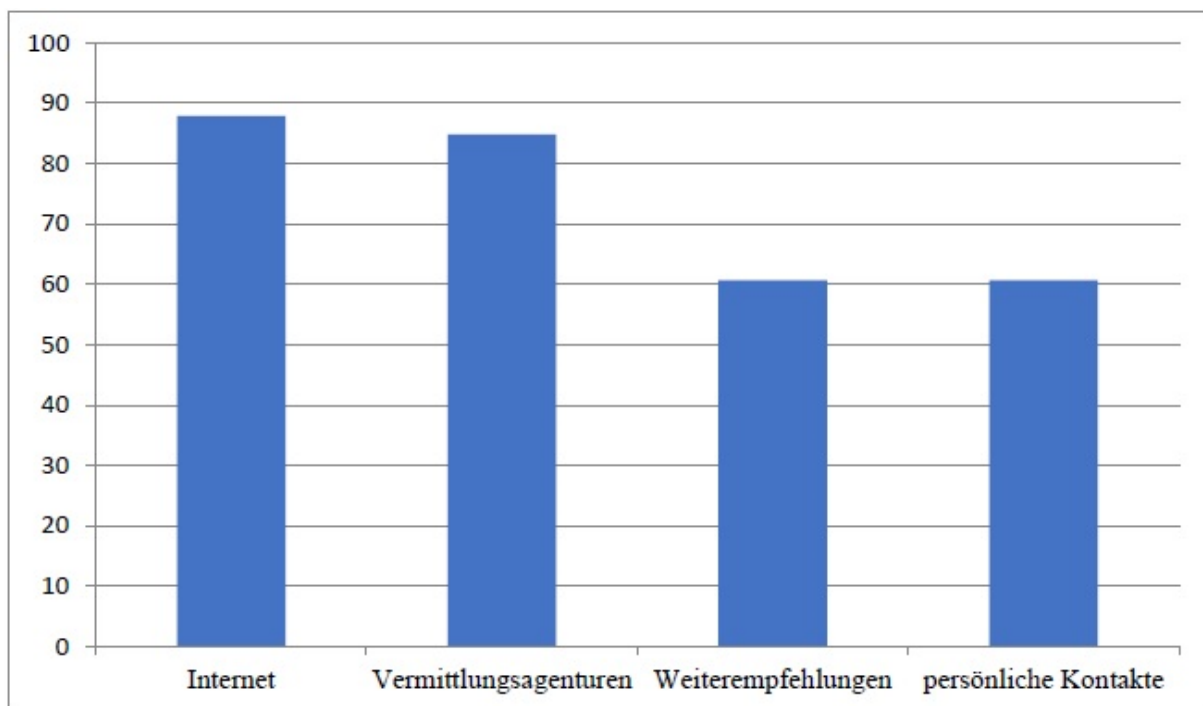


## 7 Das medizinische Aufklärungsgespräch

### 7.1 Informationsquellen im Medizintourismus

Im Hinblick auf die Art und Weise, wie potenzielle Patient:innen an Informationen über Kliniken, Ärzt:innen und Behandlungsmöglichkeiten gelangen und welche Informationsquellen sie zu Hilfe nehmen, stehen den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen etliche Möglichkeiten zur Verfügung. Ihre Aufgabe wäre in diesem Sinne eine übersichtliche und möglichst vollständige Auskunft zu gewährleisten, sodass eine von Erfolg gekrönte Akquise von Patient:innen für verschiedene Arten von Behandlungen erfolgt. Juszczak (2007: 55) beschäftigte sich ausführlich mit diesem Thema und erstellt eine Graphik, welche ersichtlich macht, wo Patient:innen im Jahr 2013 an Informationen über Kliniken und deren angebotenes Behandlungsspektrum gelangen.

**Tabelle 5: Informationsquelle zur Akquise von internationalen Patient:innen (in Prozent) nach Juszczak (2017: 56)**



Wie aus dieser Graphik hervorgeht, gilt das Internet als wichtigste Kommunikationsquelle zur Beschaffung von Informationen. Auch Iacono (2021:33f.) erwähnt in ihrer Arbeit einen starken Einfluss von Internetseiten und Vermittlungsportalen, die als eine wichtige Informationsquelle dienen. An dieser Stelle betont sie, dass viele ausländische Patient:innen das Internet als wichtigste Quelle in Bezug auf die Wahl eines Behandlungsortes verwenden.

Juszczak weist darauf hin (2017: 56), dass auch Klinikverzeichnisse eine sehr wichtige Rolle für die Patient:innen spielen und zum Teil einen direkten Kontakt mit den Gesundheitseinrichtungen ermöglichen, wo Patient:innen ohne Hilfe eines Dritten an Informationen gelangen. In weiterer Folge hält Juszczak auch fest, dass die Internetpräsenz verschiedener medizinischer Einrichtungen in Hinsicht auf technische Ausführung und Qualität der Informationen starke Unterschiede aufweist (Juszczak 2017:58).

Iacono (2021: 34) betont die Präsenz von Onlineforen, welche sowohl von Verbänden als auch von Patient:innen selbst gegründet werden, in denen Meinungen geäußert und über Behandlungsmöglichkeiten und Therapien diskutiert wird, sowie Kontakte und Namen von Kliniken und Ärzt:innen zur Verfügung gestellt werden. Es werden auch Kontaktdaten von Dolmetscher:innen zur Verfügung gestellt und Vorzüge von Privatspitälern diskutiert, in denen Patient:innen mit einem schnelleren Ablauf und einer strafferen Organisation von den Behandlungen rechnen können.

Darüber hinaus ist Mund-zu-Mund Propaganda zu erwähnen. Es handelt sich dabei um eigene Erfahrungen von Patient:innen, die sie an andere weitergeben. Diese Informationsquelle ist vor allem bei den Russisch sprechenden Patient:innen beliebt, denn persönliche Erfahrung und Meinung zählen am meisten und gehören zur „sowjetischen“ Kultur: Eine positive Rückmeldung nach der Behandlung wertet sofort das Krankenhaus auf und wirkt auf die anderen vertrauensvoll.

Juszczak (2017:64) betont auch die Tatsache, dass die „persönliche Empfehlung [...] authentischer als Internetseiten oder Werbeanzeigen“ sei. Außerdem können auch andere organisatorische Angelegenheiten untereinander ausgetauscht werden: Dies betrifft vor allem finanzielle Fragen, sowie Rechnungen und Kostenvoranschläge, die Qualität der medizinischen Einrichtung, die Innenausstattung und die Qualität der Nachbehandlung durch Ärzt:innen (ibid.).

Vermittlungsagenturen, die in der Graphik von Juszczak den zweiten Platz als mögliche Informationsquelle bilden, möchte ich in einem eigenen Subkapitel besprechen, denn genau diese Gruppe von „Informanten“ wird im praktischen Teil der vorliegenden Arbeit genauer unter die Lupe genommen. Wer sie sind? Welche Aufgaben sie haben? Welche Rolle kommt ihnen im Behandlungsprozess zu? Dies wird im folgenden Abschnitt näher ausgeführt.

## **7.2 Definition, Aufbau und Funktionen des Aufklärungsgesprächs**

In ihrer Dissertation mit dem Thema „Das präoperative Aufklärungsgespräch“ widmet sich Jung der Arzt-Patienten-Kommunikation und fokussiert sich auf den

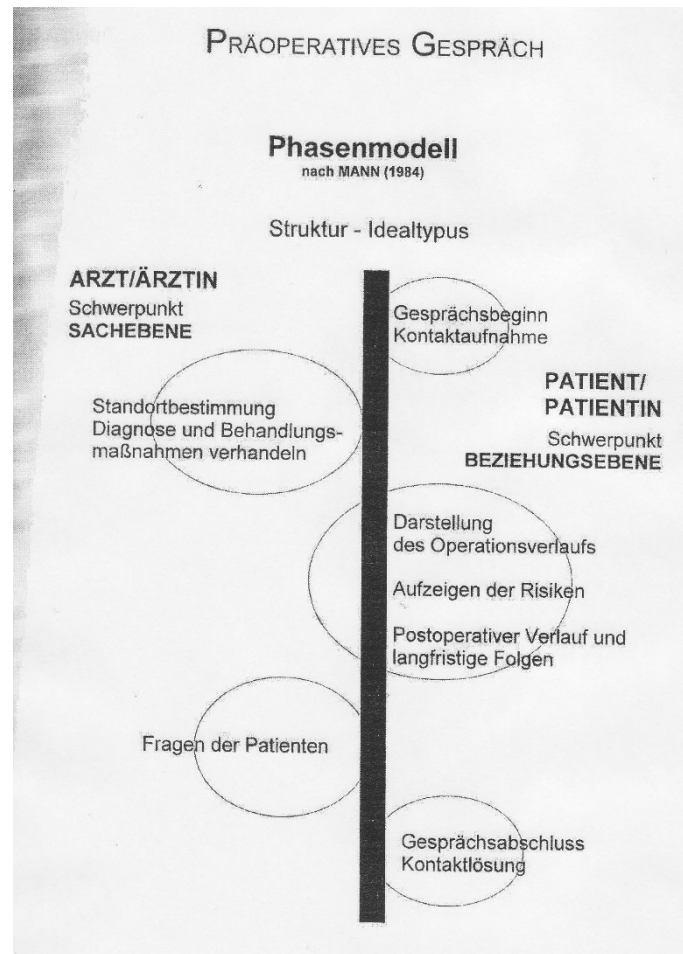
Optimierungsmöglichkeiten des Aufklärungsgesprächs von der Seite der Ärzt:innen, sowie anderen Berufsgruppen, die an der Kommunikation interessiert sind. So betont Jung, dass vor jedem körperlichen Eingriff in der Regel zwei Gespräche geführt werden: mit dem/der Anästhesist:in und mit dem/der Chirurg:in, der/die diesen Eingriff auch durchführt (2004:38). Sie sieht die Aufgabe des Aufklärungsgesprächs zum einen in der Informationsvermittlung der wichtigsten Sachverhalte vor Eingriffen oder therapeutischen Maßnahmen, die diese Operation oder Therapie betreffen und zum anderen in der Berücksichtigung eines weiteren Aspektes – der sozialemotionalen Ebene (ibid.). Mit Verweis auf Mann (1984) wird die Relevanz dieser Ebene wie folgt erläutert:

Was die sozialemotionale Ebene ärztlicher Aufklärung betrifft, wurde in verschiedenen Untersuchungen deutlich, dass Transparenz und Offenheit des Arztes gegenüber dem Patienten sowie ein einführendes Verständnis im Sinne eines Eingehens des Arztes auf emotionale Erlebnisinhalte und auf die Situation des Patienten sich auf die Kooperationsbereitschaft-, und Fähigkeit des Patienten im therapeutischen Prozess günstig auswirken. (Mann 1984:6)

Meyer (2004) berichtet über unterschiedliche Arten von Aufklärungsgespräche:

1. *Vor Untersuchungen.* Nach erfolgter Anamnese wird eine Diagnose mit Vorbehalt gestellt. Im Falle zusätzlicher Untersuchungen, die für die endgültige Diagnose oft benötigt werden und auch eine Intervention bedeuten, sowie Gastro,- oder Bronchoskopie, werden ebenso eine schriftliche Einwilligung und Aufklärung benötigt.
2. *Bei Therapievorschlägen.* Sobald die Diagnose feststeht, machen Ärzt:innen Therapievorschläge. In diesem Fall müssen Patient:innen mit der Therapie einverstanden sein und werden von Ärzt:innen aufgeklärt.
3. *Vor Operationen.* Hier ist die Einwilligung unbedingt notwendig, denn ohne diese spricht man von Körperverletzung.

Laut Meyer (2004:67) waren - Aufklärungsgespräche bis 2004 selten Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschungen. Mann (1984) war einer der ersten, der sich mit dem Thema beschäftigte und versuchte eine Struktur für das ideale Aufklärungsgespräch zu schaffen. So präsentierte er in seiner Arbeit sein eigenes Phasenmodell eines präoperativen Gesprächs, welches hier in weiterer Folge dargestellt wird:



**Abbildung 5: Modell präoperativer Aufklärungsgespräche nach Mann 1984**

So werden aus dem oben dargestellten Modell folgenden Abschnitte herauskristallisiert: Kontaktaufnahme, Diagnose, Schilderung des Operationsverlaufs mit möglichen Komplikationen, postoperativer Verlauf und Folge, Fragen von Patient:innen und die Beendigung des Gesprächs. In Anlehnung an Mann (1984) spricht Jung (2004:46) von zwei unterschiedlichen Ansätzen im Gesprächsverlauf: Während der Fokus der Ärzt:innen aufgrund des medizinischen Interesses meistens auf der Sachebene liegt, befindet sich dieser bei Patient:innen aufgrund des persönlichen Interesses auf der Beziehungsebene.

Meyer beschäftigt sich mit dem Thema Aufklärungsgespräche aus diskursanalytischer Sicht und definiert diese als „eine Diskursart, deren Struktur und Zwecksetzung von der Einbettung in einen institutionellen Handlungszusammenhang geprägt ist“ (2004:2). Im Anschluss dementiert er auch, mit Verweis auf medizinsoziologische und linguistische Arbeiten von Demling & Flügel (1975) und Löning (2001), wo dargelegt wird, dass jedes Gespräch in dessen Rahmen den Patient:innen seitens der Ärzt:innen etwas mitgeteilt wird, ein „Aufklärungsgespräch“ sei. Er steht für eine klare Unterscheidung zwischen Aufklären über

die Diagnostik oder Prognosen in Befund- und Diagnosegesprächen und medizinische Methoden. (2004:66).

In weiterer Folge beschreibt Meyer (2004: 85f.) in seiner Analyse alle Abschnitte, die das Aufklärungsgespräch ganz im Allgemeinen durchläuft. Der erste Abschnitt wird von ihm „Ankündigen“ genannt, hier informieren Ärzt:innen Patient:innen über geplante Schritte. Das kann eine Untersuchung sein, die auf Patient:innen zukommt oder es wird über den Beginn einer Therapie berichtet oder auch Patient:innen davon in Kenntnis gesetzt, dass eine neue Brille benötigt wird. Das bedeutet, dass das Ziel des ersten Abschnittes darin liegt, Patient:innen über bevorstehende Maßnahmen zu informieren.

Den zweiten Abschnitt wird von Meyer (ibid.: 87f.) „Beschreiben“ genannt. Hier geht es um den deskriptiven Aspekt des weiteren Schrittes für Patient:innen. So werden Patient:innen durch das Verbalisieren von geplanten Maßnahmen seitens der Ärzt:innen in das Geschehene eingebunden.

„Hinweisen auf Komplikationen“ nennt sich der dritte Abschnitt des Aufklärungsgesprächs nach Meyer. Hier werden Patient:innen über Risiken und mögliche Komplikationen aufgeklärt. Nicht zuletzt erscheint es in diesem Abschnitt als wichtig, dass sie sich dessen bewusst sind, bevor mit dem Eingriff, der Behandlung oder Therapie begonnen werden kann. Je nachdem, welche Behandlung bevorsteht, kann der Grad des Risikos variieren. (ibid.: 92f.).

Meyer setzt weiter fort und gibt eine Definition für die weitere Phase – „Ankündigen unter Vorbehalt“ (ibid.: 95). Der Unterschied zu der ersten Phase besteht darin, dass die sprachliche Ankündigung seitens der Ärzt:innen über die auf die Patient:innen zukommende Maßnahmen auch die Einwilligung seitens dieser benötigen (ibid.: 95f.). Dies gehört auch zu juristischen Bestimmungen bezüglich des Ausmaßes der Aufklärungspflichten. Dieser Aspekt wird in dem nächsten Abschnitt genauer erläutert. (ibid.: 96).

Aus sprachlicher Sicht wird hier meistens ein Konjunktiv verwendet. Ärzt:innen müssen an dieser Stelle genau unterscheiden, welche Maßnahmen so eine Einwilligung benötigen und welche nicht. Laut Meyer können „Ankündigungen unter Vorbehalt“ vermutlich in jedem Gespräch vorkommen (ibid : 96).

Letztens kommt die Abschlussphase des Aufklärungsgesprächs – „Monitoren“. So wird es überprüft, ob Patient:innen alles verstanden haben und ob es irgendwelche Unklarheiten gibt. Diese Phase erscheint vor allem für die Ärzt:innen als sehr wichtig, denn so verstehen sie, ob Patient:innen alles richtig verstanden haben, damit sie dann kontrolliert handeln können (ibid.: 97). PatientInnen müssen sich unbedingt zu den geplanten Maßnahmen äußern, ob sie

einverstanden sind oder nicht, dazu gibt es meistens auch eine schriftliche Erklärung, denn es werden hier meistens auch mögliche Risiken erwähnt.

Barkowski (2007: 41f.) berichtet über folgende Funktionen des Aufnahmegesprächs. Als Erstes erwähnt sie die *Informationsfunktion*, wo Ärzt:innen wie bei einem Anamnesegespräch „semiprofessionelle Ausdrücke“ verwenden, um einen „*Common Ground*“ zu schaffen. Der Zweck dieser Funktion ist, Patient:innen das komplette Verständnis über das Bevorstehende zu ermöglichen, sodass diese alle Risiken und auch alle Vorteile des Eingriffs verstehen, ohne ein medizinisches Fachwissen besitzen zu müssen.

Zweitens nennt sie die *Kooperationsfunktion*, wo dank des Aufklärungsgesprächs durch Ärzt:innen, Patient:innen Ängste genommen werden können und Vertrauen aufgebaut wird (vgl. *ibid.*). Vor allem Angst scheint hier ein wesentlicher Faktor zu sein, der berücksichtigt werden muss.

Jung (2004: 71f.) erwähnt folgende Gründe, warum Patient:innen vor den Eingriffen Angst haben:

1. Mögliche Folgen nach den Eingriffen
2. Temporäre oder andauernde Verletzung des Körpers
3. Ernsthafte Befunde während des Eingriffs, wodurch sich die Operationsindikation ändern kann
4. Schmerzen nach der Operation
5. Nachsorge (Infusionen, Drainagen, etc.)
6. Unangenehme Erfahrungen aus den früheren Zeiten
7. Erzählungen von den Anderen
8. Berichte in der Presse über die Kunstfehler

Die dritte Funktion, die von Barkowski erwähnt wird, ist die *juristische Absicherung* (2004: 42f.). Die Aufgabe der Ärzt:innen besteht in diesem Zusammenhang darin, Patient:innen so gut wie möglich zu informieren, dass sie ihre Entscheidung zur Einwilligung aus freiem Willen treffen können. Sollte diese Aufklärung nicht stattgefunden haben, so gelten alle therapeutisch-chirurgische Maßnahmen als Körperverletzung. Genauer wird darüber im darauffolgenden Abschnitt berichtet.

### **7.3 Rechtslage und Haftung**

Laut Antoine Roggio wurde die Ärzt:in-Patient:in-Beziehung früher als „soziales Verhältnis“ betrachtet, ganz anders als dies heutzutage der Fall ist, weil diese jetzt zu einer vertraglichen

Beziehung gewachsen ist. (Roggio 2010). In diesem Sinne entsteht, wenn Patient:innen sich freiwillig für eine medizinische Behandlung entscheiden für beide Parteien entweder ein mündliches oder schriftliches Rechtsverhältnis – ein Behandlungsvertrag. (vgl. *ibid.*)

Der juristische Aspekt besagt, es sei die ärztliche Pflicht, Patient:innen vor den geplanten Eingriffen detailliert und umfassend aufzuklären, denn jeder medizinische Eingriff bedeutet eine Körperverletzung, die durch die Einwilligung der Patient:innen rechtlich aufgehoben werden kann. (Ritter 2013: 65). Eine rechtskonforme Einwilligung durch Patient:innen kann nur dann erfolgen, wenn behandelnde Ärzt:innen Patient:innen über Diagnose, Therapie, Verlauf der Behandlung, sowie Risiken und Nebenwirkungen aufklären können. Die Pflicht zur ärztlichen Aufklärung ist im österreichischen Strafgesetzbuch (StGB) festgelegt und besagt mit § 110 Abs 1 StGB, dass eine Behandlung ohne Einwilligung als eine rechtswidrige Körperverletzung zu betrachten sei. (vgl: *ibid.*). So betont Jung, dass die Aufklärungspflicht sowohl dem Vertragsrecht als auch dem Deliktsrecht, sowie Strafrecht zuzuordnen ist. (Jung 204: 101)

In weiterer Folge setzt Ritter fort, dass sich die Aufklärungspflicht der Patient:innen vor jedem Eingriff berufsrechtlich aus §51 Abs 1 ÄrzteGesetz ergibt und laut Krankenanstaltenrecht die Aufklärungspflicht mit § 5a Z 2 KAKuK begründet. Diese Aufklärungspflicht beinhaltet operative und physikalische Eingriffe, ebenso wie medikamentöse Behandlungen und Impfungen. (Ritter 2013: 66). So müssen Patient:innen nach dem anerkannten medizinischen Wissenschaftsstand aufgeklärt werden, sodass sie sich entweder für oder gegen die Behandlung entscheiden werden können. An dieser Stelle wird von der sogenannten Selbstbestimmungsaufklärung gesprochen, die immer vor der Behandlung passieren soll (vgl.: *ibid.*, Meyer 2004:62).

Juristisch gesehen, wird die Aufklärungspflicht als „der Kalte Krieg“ zwischen JuristInnen und MedizinerInnen betrachtet. (Jung 2004:103f.) Wo es bei den Ärzt:innen um Vermeidung von Schadensersatzansprüchen geht, steht bei den Patient:innen die Wahrung ihres Rechtes auf Selbstbestimmung im Vordergrund. Die Begründung für den so genannten „Kalten Krieg“ liegt darin, dass der Schwerpunkt von den JuristInnen auf das Statement „Der Wille des Kranken ist das oberste Gebot“ gelegt und die Aufklärung als Mindeststandard gesehen wird, während Ärzt:innen den Schwerpunkt auf die Aussage „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot“ legen und plädieren für die Möglichkeit einer Beschränkung zum Schutz und zum Wohle der Patient:innen. (Jung 2004: 103).

Jung (2004:105) zitiert Giesen, der Mitte der 90-er Jahre unterschiedliche Ansichten von JuristInnen und Ärzt:innen auf den Punkt gebracht hat und wie folgt beschrieben:

Aus Sicht vieler Mediziner handelt es sich dabei um das Hineinregieren in den beruflichen Alltag eines anderen Standes, das schon deswegen nicht zu sachgerechten Ergebnissen führen kann, weil den Juristen die nötige medizinische Sachkunde und Berufserfahrung fehlt, um ärztliches Handeln richtig beurteilen zu können. Viele Ärzte sind sogar der Auffassung, dass es sich bei der Medizin insbesondere im Spannungsfeld zwischen Patientenwillen und Patientenwohl um einen Lebensbereich handele, der eine „Verrechtlichung“ überhaupt vertrage. (Giesen 1996: 299)

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass die Aufklärungspflicht anfänglich nicht als eine Einwilligung gesehen worden ist und erst mit der Zeit zu Selbstbestimmungsaufklärung wurde. Heutzutage ist sie zu einem Konstrukt geworden, welches durch die juristische Praxis entstanden ist und sich regelmäßig in einer pendelnden Bewegung zwischen Ärzt:innen und JuristInnen befindet. (Jung 2004:105).

Meyer (2004: 62) betont die Bedeutung der Aufklärung: „Unter der Selbstbestimmungsaufklärung versteht man die ärztliche Information über die geplanten Maßnahmen, die es dem Patienten ermöglichen soll, die Tragweite der einzelnen Schritte der Behandlung zumindest in den Grundzügen zu verstehen“. In weiterer Folge erklärt Meyer, dass das Problem der Aufklärung von Patient:innen, die kein Deutsch verstehen bzw. nur gering Deutsch sprechen, in der Diskussion von JuristInnen nur wenig behandelt wird. So erklärt Meyer an einem Beispiel, wo Patientin der Sprache nicht mächtig war, die Konsequenzen des ärztlichen Handelns für die betroffene Person, sowie Verurteilung des Arztes für die Leistung von Schadenersatz. (Meyer 2004: 63). Das Urteil zeigte ebenso, dass das Heranziehen von Dolmetscher:innen aus juristischer Sicht in diesem Fall sich als notwendig erwies. So hält Meyer fest, dass die rechtlichen Aspekte das Aufklärungsgespräch besonderes prägen. (vgl. :ibid.).

#### **7.4 Die Besonderheiten des gedolmetschten Aufklärungsgesprächs**

Professionelle Dolmetscher:innen sollten die Phasen und Funktionen des Aufklärungsgesprächs kennen, damit sie möglichst nahe an Original dolmetschen, sowie die Informationen analysieren können. Wichtig sind hier vor allem die Verwendung von Personalpronomen und Modalverben bei der Dolmetschung des Aufklärungsgesprächs hervor (vgl. Barkowski (2007: 80). So betont Meyer (2002) in seiner Arbeit, dass bei der Ankündigung

des bevorstehenden Eingriffes durch die Verwendung der Modalverben, z.B. *möchten*, die Entscheidung über die Durchführung dessen den Patient:innen überlassen werden, während bei Verwendung von „werden“ die freie Entscheidung Patient:innen vorweggenommen wird.

Weiters, dass beim Hinweisen auf Komplikationen seitens der Ärzt:innen das Modalverb „*müssen*“ verwendet werden soll, was in diesem Fall bedeutet, dass Ärzt:innen Patient:innen auf etwaige Risiken aufmerksam machen wollen, weil dies auch zu ihren Pflichten gehört. (vgl. Meyer 2002 und Barkowski 2008:81). Dadurch wird Patient:innen Information vermittelt, die sie zu bewerten haben, um sich für oder gegen den Eingriff zu entscheiden. Deshalb ist zu betonen, dass Dolmetscher:innen diese Einleitung nicht außer Sicht lassen und ihn nicht zum Schluss des gedolmetschten Abschnittes setzen dürfen. Auch das Verb „*können*“ wird seitens Ärzt:innen für das Auftreten möglicher Komplikationen verwendet bzw. auf Risiken hindeuten, was allerdings nur eine Möglichkeit darstellt und nicht unbedingt passieren muss. (vgl. *ibid.*).

Meyer (2002) erklärt auch die Verwendung des Personalpronomens „*wir*“, wenn ein bevorstehender Eingriff angekündigt wird. So sollten Dolmetscher:innen dieses Personalpronomen auch so belassen und nicht durch die dritte Person Plural ersetzen, denn Patient:innen würden sich dadurch in einer passiven Rolle befinden und nicht ein Teil des aktiven Gesprächs sein (vgl. *ibid.*).

Professionelle Dolmetscher:innen sind sich ihrer Rolle aber im Idealfall ohnehin bewusst und wollen sich auf keinen Fall mit der Verwendung des Personalpronomens „*wir*“ in Vordergrund stellen. In diesem Sinne sollten professionelle Spitaldolmetscher:innen in der ersten Person Plural ihre Dolmetschung liefern, auch wenn Ärzt:innen oder Patient:innen im Rahmen des gedolmetschten Gesprächs auf die dritte Person Plural ausweichen. So eine Dolmetschung hat einen positiven Einfluss auf den Verlauf des Gesprächs und stellt ein gewisses Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen her (vgl. Tebble 1999 und Barkowski 2007:81).

Darüber hinaus setzt sich Barkowski mit der Meinung von Meyer (2004) auseinander, der von einer semantischen Dolmetschstrategie im Aufklärungsgespräch, bei der die Übermittlung der Fachinformation von Ärzt:innen zu Patient:innen handelt, überzeugt ist. Seine Überzeugung basiert sich darauf, dass Patient:innen in einem nicht gedolmetschten Gespräch nachfragen müsste, falls ihnen etwas nicht klar sein sollte. (2007:82). Sie vertritt dennoch die Meinung, dass eine halbkommunikative Dolmetschstrategie in diesem Fall vom Vorteil wäre, diese bedeutet, dass Dolmetscher:innen im medizinischen Bereich genau den Fachbegriff dolmetscht, damit das Gespräch weiterhin als Experten-Laien-Gespräch gesehen werden kann.

(vgl. *ibid.*). Wenn Dolmetscher:innen auch über ein medizinisches Hintergrundwissen verfügen, so können sie die Rolle des „*clarifier*“ übernehmen, indem sie den gedolmetschten Begriff kurz erläutern. (Barkowski 2007:82, vgl. Niska 2002:133). Barkowski ist der Meinung, dass halbkommunikative Dolmetschstrategie Patient:innen hilft, die Erklärungen der Ärzt:innen besser zu verstehen, das Gespräch vertrauensvoller macht, sowie eine gewisse Zeitersparnis mit sich bringt, weil durch Nachfragen das Gespräch länger dauert. Es wäre auch wichtig anzumerken, dass Patient:innen sich dadurch keinesfalls ausgeschlossen fühlen dürfen (vgl. *ibid.*).

Zusammenfassend vertritt Barkowski die Meinung, dass eine asymmetrische Verfahrensweise beim Dolmetschen im Spital eine richtige Entscheidung wäre. Wenn die Dolmetschung von Patient:innen zu Ärzt:innen erfolgt, so soll semantisch gedolmetscht werden, damit Ärzt:innen alle Informationenerhalten und keine Details untergehen, die sich als wichtig erweisen können. Wenn die Dolmetschung von Ärzt:innen zu Patient:innen erfolgt und es sich um Fachausdrücke handelt, so sollten Spitaldolmetscher:innen halbkommunikativ dolmetschen. (vgl. *ibid.*).

## **8 Empirische Studie. Durchführung der Interviews mit Patient:innen und Ärzt:innen**

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wurden Themen wie Healthcare Interpreting, Dolmetscher:innen und ihr Selbstbild, sowie das Medizintourismus im Allgemeinen und das Aufklärungsgespräch erläutert. Hiermit wurde eine Basis zum praktischen Teil geschaffen, wo anhand der durchgeführten Interviews mit Ärzt:innen und Patient:innen in einem Privatkrankenhaus in Wien das Ziel der Arbeit erreicht, sowie die Beantwortung der gestellten Fragen für die empirische Studie Forschungsfragen erfüllt werden konnte.

### **8.1 Forschungsfragen und Ziel der Arbeit**

Das Ziel der Arbeit bestand darin, den Stellenwert der Dolmetscher:innen in einem bestimmten Setting nämlich ihrer Dolmetschtätigkeit bei den präoperativen Aufklärungsgesprächen im Krankenhaus aus der Sicht der ausländischen Patient:innen, sowie Ärzt:innen (Operateuren) zu untersuchen. Daraus ergaben sich zwei Forschungsfragen (RQ), welche mithilfe der durchgeführten Interviews zu beantworten waren. Die erste Forschungsfrage wurde formuliert als „Welche Rolle spielen Dolmetscher:innen aus der Sicht von Ärzt:innen und Patient:innen bei den Aufklärungsgesprächen chirurgischer Patient:innen?“. Die Zweite lautete „Welche Erwartungshaltungen bestehen seitens Ärzt:innen und Patient:innen an die Dolmetscher:innen?“

### **8.2 Erhebungsmethode und Begründung**

Als Ansatz für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden die Methoden der qualitativen Forschung ausgewählt. Mayring (2022:19) betont, dass die qualitative Wissenschaft vor allem auf das Individuelle und Einmalige fokussiert, während die quantitative Forschung das Allgemeine in den Vordergrund stellt. Froschauer & Lueger (2003:15ff.) unterstreichen ebenso, dass qualitative Forschung die befragte Person in den Vordergrund stellt und inhaltlich die Beurteilung der Situation von dieser vorsieht, da ihre individuelle Sichtweise bzw. aus ihrer eigenen Perspektive berichtet wird. Die qualitative Forschung beschäftigt sich mit der Struktur der Darstellung von sozialen Prozessen. Dies bedeutet, dass es zu verstehen gilt, was Menschen in bestimmten sozialen Situationen denken, wie sie handeln und welche Wirkung dieses Handeln auf ihre soziale Umgebung hat.

Da es in dieser Arbeit darum geht, die persönlichen Meinungen und Sichtweisen einzelner Personen genauer zu analysieren und zu untersuchen, schien mir die Methode der qualitativen Forschung am geeignetsten zu sein.

Des Weiteren wurden die Durchführung eines Interviews, sowie das Ausarbeiten eines Leitfadens als weitere Vorgehensweise der Untersuchung ausgewählt. Da der Bestand eines kommunikativen Aspektes des sozialen Systems die Durchführung des Interviews zu einem wichtigen Instrument der Beurteilung der Situation macht (vgl. Froschauer & Lueger 2003:20), entschied ich mich für diese Erhebungsmethode.

Froschauer & Lueger (2003: 15ff.) beschreiben einige Varianten der möglichen Gesprächsführung bzw. des Interviews an. Eine davon ist eine offene Formulierung der Fragen, die zur Verwendung kommen kann, um den Gesprächspartner:innen möglichst viel Freiheit zur Beantwortung dieser zu geben und sie nicht in ihren Erzählungen und Einschätzungen einschränken. So wurde die Reihenfolge der Fragen während der Interviews bewusst flexibel gehandhabt, um auf unerwartete Gesprächsentwicklungen eingehen zu können.

Da es in dieser Arbeit darum geht, die persönlichen Meinungen und Sichtweisen einzelner Personen genauer zu analysieren und zu untersuchen, schien mir die Methode der qualitativen Forschung am geeignetsten zu sein.

An dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass die Interviews leitfadengestützt durchgeführt wurden. Die Struktur des Interviewleitfadens, der im Anhang im Detail ersichtlich ist, wurde in Anlehnung an das im theoretischen Teil aufgearbeiteten Material erstellt. Für die Kategoriebildung wurden die bereits in dieser Masterarbeit erläuterten Kompetenzen von Pöchhacker und Barkowski als Ausgang genommen. Vor allem stellt das Anforderungs- und Aufgabenprofil für medizinische Dolmetscher, wie es Franz Pöchhacker (2000) in seiner Studie beschrieb, eine zentrale Referenz dar. Es wurden zwei verschiedene Gruppen: Ärzt:innen und Patient:innen, im Rahmen dieser Arbeit befragt und somit zwei unterschiedliche Versionen des Leitfadens entwickelt, um die Besonderheiten jeder Gruppe näher zu analysieren und zu beschreiben. Für Ärzt:innen wurden die Leitfäden in deutscher Sprache verfasst, während die Leitfäden der für die Patient:innen auf Russisch erstellt und anschließend ins Deutsche übersetzt wurden.

### **8.3 Durchführung**

Der Gedanke diese Art von Untersuchung mit Ärzt:innen und Patient:innen an der Wiener Privatklinik durchzuführen und in diese Arbeit zu implementieren, kam nach reichlicher Überlegung, sowie bewusster Entscheidung. Da ich auch mehrmals selbst als Dolmetscherin an der Wiener Privatklinik tätig war und zahlreiche Patient:innen zu den Ärzt:innen begleitete, schien es mir interessant die Situation von der anderen Seite zu betrachten und zu analysieren. Vor allem fand ich es spannend diese Art von Analyse bei chirurgischen Patient:innen

durchzuführen, denn in diesen Fällen geht es darum, etwaige gesundheitliche Fragen im Vorhinein bzw. vor der Operation zu klären und möglicherweise den Patient:innen auch Angst vor dem Eingriff zu nehmen.

Hermanns (2007: 361) betont, dass die qualitative Forschung mit einer Reihe spezifischer Aufgaben verbunden ist. Dazu zählen insbesondere die Auswahl geeigneter Teilnehmer:innen, die Festlegung eines passenden Zeitpunkts für die Durchführung der Gespräche sowie die Organisation geeigneter Räumlichkeiten, in denen die Interviews stattfinden können.

#### **8.4 Vorstellung der Gesprächsteilnehmer:innen**

Wie bereits oben erwähnt fanden die Gespräche von Jänner bis März 2025 an der Wiener Privatklinik statt. Mithilfe von Dolmetscher:innen erfuhr ich, wann Eingriffe und bei welchen Patient:innen stattfinden werden. Die Rekrutierung der Fachärzt:innen aus diversen chirurgischen Bereichen ergab sich zwangsläufig, da dies behandelnde Ärzt:innen der oben genannten Patient:innen waren. So wurden alle Teilnehmer:innen von mir im Vorfeld gefragt und zeigten sich kooperativ. Sie wurden über die Vorgehensweise und die Ziele informiert und zeigten sich interessiert. Es gab eine mündliche Einverständniserklärung, wo vorab angekündigt wurde, dass alle Daten ausschließlich zum wissenschaftlichen Zweck dienen und alle Teilnehmer:innen anonym bleiben. Insgesamt kam es im Rahmen dieser Masterarbeit zu sechs Gesprächen auf Russisch und Deutsch: drei mit Ärzt:innen und drei mit Patient:innen. Die Gespräche dauerten in der Regel zwischen 12 und 20 Minuten und wurden mittels Diktiergeräts aufgenommen und transkribiert. Die aufgezeichneten und transkribierten Interviews bildeten das zentrale Datenmaterial, das in einzelne Analyseeinheiten gegliedert und schrittweise ausgewertet wurde. Die Transkription selbst wurde wortgetreu durchgeführt und in Word Datei übertragen. Der Text wurde in Zeilen aufgeteilt und jede Zeile wurde nummeriert. Geräusche und Lauten wurden in runden Klammern ausgeführt

Es wurde beschlossen, alle interviewten Personen etwas ausführlicher vorzustellen, damit ein besseres Verständnis für die Ausgangssituation und auch Gesundheitsproblematik gewährleistet werden kann. Im Rahmen der Anonymität wurden die Teilnehmer:innen namentlich nicht genannt, daher wurden all Gesprächspartner:innen mit folgenden Abkürzungen versehen: „P für Patient:innen, „A“ für Ärzt:innen, ebenso wie mit einer Nummer, dass es zwischen 3 Patient:innen und 3 Ärzt:innen unterschieden werden konnte.

P1 ist eine 65-jährige Frau und kommt aus der Ukraine. Der Grund ihrer Reise war eine geplante Operation aufgrund lang bestehender Schmerzen im Bauchbereich, sowie Unterbauch.

Nach zahlreichen Untersuchungen, sowie symptomatischer Therapie, leider ohne lang ersehnten Erfolg, entschied sich die Patientin für eine „explorative Laparoskopie“, wo intraoperativ nach der Schmerzursache gesucht wurde. Patientin wollte den Eingriff nicht in ihrem Heimatland machen lassen, weil sie kein Vertrauen mehr in das „fehlerhafte“ medizinische System hatte. Mithilfe eines Familienmitglieds bekam sie die Telefonnummer von einer Dolmetscherin, die letztendlich einen Termin mit dem Chirurgen organisierte und in weiterer Folge einen Operationstermin vereinbarte.

A1 ist sowohl an den Privatkliniken in Wien als auch im AKH tätig und betreut immer wieder Patient:innen aus dem Ausland. Als Facharzt für Allgemein Chirurgie behandelt er sie sowohl konservativ als auch operativ und meint, dass der Kontakt zu den Patient:innen meistens über VermittlerInnen bzw. Dolmetscher:innen hergestellt wird, die eine Anfrage mit der Bitte um eine Begutachtung an ihn senden. Er betont, dass Patient:innen aus dem Ausland, vor allem aus der Ukraine, Russland und Rumänien kommend, öfters berufsbedingt sehr wenig Zeit haben und sich möglichst rasch eine Begutachtung wünschen. In diesem Fall erfolgte der Ablauf entsprechend der zuvor beschriebenen Vorgehensweise: Die Patientin stellte sich im Anschluss mit sämtlichen vorliegenden Befunden vor, wurde klinisch untersucht, und es wurde ein Operationstermin festgelegt. Der behandelnde Chirurg hob hervor, dass die Patientin zu diesem Zeitpunkt stark verunsichert war, da noch keine definitive Diagnose vorlag und ihr bestehendes Schmerzsyndrom bislang keinem klar definierten Krankheitsbild zugeordnet werden konnte. Gleichzeitig zeigte sie jedoch eine Hoffnung, dass der geplante operative Eingriff einen therapeutisch zielführenden Ansatz darstellen würde.

P2 ist eine Frau von 64 Jahren, aus der Ukraine kommend und bereits mit medizinischer Versorgung im Ausland vertraut, sie hat mehrmals Ärzt:innen zu Konsultationen, sowie Check-ups in Deutschland und Israel aufgesucht. Aufgrund eines bestehenden Kontaktes zu einer Vermittlerin/Dolmetscherin in Wien, hatte sie diverse Untersuchungen hierorts gemacht und beschloss anschließend, in Wien operiert zu werden. Es handelte sich um eine ausgeweitete Operation am Darm mit möglichen Komplikationen aufgrund der bestehenden Anamnese der Patientin. P2 betont mehrmals, dass sie „eine sehr große Angst“ und teilweise auch Ungewissheit vor der Operation hatte und dies nicht nur wegen der Narkose, sondern weil es letztendlich darum ging, ob sie einen künstlichen Darm bekommt oder doch nicht, falls von chirurgischer Seite die Möglichkeit besteht, die Situation intraoperativ anderes zu lösen.

A2 ist Allgemein Chirurg und spezialisierte sich auf Operationen im Bauchraum. Er arbeitet an der Universitätsklinik, betreibt seine eigene Ordination und operiert auch privat. Er berichtet, dass zunehmend mehr Patient:innen aus dem Ausland, vor allem Rumänien,

Russland, Ukraine aber auch arabischen Ländern mit unterschiedlichen Diagnosen nach Wien kommen und sich hier behandeln lassen. Der Chirurg betont, dass P2 äußerst verunsichert war, weil sie bis dato keine ernsthaften Gesundheitsproblemen hatte, nie vorher operiert wurde und sich in einem fremden Land einer Operation unterziehen musste.

P3 ist ein 53-jähriger Mann aus Russland stammend, der zu einer urologischen Operation nach Wien kam. Aufgrund seiner Beschwerden wurde er zuerst in Russland untersucht und hat daraufhin eine Operationsempfehlung bekommen. Der Patient hatte im Vorhinein die Klinik kontaktiert und seine Bilder geschickt. Er entschied sich bewusst für Wien, weil er aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit hierorts immer wieder ist und deshalb beides Arbeit und Gesundheit kombinieren wollte.

### **8.5 Auswertung und Kategorienbildung**

A3 ist ein Urologe, der ausschließlich privat operiert. In diesem Fall wurde A3 von der Auslandsabteilung der Klinik kontaktiert, mit der Bitte, sich die Bilder vom Patienten anzusehen. Nachdem er einen Behandlungsvorschlag machte und der Patient dem zustimmte, wurde ein Operationstermin festgelegt. Er betont, dass immer mehr Patient:innen in Begleitung von Dolmetscher:innen kommen, kann dennoch nicht sagen, ob es professionelle Dolmetscher:innen sind. Insgesamt unterstreicht A3, dass Patient:innen etwas entspannter sind, wenn sie in ihrer Muttersprache kommunizieren können. Die Auswertung der erhobenen Daten orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Als Hauptquelle dienen die verschriftlichten Interviews, die zur systematischen Auswertung in bedeutungstragende Abschnitte aufgeteilt wurden. Die im Vorfeld theoretisch abgeleiteten Kategorien fungieren dabei nicht nur als Ordnungsrahmen, sondern gewährleisten auch, dass zentrale Fragestellungen gezielt bearbeitet und unerwartete Inhalte dennoch berücksichtigt werden können. Durch diese Vorgehensweise wird eine nachvollziehbare und fundierte Auswertung sichergestellt.

Insgesamt erfolgte die Aufteilung in sechs Kategorien. Manche Kategorien sind direkt aus den Fragen des Leitfadens gebildet worden, manche sind als Ergebnis des Gesamtinterviews zu betrachten. Die weiteren Unterkapitel beschäftigen sich mit diesen Kategorien und die Einteilung der Kategorien stellt ich wie folgt dar:

1. Erfahrungen mit Dolmetscher:innen
2. Fachkompetenz und Ausbildung
3. Hohe Sprachkompetenz in beiden Arbeitssprachen
4. Empathie und Neutralität

5. Aufgaben und Erwartungen
6. Kulturelles Verständnis

### 8.5.1 Erfahrungen mit Dolmetscher:innen

Diese Kategorie bezieht sich auf die Eindrücke bzw. Empfindungen, welche sowohl Patient:innen als auch Ärzt:innen im Beisein der Dolmetscher:innen beim gedolmetschten Gespräch sammelten bzw. hatten. Alle drei Patient:innen, die in früheren Zeiten nicht nur präoperative Gespräche hatten, sondern auch diverse Untersuchungen, konnten über ihre Erfahrungen in der Gegenüberstellung Check-up vs. Operation berichten, ob es in diesem Setting zu unterschiedlicher Wahrnehmung von Dolmetscher:innen kam. Ihre Eindrücke schilderten auch Ärzt:innen, alle drei haben mit den Patient:innen immer wieder zu tun, und konnten so aus Ihrer Perspektive über die Erfahrungen mit den Dolmetscher:innen sprechen. Alle sechs Befragten berichten großteils von positiven Erlebnissen und Eindrücken mit Dolmetscher:innen und sehen sie als große Unterstützung und Hilfe im Arzt-Patient-Gespräch. Angesichts ihrer Erfahrung betonen beide Gruppen in Dolmetscher:innen nicht rein sprachliche SprachmittlerInnen zu sehen, sondern Personen, die über unterschiedliche Qualifikationen und Kompetenzen verfügen.

P1 betont, dass die Anwesenheit einer Dolmetscher:in bei dem präoperativen Aufklärungsgespräch für sie eine Erleichterung mit sich brachte: Sie fühlte sich wohler und befreiter und musste nicht „die Rolle einer starken Persönlichkeit aufrechterhalten“, sowie bei ihrer Tochter, die in früheren Zeiten teilweise als Dolmetscherin agierte (P1:26–30):

[...] Auch wenn es sich komisch anhören mag, konnte ich im Beisein der Dolmetscherin „ich selbst „sein. (P1:29)

P1 unterstreicht und empfindet die innere Ruhe, die Dolmetscher:in ausstrahlte, positiv und so gelingt es ihr die emotionale Anspannung im Hinblick auf die bevorstehende Operation abzumildern. Grundsätzlich vertritt die P1 die Meinung, dass eine ruhige Art der Dolmetscher:innen bei den Aufklärungsgesprächen von großem Vorteil ist, da sie somit Sicherheit vermitteln und auch Angst nehmen (P1: 49–51).

Auch P2 berichtet über positive Erlebnisse im Beisein ihrer Dolmetscher:in und empfindet ihre Anwesenheit als notwendig trotz vorhandener Englischkenntnisse. Vor allem unterstreicht die Patientin noch einmal den Unterschied zwischen klassischen Durchuntersuchungen und einer Operation und dadurch entstehender Stresssituation, wo

seitens der Patientin eine große Ungewissheit und Angst herrschte. Auch hebt sie hervor, durch die Anwesenheit ihrer Dolmetscher:in, weniger nervös bzw. viel ausgeglichener zu sein (P2: 11–18):

„Vor der Operation war ich die ganze Zeit angespannt, und dem Dolmetscher gelang es irgendwie, mir Ruhe zu vermitteln – das ist eine sehr wichtige Fähigkeit! (P: 14–16)“

Alle drei befragten Patient:innen unterstreichen, dass ihre Erfahrungen deshalb positiv waren, weil auch ihre Erwartungen in Erfüllung gingen. Beispielweise beschreiben P1 und P2 wie wichtig es für sie ist, dass Dolmetscher:innen Informationen adaptieren können, etwas ausführlicher berichten, das Gesagte noch einmal wiederholen um auf bestimmte Dinge aufmerksam zu machen. Für P3 hingegen zählt das präzise und prägnante. Durch unterschiedliche Ansichten kamen dennoch alle drei zu dem gewünschten Ergebnis im Rahmen ihres Gesprächs mit den Ärzt:innen.(P1: 43–46, P2: 26–30, P3: 28–32).

Die Auswertung der Interviews mit Ärzt:innen zeigt, dass die Präsenz der Dolmetscher:innen als stabilisierender Faktor wahrgenommen wird, der Vertrauen schafft und die Gesprächsatmosphäre positiv beeinflusst.

Auch wenn zum Beginn des präoperativen Gesprächs seitens der Patient:innen eine gewisse Zurückhaltung liegt (was auch mit seinem medizinischen Fach zu tun hat), wie A2 berichtet, gelingt es der Dolmetscher:in durch Vorsicht und Sensibilität diese Hürde zu überwinden und eine Entlastung für Patient:innen zu ermöglichen.

A3 betont, dass nicht nur Patient:innen Dolmetscher:innen brauchen, auch Ärzt:innen profitieren von ihrer Hilfe, indem sie sich um viele andere Dinge kümmern, die parallel zum Spitalaufenthalt laufen: Erfüllung organisatorischer Aufgaben, etwa die Koordination von Terminen oder die Abwicklung administrativer Fragen. Dies ermöglicht eine umfassende Betreuung, die auch die ärztliche Tätigkeit erleichtert. (A3: 47–51)

[...] Ich habe Patienten, die sehr gut Englisch können und trotzdem mit einem Dolmetscher kommen, weil man eben diese Sicherheit und Unterstützung haben will, man verstehe die Dinge richtig. (A3: 93–99)

A2 sieht die Dolmetscher:in als vollwertiges Mitglied in der Kommunikation, hat dennoch ein paar Anmerkungen und Kritikpunkte, die teilweise als Beeinträchtigung der Kommunikation

gesehen werden. In diesem Zusammenhang verweist A2 auf Notwendigkeit eines ausgewogenen Rollenverständnisses. (A2: 48–52)

Dolmetscher ist ein Glied in der Arzt-Patient-Kette. Wenn es ausfällt, fällt die Kette auseinander aber manchmal versucht man etwas mehr aus sich zu machen und präsenter zu wirken. Vor allem, wenn Patient und Dolmetscher beginnen sich untereinander zu unterhalten, der Dolmetscher versucht den Patienten aufzuklären, da verliert man als den Faden und fühlt sich irgendwie übergangen. Das ist mir dann zu viel, schließlich ist es eine Konversation zwischen Arzt und Patienten. (A2: 54–60).

Zusammengefasst machen die interviewten Ärzte darauf aufmerksam, dass sie durch die Präsenz von Dolmetscher:innen längere Gespräche führen müssen und mehr Zeit für die OP-Reversen benötigen. Sie empfinden es aber als akzeptabel und nicht störend. A1 streicht im Gegenteil das Positive heraus, indem Dolmetscher:innen unausgesprochene Unsicherheiten der Patient:innen aufgreifen und zusätzliche Fragen stellen. In seinen Augen wirkt es vertrauensfördernd und ist hilfreich. Weniger günstig erscheine ihm hingegen ein rein sachorientierter Stil, der sich ausschließlich auf die Wiedergabe der gesprochenen Inhalte beschränkt und die Interaktion stark verkürzt. (A1: 7–10).

### **8.5.2 Fachkompetenz und Ausbildung**

Diese Kategorie hilft zu verstehen, welche Rolle diese zwei Qualifikationen bei einem gedolmetschten Gespräch spielen und in welcher Form im Rahmen des gedolmetschten Gesprächs darauf geachtet wird. Diese Kategorie sollte zu einer Schlussfolgerung verhelfen, wie sehr und ob verschiedene Ausbildungswege, sowie Dolmetschstudium oder auch ein Medizinstudium die Qualität der Kommunikationsvermittlung beeinflussen, ein Fundament für sprachliche und methodische Kompetenzen schafft und somit ein präzises und korrektes Dolmetschprodukt gewährleistet werden kann. Die Ausführung dieser Kategorie erlaubte mir, zum Teil unterschiedliche Ansichten kennenzulernen und das Ausmaß des Einflusses auf das Gespräch im Allgemeinen besser zu verstehen.

Die Interviews mit den Patient:innen zeigten, dass abgeschlossenes Studium oder formale Ausbildungsnachweise allein nicht als Garantie für qualitativ hochwertiges Dolmetschen wahrgenommen werden. Für P1 ist zum Beispiel vielmehr entscheidend die Fähigkeit, medizinische Inhalte korrekt und präzise übertragen zu können und nicht ein Dolmetschdiplom, das zwar eine gute Grundlage bieten kann, jedoch nicht automatisch das erforderliche Maß an

medizinischem Fachwissen oder psychologischem Feingefühl sicherstellt. Somit betont P1, dass praktische Erfahrung und thematische Spezialisierung hier eine viel wichtigere Rolle spielen. Das unterstreicht die P1, indem sie von einer Begegnung mit einer professionellen Dolmetscher:in berichtet. (P1: 64–70)

[...] Wir begannen das Gespräch, und sie übersetzte zwar korrekt und beherrschte beide Sprachen, stellte jedoch ständig „nicht ganz zum Thema passende“ Rückfragen – sowohl an mich als auch an den Arzt. Dadurch entstand der Eindruck, dass die Übersetzerin in der medizinischen Fachmaterie nicht besonders sicher war [...]. (P1: 71–76)

Auch P2 macht darauf aufmerksam, dass für ihn nicht der formale Bildungsweg, sondern die tatsächliche Kompetenz der Dolmetscher:in entscheidend war. Zu der aufgeworfenen Frage bezüglich Professionalismus als Ergebnis einer Ausbildung, waren sich sowohl P2 als P3 einig, dass das professionelle Dolmetschen für sie wiederum nicht der Abschluss ist, sondern vielmehr die Eigenschaft detailliert und inhaltlich korrekt das Gesprochene zu übertragen. Es ginge darum, Bedeutung und Priorität wesentlicher Inhalte erfassen und angemessen gewichten zu können. (P3:27–30). Für P2 ist beispielsweise entscheidend, dass Dolmetscher:innen medizinische Terminologie sicher beherrschen, sich in der fachlichen Thematik orientieren können und den Kern des Gesagten erfassen und vermitteln, auch wenn dies manchmal zusätzliche Erläuterungen erfordert. Sie betont, es komme vielmehr auf eine Kombination aus Sprachbeherrschung, medizinischem Fachwissen und Einfühlungsvermögen an, um die Botschaft des Arztes vollständig und verständlich weiterzugeben. (P2: 22–25).

P3 hebt in diesem Zusammenhang hervor, die Notwendigkeit durch Erfahrung gewachsenen Fachwissens, die beispielsweise durch wiederholte Einsätze bei den Arzt-Patient-Gesprächen entsteht: Dolmetschung komplexer Operationsaufklärungen, Gesprächen mit Chirurg:innen und Anästhesist:innen. P3 setzt fort und betont, dass Ausbildung nicht gleich Professionalismus, praxisorientierte Routine und die Fähigkeit zentrale Informationen hervorzuheben sind, für sie ein ebenso wichtiger Bestandteil von Qualität und zeigt, dass Dolmetscher:innen professionell agieren. Eine Dolmetschausbildung wird als vorteilhaft betrachtet, ist allerdings für die Patient:innen kein ‚Muss‘. (P3: 23–32).

Die Auswertung der drei ärztlichen Interviews macht deutlich, dass Fachwissen, medizinisches Hintergrundverständnis und professionelle Erfahrung die entscheidenden Kriterien für eine hochwertige Dolmetschleistung darstellen. Dabei rückt die formale Übersetzerausbildung zwar ins Blickfeld, wird jedoch von allen Ärzt:innen nicht als

ausschlaggebend betrachtet. An dieser Stelle gibt es gewisse Parallelen mit den Aussagen von den Patient:innen, die diese Meinung ebenso teilen.

A1 macht darauf aufmerksam, dass gerade bei chirurgischen Aufklärungsgesprächen ein tiefes Verständnis der medizinischen Terminologie notwendig ist:

In meinen Augen ist dies gerade im chirurgischen Bereich unerlässlich, denn wenn vor allem bei den Aufklärungen darum geht die einzelnen Operationsschritte näher zu bringen, ist eben ein Fachwissen notwendig um charakteristischen Bezeichnungen oder Namensgebungen entsprechend dolmetschen zu können und damit auch den Inhalt adäquat transportieren zu können. (A1: 16–20).

In weiterer Folge bringt A1 die Fähigkeit interpretieren zu können zum Ausdruck. So zeigt es sich, dass aus ärztlicher Perspektive nicht die wortwörtliche Übersetzung im Vordergrund steht. Besonders im chirurgischen Umfeld kommt es darauf an, dass Dolmetscher:innen die Kernaussagen erfassen, verdichten und inhaltlich richtig deuten, um Patient:innen die medizinischen Abläufe, möglichen Risiken und Konsequenzen verständlich zu vermitteln. Technische Details können dabei bewusst ausgelassen werden, solange die wesentliche Bedeutung und Tragweite korrekt übermittelt werden. Diese Fähigkeit, Informationen situationsgerecht zu interpretieren und zielgerichtet weiterzugeben, wird als zentrales Merkmal professioneller Dolmetschqualität angesehen. Dies ist wiederum dann möglich, wenn man die wichtigsten Dinge aus dem fachlichen Kontext herausbekommen kann und sich mit dem Thema auseinandersetzt. (A1: 25–30).

Auch A3 unterstreicht das Vorhandensein fachlicher Kompetenz in Bezug auf das zu vermittelnde medizinische Fachwissen, sodass ein Gefühl vermittelt werden kann, mit der Materie vertraut zu sein, um dementsprechend die medizinischen Dinge in weiterer Folge auch sprachlich korrekt zu transportieren, sowie den rechtlichen Anforderungen der Aufklärung gerecht zu werden. Hier zeigt sich, dass ausschließlich sprachliche Kompetenz nicht ausreichend ist: Dolmetscher:innen müssen den medizinischen Kontext im Aufklärungsgespräch nachvollziehen können, um auch die Bedeutung und Tragweite einzelner Aussagen korrekt wiederzugeben. Für ihn ist fachliche Souveränität ein Zeichen von Professionalität und zugleich ein Beitrag zur Rechtssicherheit ärztlicher Aufklärung. (A3: 37–41).

Da ich doch oft operiere und mit Patienten Aufklärungsgespräche führe, wo auch rechtliche Aspekte präsent sind (der Patient muss zu Gänze über den Ablauf, Risiken, Komplikationen aufgeklärt worden sein), ist mir das fachliche Verstehen seitens der Dolmetscher viel wichtiger. (A3:42–45)

A2 ergänzt diese Perspektive und betont, dass sich Professionalität nicht allein durch ein abgeschlossenes Studium nachweisen lässt, sondern vielmehr durch Erfahrung, Gelassenheit und die Fähigkeit, mit der Komplexität des Themas umzugehen:

[...] Wie gesagt, ob es ausgebildete Dolmetscher oder nicht, ist für mich nicht relevant. Wichtig ist, dass wir beide Patient und ich mit der gedolmetschten Information arbeiten können. Professionalität besteht in meinen Augen darin, sich gut mit dem Thema auszukennen und dies für den Patienten verständlich zu machen. [...] (A2: 25–29)

Insgesamt zeigt die Einschätzung der interviewten Ärzt:innen dass Ausbildung und Fachwissen nicht allein in einem formalen Abschluss zu verorten sind, sondern vielmehr in einer Kombination aus sprachlicher Kompetenz, fundiertem medizinischem Verständnis und professioneller Haltung. Besonders in sensiblen Bereichen wie der Chirurgie oder der präoperativen Aufklärung ist diese Kombination unerlässlich, um Missverständnisse zu vermeiden und Patient:innen ein umfassendes Verständnis ihrer Behandlung zu ermöglichen.

### **8.5.3 Hohe Sprachkompetenz in beiden Arbeitssprachen**

Mit dieser Kategorie sollte überprüft werden, welchen Stellenwert eine hohe Sprachkompetenz der Dolmetscher:innen im gedolmetschten Gespräch hat und wie stark beide Gruppen die Qualität der Dolmetschleistung mit der perfekten sprachlichen Beherrschung verbinden. So wurde diese Fähigkeit aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Alle durchgeführten Interviews verdeutlichen, dass Sprachkompetenz als unverzichtbare Grundlage für professionelles medizinisches Dolmetschen gilt, sie wird jedoch von Ärzt:innen und Patient:innen nicht als alleiniges Qualitätsmerkmal verstanden. Sowohl Patient:innen als auch Ärzt:innen gehen selbstverständlich davon aus, dass Dolmetscher:innen beide Sprachen fließend beherrschen. Diese Fähigkeit wird als Basiskriterium gesehen, ohne das ein qualitativvolles Dolmetschen gar nicht möglich ist. So wird diese Aussage noch einmal von dem A2 unterstrichen und präzisiert:

[...] Irgendwie erwarte ich es mir auch, denn ich glaube, ohne gute Sprachkenntnisse als Basis ist eine gute Übersetzung nicht möglich. Das ist irgendwie wie ein Arzt ohne anatomisches Wissen, man wird es auf Umwegen erklären können, aber es ist irgendwie nicht zackig.[...]  
(A2: 39–42)

P1 betrachtet Sprache als ein notwendiges Werkzeug: Sie muss nicht nur korrekt, sondern auch flüssig und natürlich klingen, damit ein Gespräch über ernste medizinische Themen Vertrauen schafft. P2 plädiert dafür, dass eine holprige Ausdrucksweise das Gesamterlebnis beeinträchtigt und Unsicherheiten auslöst. (P1: 63–67).

An dieser Stelle soll man dennoch die Anmerkung von A3 nicht außer Acht lassen, für den die Sprachkompetenz zwar wichtig sein mag, dennoch nicht eine entscheidende Rolle für die Qualität des Dolmetschproduktes ist:

[...] Wird hier ein Genetiv oder ein Dativ verwendet, wenn Sie darauf hinauswollen, ist für mich als Arzt nicht sehr wichtig. Das fällt mir zwar auf, aber zerstört das Gesamtbild nicht. Wichtig, dass ich verstehe, was der Dolmetscher im Auftrag vom Patienten mir mitteilen möchte. (A3: 39–42)

In diesem Sinne sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass fast alle Befragten die Sprachkompetenz sehr eng mit Fachwissen und Fachkompetenz verbinden. Entscheidend ist nicht ein wortgetreues Übertragen, sondern, dass die inhaltliche Bedeutung vollständig erfasst und weitergegeben wird. Dafür braucht es mehr als bloße Sprachgewandtheit: Erforderlich ist eine Verbindung aus sicherem Umgang mit beiden Sprachen, einem fundierten Verständnis medizinischer Zusammenhänge und der Fähigkeit, Fachbegriffe für Patient:innen einzuordnen und zu erklären. Erst dieses Zusammenspiel aus sprachlicher Kompetenz und medizinischem Hintergrundwissen gewährleistet aus ihrer Sicht eine qualitativ hochwertige Dolmetschleistung.

#### **8.5.4 Empathie und Neutralität**

Diese Kategorie untersuchte, soll untersuchen, wie groß der Handlungsspielraum von Dolmetscher:innen in puncto Neutralität aus der Perspektive der Patient:innen und Ärzt:innen sein darf, ob beide Gruppen sich Neutralität wünschen und ob eine rein neutrale Haltung bei den präoperativen Gesprächen überhaupt realisierbar ist.

In weiterer Folge wurde auch die Empathie in eine Gegenüberstellung zur Neutralität gebracht. Hier wird erfasst wie die Erwartungshaltung seitens Ärzt:innen und Patient:innen sein

darf und wie sehr und ob Dolmetscher:innen sich stark persönlich einbinden dürfen. Es geht hier darum herauszufinden und zu erörtern, ob eine Balance zwischen professioneller Neutralität und empathischer Handhabung zu finden ist und die Sichtweise beider Gruppen zu genauer zu betrachten.

Dolmetscher:innen werden als aktiver Teil der Kommunikation verstanden, beinahe als „Verlängerung“ von Ärzt:in oder Patient:in, je nachdem, wer gerade spricht. Für Patient:innen ist dabei nicht nur die korrekte inhaltliche Wiedergabe entscheidend, sondern auch das Gefühl, wirklich gehört und in der eigenen Situation verstanden zu werden. Damit rückt eine Balance zwischen Neutralität und empathischer Begleitung in den Mittelpunkt. Einerseits dürfen Dolmetscher:innen keine Partei ergreifen oder durch persönliche Wertungen den Gesprächsverlauf beeinflussen. Andererseits wird erwartet, dass sie emotional mitgehen, beruhigen und Spannungen abfedern, insbesondere wenn Gespräche von Ängsten, Unsicherheiten oder gar Konflikten geprägt sind. Ärzt:innen als auch Patient:innen greifen diesen Aspekt auf, wenn auch nicht immer aus gleichen Blickwinkeln, die im Folgenden genauer beleuchtet werden.

Für P2 ist zum Beispiel emotionale Anteilnahme an dem Arzt-Patient-Gespräch ausdrücklich ein Zeichen von der Stärke und nicht von der Schwäche: Gerade in der belastenden Situation einer bevorstehenden Operation seien Angst und Unsicherheit allgegenwärtig, weshalb der Dolmetscher nicht nur Sprachmittler, sondern auch ein wichtiges emotionales Gegengewicht darstelle. Sie empfindet die mitfühlende Haltung des Dolmetschers nicht als Störung der Neutralität, sondern als notwendige Ergänzung im medizinischen Setting: (P2: 38–42)

Ich möchte, dass meine Emotionen verstanden werden, und wenn die Übersetzung eher „trocken“ als einfühlsam ist, ist es sehr schwer, eine gemeinsame Ebene zu finden. Das bedeutet nicht, dass der Dolmetscher offen Partei ergreifen soll, doch Anteilnahme und Unterstützung sind für mich wichtig. (P2: 43–46)

Hiermit macht P2 darauf aufmerksam, dass Dolmetscher:innen keine Position ergreifen, sondern vielmehr „mitgehen“ und die emotionale Dimension sensibel aufnehmen sollten. Ihre Perspektive unterstreicht sie damit, dass Neutralität und Mitgefühl nicht im Widerspruch stehen, sondern sich ergänzen können, wenn es darum geht, eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zu schaffen. (P2: 50–55).

P3 teilt beispielsweise ebenso die Meinung, dass Neutralität und Empathie beim Dolmetschen nicht als Gegensätze, sondern als sich ergänzende Qualitäten verstanden werden können. Für P3 liegt der Schwerpunkt dennoch klar auf der professionellen Distanz:

Im Großen und Ganzen spreche ich mich für Neutralität aus und würde sagen, dass der Dolmetscher unbedingt versuchen sollte, unvoreingenommen zu bleiben und das Gesagte klar und ohne emotionale Reaktionen zu übertragen. Das heißt, die Informationen ruhig weiterzugeben – selbst dann, wenn etwas unpassend wirkt oder den eigenen moralischen Überzeugungen widerspricht. (P3: 66–69)

Des Weiteren betont P3, dass gerade in einer angespannten Situation wie vor einer Operation diese Haltung entscheidend sei, um dem Arzt wie auch dem Patienten Sicherheit zu geben und Konfliktsituationen zu meiden.

Gleichzeitig wird auch seitens P3 anerkannt, dass völlige Gefühllosigkeit in der medizinischen Kommunikation fehl am Platz wäre. Empathie wird in diesem Sinne weniger als offenes Mitfühlen, sondern als feine und zurückhaltende Präsenz, die das Vertrauen schafft und das Gespräch ausbalanciert. So wird für P3 deutlich, dass Ruhe und Unparteilichkeit dennoch mit einer spürbaren menschlichen Anteilnahme verbunden werden müssen. (P3: 70–75).

Nicht nur Patient:innen sprechen von einer Balance zwischen neutralem und emotionalem Verhalten in der Dolmetschpraxis. So beschreibt A1 die Dolmetschtätigkeit als „ständiges Austarieren zwischen Einfühlungsvermögen und Zurückhaltung“, behauptet dennoch, es sei nicht vermeidbar, weil nur so eine tragfähige Beziehung „Arzt-Patient“ entstehen könnte. A1 betont auch, dass Dolmetscher:innen Stimmungen und Ängste aufgreifen, damit beide Seiten ein vollständiges Bild bekommen.

Gleichzeitig sieht A1 die Notwendigkeit, dass Dolmetscher:innen eine neutrale Haltung bewahren. Sie sollen zwar Gefühle wahrnehmen und so vermitteln, dass auch der Arzt sie versteht, dürfen sich dabei jedoch nicht mit der Patientenseite identifizieren oder eigene Wertungen einfließen lassen. Für A1 liegt die Schwierigkeit also darin, beides zu verbinden: die sensible Weitergabe von Emotionen, ohne die professionelle Distanz zu verlieren. (A1: 61–68).

In den Aussagen von A3 wird deutlich, dass Empathie für ihn ein zentrales Element professionellen Dolmetschens im medizinischen Kontext darstellt. Zwar hebt A3 die sachliche und präzise Weitergabe von Informationen als Kernaufgabe hervor, betont jedoch ebenso, dass empathisches Handeln unabdingbar ist. (A3:77–80). Für A3 entsteht ein echtes

Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten nur dann, wenn Dolmetscher:innen neben der reinen Dolmetschtätigkeit auch einfühlsam agieren:

[...] der Dolmetscher muss die Empathie aufbringen um auch dem Arzt es zu zeigen, weil das ein Vertrauensverhältnis ist und in einem Vertrauensverhältnis hat man Empathie zu zeigen. Aber nicht nur dem Arzt, auch dem Patienten, letztendlich geht es um Operation, Spitalsaufenthalt, Risiken, etc. (A3: 79–82)

P2 verstärkt diesen Blickwinkel, indem für die Patientin das Bedürfnis nach Schutz und Vertrauen in den Vordergrund rückt. Für P2 sind Dolmetscher:innen nicht nur sachliche VermittlerInnen, sondern jemand, dem man sich öffnen können muss, um alle gesundheitlichen Informationen ehrlich zu teilen. (P3: 39–45). Diese Meinung teilt auch A3, welcher in seinen Äußerungen darauf aufmerksam macht, dass sobald die Barriere dank des empathischen Zugangs überwunden ist, ist auch das Vertrauen da. (A3: 72–75). Dieses Vertrauensverhältnis wird laut P2 ebenso auch „durch kleine Gesten der Unterstützung, etwa das Anbieten, persönliche Dinge zu halten“ noch verstärkt, denn diese Handlungen stehen sinnbildlich für Empathie stehen und machen deutlich, dass emotionale Nähe für ein gelungenes Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch entscheidend sein kann. (P2: 54–57).

In diesem Sinne soll zusammengefasst werden, dass Meinungen und Empfindungen von Ärzt:innen und Patient:innen zum Teil kontrovers waren. Basierend auf den vorliegenden Aussagen darf festgehalten werden, dass es sich hier um ein Spannungsfeld zwischen professioneller Neutralität und menschlicher Empathie handelt. Während professionelle Distanz erforderlich ist, um die inhaltliche Genauigkeit und Objektivität der Kommunikation zu sichern, zeigt sich zugleich, dass Empathie eine unverzichtbare Voraussetzung für Vertrauen und Verständigung bildet. Dolmetscher:innen übernehmen damit eine doppelte Funktion – sie sind sprachliche Überträger:innen und zugleich emotionale Stützpunkte innerhalb des Arzt-Patienten-Gesprächs.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Dolmetschtätigkeit im medizinischen Bereich auf einer ausgewogenen Balance zwischen Neutralität und Mitgefühl beruht. Neutralität bedeutet in diesem Zusammenhang nicht emotionale Distanz, sondern die Fähigkeit, Empathie kontrolliert und reflektiert in den Kommunikationsprozess einzubringen.

### **8.5.5 Aufgabenprofil und Erwartungen**

Beide Gruppen sollten darüber sprechen, wie sie Dolmetscher:innen empfinden und welche Funktionen diese im medizinischen Kommunikationsprozess einnehmen. Damit wurde

erfasst, wie ihre Tätigkeit im Zusammenspiel von Ärzt:innen und Patient:innen zu positionieren ist und welche Rolle sie im Gespräch übernehmen. Außerdem wurde auch über Erwartungen aus unterschiedlicher Perspektive an die Dolmetscher:innen gesprochen. Durch die Analyse dieser Kategorie sollten zentrale Schwierigkeiten im Dolmetschprozess erfasst werden.

Alle interviewten Teilnehmer betonen übereinstimmend, dass die Anwesenheit einer sprachmittelnden Person die Gesprächssituation deutlich verbessert und einen positiven Einfluss hat. A1 sieht beispielsweise die Beteiligung für den reibungslosen Verlauf sogar beim Arzt selbst:

Ganz zum Beginn: Wenn es sich um einen ausländischen Patienten handelt, bin ich fürs Einsetzen eines Dolmetschers, aber ein guter Dolmetscher soll in meinen Augen nicht auffallen. Das setzt jedoch eine gewisse Disziplin des Arztes voraus und es ist oft nicht einfach diese Selbstdisziplin aufzubringen, nämlich eher kürzere Sätze von sich zu geben und dem Dolmetscher ausreichend Zeit einzuräumen, um zu dolmetschen. (A1: 31–36).

A1 setzt fort und erklärt, dass die Arbeit von Dolmetscher:innen eine Kombination aus sprachlicher Präzision, kulturellem Verständnis, situativem Anpassungsvermögen und kommunikativem Geschick erfordert, um den Dialog aktiv zu steuern und auf die Bedürfnisse beider Seiten einzugehen. Dadurch wird deutlich, dass Dolmetschen eine gestaltende Rolle im Gespräch einnimmt, die Verständigung, Orientierung und ein ausgewogenes Miteinander zwischen den Beteiligten ermöglicht. (A1: 44–49).

P1 unterstreicht, dass Dolmetscher:innen keine bloße „Maschinen“ sind und sieht in ihnen eine Art „Verlängerung“ vom Arzt oder von der Patientin, je nachdem wer gerade spricht. Die Patientin macht deutlich, dass Dolmetscher:innen sich deren Rolle bewusst sein sollten, nicht nur Worte zu übertragen, sondern die eigentliche Problematik erfassen zu können. Für die Patientin ist es ebenso wichtig, dass Dolmetscher:innen zum Teil auch selbstständig agieren und Schwerpunkte setzen. Auch wenn das Gespräch etwas länger dauert und Dolmetscher:innen eine wiederholte Verdeutlichung der wichtigen Punkte vornehmen, empfindet P1 dies als nicht störend. (P1: 81–88).

Zentral erscheint hier die Fähigkeit der Dolmetscher:innen einerseits den Inhalt zu bewahren, andererseits aber durch geschickte Betonung, Erläuterung und sprachliche Anpassung die Verständlichkeit zu erhöhen. So wird gleichzeitig die Rolle der Dolmetscher:innen als Moderator:innen sichtbar, die in emotional angespannten Momenten die

Kommunikation glätten und den Dialog in konstruktiven Bahnen halten. Den Dolmetscher:innen wird in diesem Fall eine aktive Aufgabe gegeben, die Richtung und Dynamik des Gesprächs mitgestalten. (P1: 82–85, 94–96)

Die Patientin betont ebenfalls, dass auch wenn gewisse Kenntnisse in der Fremdsprache vorhanden sind, ist die Kommunikation in der Muttersprache im medizinischen Kontext sehr wichtig - dank der Muttersprache haben Patient:innen beispielsweise die Möglichkeit, ihre komplexen Gedanken, Symptome oder Sorgen besser und klarer ausdrücken. (P1: 105–109).

P2 unterstreicht eine Mehrdimensionalität der Dolmetscher:innen und verweist darauf, dass Dolmetschen nicht nur als technische, sondern als soziale und zwischenmenschliche Tätigkeit verstanden wird: (P2: 41–43).

Der Dolmetscher ist für mich sowohl eine Hilfe, ein Psychologe und ein Manager, als auch selbstverständlich eine Fachkraft, die vor allem die medizinische Terminologie beherrscht. [...] (P2: 80–82)

Aus den Aussagen des P3 wird sichtbar, dass Dolmetscher:innen eine Art Qualitätssicherung der Kommunikation übernehmen. Sie beobachten aktiv, ob die Botschaften beim Gegenüber ankommen, und treffen Entscheidungen darüber, wo im Gespräch Schwerpunkte gesetzt werden müssen, um Klarheit zu schaffen. Dabei zeigt sich eine strategische Dimension ihrer Arbeit: Sie wählen, worauf sie achten, und können durch gezielte Hervorhebung bestimmter Punkte den Verlauf des Gesprächs beeinflussen, ohne selbst inhaltlich einzugreifen. (P3: 103–104).

Dolmetscher:innen agieren somit als neutrale Moderator:innen, die den Austausch strukturieren und Missverständnisse aufzeigen. Zudem wird deutlich, dass die Dolmetscher:in eine erwartungsorientierte Rolle übernimmt: Sie soll die Kommunikation so gestalten, dass sie für beide Seiten optimal ist, also die Effektivität und Verständlichkeit steigert.

A2 verweist darauf, dass die Aufgabe der Dolmetscher:innen ein Balancieren zwischen Präsenz und Zurückhaltung ist. Einerseits tragen Dolmetscher:innen die Verantwortung dafür, dass das Gespräch zwischen Arzt und Patient sprachlich gesichert ist und aktiv bleibt, andererseits dürfen sie den Dialog so gestalten, dass die Kommunikation zwischen den eigentlichen Gesprächspartnern im Mittelpunkt bleibt. Damit werden Dolmetscher:innen als vermittelnde, aber teils sichtbare Instanz verstanden – sie sind notwendig, um das Gespräch zu ermöglichen, dürfen aber den natürlichen Fluss und die Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht überlagern. A2 plädiert für eine exakte Dolmetschung und Eins zu Eins Übertragung des Gesagten.: (A2: 54–60).

[...] das Produkt beschränkt sich für mich doch in der Vermittlung von dem, was der Arzt sagt. Ich erwarte mir eine exakte Übersetzung, ohne Auslassungen oder eigener Interpretation. (A2:62–64)

Die Aussage betont, dass ihre Aufgabe darin besteht, die Verständigung zu ermöglichen, ohne das Gespräch an sich zu reißen und etwas „hineinzudeuteln“. A2 spricht von einer klaren Rollenaufteilung bei dem präoperativen Gespräch, wo der Arzt das Gespräch steuert und das Sagen hat.

Diese Ansichten teilt auch A3 mit und sieht die primäre Aufgabe der Dolmetscher:innen in der genauen Vermittlung der Informationen, sagt dennoch zugleich, dass Dolmetscher:innen nicht nur aufgrund sprachlicher Barrieren gebraucht werden, sondern auch eine unterstützende und absichernde Funktion im Arzt-Patienten-Gespräch übernehmen. Ihre Anwesenheit vermittelt Patient:innen das Gefühl, dass sie richtig verstanden werden und nichts missgedeutet wird. Selbst wenn sprachlich keine Hilfe nötig wäre, sorgen Dolmetscher:innen für Verlässlichkeit und Sicherheit in der Kommunikation. Außerdem weist A3 darauf hin, dass Dolmetscher:innen häufig auch praktische Aufgaben übernehmen und Patient:innen weit über das Gespräch hinaus begleiten. Damit beschreibt er ihre Rolle als vielschichtig und unterstützend, nicht auf Dolmetschen begrenzt. (A3: 94–98).

Dieser Aspekt wird auch von der P2 erwähnt, die sich sogar wünscht, dass Dolmetscher:innen auch als Organisator:innen agieren und Sachen übernehmen, die nicht direkt mit dem Dolmetschprozess zu tun haben - sie unterstreicht das Gefühl eines vertrauten Kontaktes.

A3 vergleicht Dolmetscher:innen mit Psycholog:innen und sieht ihre Aufgabe darin, Patient:innen in diesem Aspekt zur Seite zu stehen. A3 unterstreicht auch hier wie stark er ihre Rolle über das rein Sprachliche hinaus bewertet: Sie sollen nicht nur Inhalte übertragen, sondern auch die emotionale Dimension des Gesprächs sensibel begleiten:

[...] Jeder Patient erlebt die Operation auf seine eigene Art und Weise, dieses Gespür wie man die komplexen Dinge möglichst behutsam rüberbringt ist absolut hoch anzurechnen. (A3: 30–32)

Dennoch sieht A3 gleichzeitig eine Herausforderung darin, einen Ruhepol für die Patient:innen zu sein, Stärke zu zeigen und insbesondere vor den Operationen eine Stütze zu sein, denn, so wie A3 betont, es verlangt viel Kompetenz, in einem Umfeld mit potenziell stressigen oder belastenden Eindrücken souverän zu bleiben. Dolmetscher:innen müssen solche Fähigkeiten

wie Belastbarkeit, Konzentration unter Stress und situative Anpassungsfähigkeit entwickeln, und diese sind entscheidend, um die Präzision und Kontinuität der Kommunikation aufrechtzuerhalten. (A3: 19–28).

Der psychologische Aspekt als eine Erwartung wird von P1 und P2 ebenso angesprochen. P1 betont, dass Wissen und Fachsprache zwar unverzichtbar sind, dass aber ebenso viel Wert auf zwischenmenschliche Feinfühligkeit gelegt werden muss. Dolmetscher:innen sollen das Gespräch aufmerksam wahrnehmen, gezielt nachfragen, erklären oder wiederholen und gleichzeitig beruhigend wirken, was wiederum bedeutet, dass die psychologische Komponente eine sehr wichtige Rolle spielt. (P1: 82–88).

An dieser Stelle muss ebenso erwähnt, dass ein Teil der interviewten Ärzt:innen die zentrale Bedeutung der Aufgaben, die Dolmetscher:innen übernehmen, so wahrnehmen und betonen, indem sie eine Parallele zwischen der Qualität des gedolmetschten Gesprächs und dem medizinischen Ergebnis ziehen. Die Antwort auf A2 unterstreicht diese Aussage wie folgt:

[...] Ein einfaches Beispiel, es wird nicht dazugesagt, dass Patient Blutverdünnung nimmt. Intraoperativ habe ich dann mit einer unerwarteten Blutung zu tun, die für den Patienten eine zusätzliche Komplikation darstellt, das kann böse enden. (A2: 69–71)

A3 verdeutlicht die Wesentlichkeit der Leistung von Dolmetscher:innen in dem gesamten Behandlungsprozess mit folgenden Worten:

[...] Wenn Dolmetscher mir nur die Hälfte sagt, sich zögert, weil in Schwierigkeiten gerät, beziehungsweise nicht richtig dolmetscht, dann haben wir ein Problem. Ich bin auf seine oder ihre Antwort angewiesen. [...] letztlich gibt der Patient sein Einverständnis zur Operation ab. (A3: 88–92)

Hiermit lässt sich auch feststellen, dass Aufgabenprofil der Dolmetscher:innen im Gleichschritt mit Erwartungshaltung an sie geht. P1 betont, dass zusammen mit der fachlichen Kompetenz, die unabdingbar ist, sind auch persönliche Ausstrahlung und Auftreten von Dolmetscher:innen entscheidend, um ein gewisses Vertrauen und Sicherheit, wovon oben gesprochen wurde, herzustellen:

[...] die Person muss einem sympathisch sein, und von ihr sollte eine gewisse innere Sicherheit ausgehen, dass sie weiß, was sie tut, und dieses Vertrauen überträgt sich auf mich als Patientin. (P1: 49–53)

Darüber hinaus erklärt P1, dass eine ruhige, einfühlsame Ausdrucksweise wesentlich dazu beiträgt, dass Patient:innen sich verstanden und emotional gestützt fühlen. Diese Ansicht wird ebenso von der P2 geteilt, die sie bestätigt und betont, dass die von der Dolmetscherin ausgestrahlte Ruhe und Gelassenheit sie positiv gestimmt haben. P2 setzt weiter fort und erklärt, dass von Dolmetscher:innen daher erwartet wird, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Patient:innen Hemmungen und Unsicherheiten loswerden können. Dies setzt nicht nur sprachliche Kompetenz, sondern auch soziale Sensibilität, Diskretion und emotionale Intelligenz voraus. Die Herausforderung besteht darin, gleichzeitig professionelle Distanz zu wahren und dennoch ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen, das Offenheit und Verständigung ermöglicht. (P2: 50–55).

P3 erwähnt beispielsweise, dass Loyalität seitens Dolmetscher:innen von großer Bedeutung ist und dies auch als eine gewisse Erwartung beschreibt. Es wäre auch wichtig zu erwähnen, dass es nicht mit Neutralität zu vergleichen ist, wovon bereits oben gesprochen wurde. Loyalität zeigt sich in der Fähigkeit, sowohl dem Arzt als auch dem Patienten mit Respekt und gleicher Wertschätzung zu begegnen. Diese Haltung verlangt ein hohes Maß an innerer Ausgeglichenheit und professioneller Selbstkontrolle, was wiederum eine Herausforderung mit sich bringt. (P3: 70–74).

An dieser Stelle wäre noch ein wichtiger Punkt aufzugreifen: Wenn von den Erwartungen und Aufgabenprofil gesprochen wird, so ist es interessant zu verstehen, wie das Befinden der Dolmetscher:innen im Raum die Aufgabe unterstreicht und ersichtlich macht. Diese Frage wurde sowohl Ärzt:innen als auch Patient:innen gestellt, um ihr Bild der Dolmetscher:innen zu komplettieren.

Die Ergebnisse waren eher unterschiedlich, was auch das oben Gesagte widerspiegelt. Ärzt:innen plädieren weiterhin für eine klare Rollenaufteilung, welche auch Berufscodex zu finden ist (*conduit*). A2 äußert sich dazu wie folgt:

[...] Wenn Dolmetscher sich etwas auf der Seite befindet, finde ich es gut. Ich glaube, diese Sitzordnung gibt schon vor, in welchem Rollenverhältnis wir zu einander stehen. Das Gespräch möchte ich letztlich mit dem Patienten führen, auch wenn mithilfe eines Dolmetschers. (A2: 87–90)

Patient:innen hingegen wollen Dolmetscher:innen bei sich haben und begründen es mit der erklärenden und unterstützenden Rolle, so genannten „Interessensvertreter“ (*advocate*), die Dolmetscher:innen im Gespräch annehmen. Patient:innen sehen zwar an, dass Ärzt:innen sich in einer führenden Position befinden und geben somit eine Bildarstellung als „Dreieck“ an,

wo Ärzt:innen an der Spitze sind, betrachten dennoch Dolmetscher:innen als vollwertige und gleichwertige Teilnehmer:innen der Kommunikation. P1 und P2 unterstreichen, dass durch das Positionieren der Dolmetscher:innen an der Seite der Patient:innen das Vertrauen entsteht.

Hiermit kann festgestellt werden, dass jede Gruppe der Interviewten ihre eigene Vorstellung hat, wie die Kommunikation am besten funktioniert, dennoch behaupten beide, sowohl Ärzt:innen als auch Patient:innen, dass Augenkontakt, Mimik, Gestik den Gesprächsverlauf positiv beeinflussen. Beide sprechen von einer vertrauten Atmosphäre, die dadurch entsteht, sowie zusätzlichen „Verständigungshilfe“, auch wenn man unterschiedliche Ansichten zu dem Positionieren im Raum hat.

Die Antworten der interviewten Personen zeigen, dass Dolmetscher:innen in präoperativen Gesprächen eine zentrale und vielschichtige Funktion übernehmen und ihre Aufgaben komplex und vielfältig sind. Da dies als zentral und komplex in dieser Arbeit gesehen werden darf, kommt die vollständige Analyse der Ergebnisse im letzten Punkt des vorliegenden Kapitels.

#### 8.5.6 Kulturelles Verständnis

Durch diese Kategorie sollte gezeigt werden wie Dolmetscher:innen sich der kulturellen Unterschiede bewusst sind und diese ausgleichen können, sodass dadurch das gegenseitige Verständnis unter Beibehalten von kulturellem Verständnis gewährleistet werden kann. Dieses wird von beiden Gruppen im Arzt-Patient Gespräch für wichtig oder sogar für grundlegend erachtet. Den Wunsch nach kultureller Angleichung oder Anpassung sprechen beide Gruppen an, auch wenn man sich in der gesamteuropäischen Kultur befindet und in diesem Fall Patient:innen aus der ehemaligen Sowjetunion bzw. osteuropäischen Ländern kommen. So mögen die religiösen Unterschiede hier nicht so gravierend sein, genauso wie die Rolle einer Frau bzw. eines Mannes, in der Gesellschaft wie es in Nahem Osten der Fall ist. Dennoch werden solche Aspekte wie Intimität, Krankheit oder Umgangsformen von beiden Gruppen aufgrund kultureller Herkunft teilweise unterschiedlich betrachtet. So wie man Patient:innen oder Ärzt:innen in diesem Zusammenhang erlebt, wird auch die Rolle der Dolmetscher:innen definiert. Für A3, zum Beispiel, genießen Dolmetscher:innen in diesem Zusammenhang eine aufklärende Rolle (*clarifier*), wo eine gewisse Selbständigkeit zum Tragen kommt:

Man muss natürlich die Ausgangskultur verstehen, dass man weiß, wie gewisse intime Fragen man als Dolmetscher angeht, aber auch in die Sprachkultur, in welche gedolmetscht wird- allein schon

bei den Untersuchungen, wo es um den körperlichen Kontakt, Entkleiden, etc geht. Ich würde mir zum Beispiel von den Dolmetscher:innen erwarten, dass sie es untereinander mit dem Patienten klären, weil ich mich hier schwer einbringen kann [...] (A3:63–67)

A2 betont beispielsweise, dass durch Dolmetscher:innen kulturelle Unterschiede als solche erkannt werden. Sie agieren als kulturelle Brückenbauer:innen und können dadurch mögliche Missverständnisse im Vorfeld abfangen und bewältigen, was in weiterer Folge den Verlauf und Erfolg der Behandlung beeinflussen kann. Außerdem verbinden Dolmetscher:innen für jede Gruppe existierende Normen mit einander und helfen Ärzt:innen und Patient:innen, die Kommunikation an die jeweiligen kulturellen Erwartungen anzupassen.

[..]Es war schon sehr gut dies zu wissen, weil damit habe ich die Wichtigkeit dieses Verfahrens unterstrichen, und dementsprechend des Genesungserfolg. Sonst hätte die Patientin eine andere Erwartungshaltung gehabt und wäre mit dem Ergebnis nicht zufrieden gewesen. (A2:81–84)

A1 betrachtet die Interaktion zwischen zwei Kulturen in erster Linie als eine Herausforderung für die Dolmetscher:innen, in der sie eine sensible Vermittlungsrolle einnehmen, wenn kulturelle Unterschiede im Umgang mit Krankheit und Offenheit aufeinandertreffen. So übernehmen sie zum Teil moderierende Funktion, indem sie die Kommunikation so gestalten, dass diese verständlich, respektvoll und situationsangemessen erfolgt. (A1:52–57).

Patient:innen unterstreichen ebenso die beratende und aufklärende Funktion der Dolmetscher:innen, indem sie durch ihr Agieren kulturelle Unterschiede auffassen und somit helfen, die Erwartungshaltung und Verhaltensweise zu definieren. P2 und P3 betonen beispielsweise, dass dieses vermittelte Wissen bzw. Aufklärung halfen, die Spitalstruktur, Hierarchie, finanziellen Gegebenheiten und interne Regeln besser zu verstehen und die Erwartungshaltung anzupassen, was dazu führt, „mögliche Konflikte vermeiden zu können“. Auch wenn diese Aspekte nicht direkt mit ärztlicher Leistung zu tun haben, sondern ein Teil der organisatorischen Tätigkeit sind, sind sie ein Teil des Gesamtproduktes und Interaktion Arzt-Patient und beeinflussen damit den gesamten Ablauf. (P2: 80–85, P3: 26–32).

## 9 Diskussion

Die Ergebnisse aus den Interviews zeigten, dass Dolmetscher:innen bei den präoperativen Gesprächen und in ihrer Tätigkeit allgemein eine Vielzahl an Aufgaben zu erfüllen haben und ihre Rolle dadurch auch sehr vielfältig ist. Das Selbstbild der Dolmetscher:innen, das im theoretischen Teil genauer beschrieben wurden, war nicht das Hauptziel der Untersuchung. Die Interviews mit Ärzt:innen und Patient:innen konnten Daten dazu liefern, wie beide Gruppen die Dolmetscher:innen betrachten, welche Erwartungshaltung sie haben und welche Anforderungen an sie gestellt werden. In diesem Sinn werden hier Ansichten und Vorstellungen der beiden Gruppen resümiert und dementsprechend Schlussfolgerungen gezogen.

An dieser Stelle ist zu betonen, dass die Sicherstellung einer klaren und verständlichen Kommunikation zwischen Patient:innen und Ärzt:innen im Mittelpunkt steht. Dolmetscher:innen tragen dazu bei, das Gespräch geordnet zu gestalten und Missverständnisse zu vermeiden. Auf diese Weise wird die Verständigung erleichtert und Vertrauen geschaffen. Hinzu kommen weitere Aspekte, wie Vertrauen, Offenheit und Interaktion, die vor dem Eingriff eine besondere Wichtigkeit darstellen und aufgebaut werden müssen. Außerdem erwarten Patient:innen, dass Dolmetscher:innen eine aufklärende Aufgabe übernehmen, indem sie Fachausdrücke nicht nur in die Muttersprache übertragen, sondern diese auch interpretieren und erklären. Dolmetscher:innen steuern das Gespräch und müssen ein richtiges Maß für alles im Kommunikationsprozess finden, dass beide Seiten maximal profitieren können. Sie agieren somit als Bindeglied zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient:innen, dass sowohl fachlich präzise als auch menschlich sensibel vermittelt.

Die Empathie bzw. Emotionalität werden von beiden Gruppen teilweise unterschiedlich, dennoch auch überschneidend bewertet. Patient:innen betonen die emotionale Dimension des Dolmetschens und sehen in der Empathie keine Gefahr für das Dolmetschen. Ganz im Gegenteil wollen Patient:innen in den Dolmetscher:innen eine vertrauensvolle Person sehen und erleben Dolmetscher:innen als eine emotionale Hilfe, die ihnen das Gefühl vermittelt „‘ernst genommen‘ zu werden“ und möchten den Dolmetscher:innen vertrauen. Ärzt:innen sehen beispielsweise die Rolle der Dolmetscher:innen durch Ruhe und professionelle Distanz geprägt. Für sie steht Neutralität vor emotionaler Einbindung. Empathie wird durchaus als wichtig anerkannt, jedoch eher in einer kontrollierten und zurückhaltenden Form. Man muss dazu sagen, dass die Antworten des männlichen Patienten, der befragt wurde, sehr der von den männlichen Ärzten ähnelt. Ob Gender hier in den Empfindungen und Rollenzuteilung eine Bedeutung spielt, wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht.

Gleichzeitig lassen sich aber auch gemeinsame Schnittstellen erkennen. Beide Gruppen stimmen darin überein, dass gänzlich emotionsloses Dolmetschen unpassend wäre und die Verständigung beeinträchtigen könnte. Sowohl Patient:innen als auch Ärzt:innen erkennen an, dass empathisches Verhalten Vertrauen schafft – die Frage ist lediglich, wie viel und in welcher Form Empathie angemessen ist.

Es soll hier auch erwähnt werden, dass die Ausgangslage bzw. Perspektiven von Anfang an unterschiedlich waren und dementsprechend die Erwartungshaltung: Es treffen zwei Welten aufeinander und zwar Patient:innen, die ihre Symptome, Fragen und Sorgen umfassend ausdrücken wollen, um möglichst viel Information an die Ärzt:innen vor einer Operation zu vermitteln und Ärzt:innen, die in erster Linie zwecks medizinischer Versorgung ans Licht treten und sich eine exakte und präzise Dolmetschung wünschen, sodass die von ihnen gegebenen Informationen vollständig und korrekt weitergeleitet werden und aus medizinischer Sicht keine Unklarheiten entstehen.

Nichtsdestotrotz soll hier gesagt werden, dass alle sechs interviewten Personen positive Erfahrungen mit Dolmetscher:innen gesammelt haben und ihre Rolle als wichtiges Glied im Arzt-Patient Gespräch unterstreichen haben. Für die Patient:innen stellt die Anwesenheit einer Dolmetscher:in eine spürbare Erleichterung und emotionale Unterstützung dar. Sie ermöglicht es, sich ehrlich und natürlich auszudrücken, Ängste abzubauen und Sicherheit zu gewinnen – insbesondere in einer Situation, die durch Stress und Unsicherheit geprägt ist. Auch aus Sicht der Ärzt:innen tragen Dolmetscher:innen entscheidend zu einer Stabilität im Gespräch bei. Ihre Präsenz wirkt strukturierend und vermittelt ein Gefühl von Sicherheit – sowohl für Patient:innen als auch für das medizinische Personal.

Wenn man von der Rolle der Dolmetscher:innen spricht, so kommen unterschiedliche Rollen zur Anwendung. Hinzu soll gesagt werden, dass es keine bestimmte oder eindeutige Rolle gibt, die Dolmetscher:innen charakterisiert. In der Regel werden Dolmetscher:innen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und können diese oder jene annehmen, je nachdem in welcher Hinsicht und von wem sie gerade „bewertet“ werden. So sehen beispielweise sowohl Ärzt:innen und Patient:innen in den Dolmetscher:innen Personen, die eine bestimmte Expertise haben, was ihrer Rolle als *professional* entsprechen würde. Alle Interviewteilnehmer:innen verwenden das Wort „Professionalität“ in Zusammenhang mit hoher Sprach- und Fachkompetenz und nicht unbedingt mit einem angeschlossenen Universitätsstudium oder Ausbildung aus solcher. Auch medizinische Kenntnisse werden als ein Vorteil genannt. Des Weiteren erwähnen vor allem die Patient:innen die innere Ruhe, das sichere Auftreten und eine Überzeugung von der eigenen Tätigkeit als Zeichen des Professionalismus. Das findet auch die

Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Arbeit von Hsieh, die im theoretischen Teil erwähnt wurde, wo Dolmetscher:innen selbst als professional gesehen werden wollten und so gewisse Strategien an den Tag legen müssen und zur Anwendung zu bringen, was auch anhand des Interviews auch zu finden war. Wenn man von den Strategien spricht, so besteht diese für die Patient:innen darin, die Inhalte richtig zu vermitteln und die Informationen zugänglicher zu machen, das Wichtigste zu betonen und auf das Gesagte aufmerksam zu machen. Ärzt:innen plädieren für eine korrektes Dolmetschprodukt und erachten es als hilfreich, wenn Dolmetscher:innen nachfragen, präzisieren oder wie bei Hsieh zu finden ist „Situation interpretieren und Bedeutung mitgestalten“. Es ist eine Voraussetzung für eine richtige Dolmetschung- zuerst den Ausgangstext richtig verstehen damit eine professionelle Dolmetschung entstehen kann.

Eine weitere Rolle, die aus den Ergebnissen resultiert werden kann ist eine *conduit* Rolle, die im CCHCP-Kodex zu finden ist. Sie wird als ein Ausgangswert in den wissenschaftlichen Arbeiten von Hsieh und Niska erwähnt, wo Dolmetscher:innen als möglichst transparente aber nicht eingreifende VermittlerInnen definiert werden. Auch Neutralität spielt bei den beiden eine sehr wichtige Rolle. In dieser Arbeit lässt sich die *conduit* Rolle vor allem auf die Aussagen von den Ärzt:innen zurückführen und unterstreicht noch mehr die neutrale Stellung der Dolmetscher:innen bei den Gesprächen. Alle drei Ärzt:innen betonen eine gewisse Unsichtbarkeit der Dolmetscher:innen als ihre Wunschvorstellung. Laut A1 soll ein Dolmetscher „nicht auffallen“, A2 ist skeptisch, wenn der Dolmetscher versucht in den Vordergrund zu rücken, und A3 wünscht sich eine exakte und wörtliche Weitergabe. In diesem Sinne wird die Rolle der Dolmetscher:innen von ihnen primär als sachorientierte Informationsübermittlung verstanden, Sachlichkeit und Unaufdringlichkeit haben hier die oberste Priorität.

Bei den Patient:innen ist die Eindeutigkeit des *conduit* Models nicht immer ersichtlich, denn die Erwartungshaltungen unterscheiden sich. Während P3 klar dafür plädiert, alles seitens der Dolmetscher:innen was der Arzt sagt zu dolmetschen und möglichst neutral zu bleiben, was einem klassischen *conduit* Model entsprechen würde, betont beispielsweise P1, dass Dolmetscher:innen „keine Maschinen sind“ und sich auf jeden Fall eine emotionale Beteiligung und Begleitung von Dolmetscher:innen bei dem Gespräch erwartet. P2 teilt diese Meinung ebenso. Diese Aussagen widersprechen beispielsweise dem Bild von Dolmetscher:innen nach Bot, welche sie als „*translation machine*“ beschreibt. Auch eine erklärende Funktion und Sicherstellung, dass alles verstanden wurde, benötigt zusätzliche und präzisierende Fragen, die Dolmetscher:innen aus der *conduit* Rolle „lockt“ und in ein anderes Rollenmodell versetzt.

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass die *conduit* Rolle bei den präoperativen Gesprächen nur begrenzt umsetzbar ist, denn aufgrund der emotionalen Belastung, Angst und Unsicherheiten stößt dieses Rollenmodell schnell an seine praktischen Grenzen. Es stellt damit ein berufliches Ideal oder normatives Leitbild dar als eine realistische Umsetzung in der Dolmetschpraxis.

Eine weitere Rolle, auf welche aus den Ergebnissen zu schließen ist, ist die *manager* Rolle. Laut Hsieh werden Dolmetscher:innen als aktive Organisationsator:innen beschrieben. Das findet auch einen Zuspruch bei den Patient:innen in den Interviewgesprächen: Sie sprechen von einer wichtigen Steuerung des Gesprächs dank Dolmetscher:innen und preisen ihre Eigenschaft zu intervenieren hoch an, wenn es notwendig ist. Sei es die Wiederholung des Gesagten oder eine Anpassung der Sprechweise. Auch A1 spricht sich für das aktive Begleiten des Gesprächs durch Dolmetscher:innen aus, allerdings mit Maß. Daher wird die etwas neutrale *conduit* Rolle teilweise mit einer aktiven *manager* Rolle ersetzt, wo die Aufgaben der Dolmetscher:innen an Zuständigkeit gewinnen, was sowohl von den Patient:innen als auch Ärzt:innen positiv beurteilt wird. Patient:innen wünschen sich eine Interaktion mit dem medizinischen Personal sowie Wissen über die interne Regel und Abläufe.

Des Weiteren soll auch betont werden, dass in Hsiehs Modell die *manager* Rolle nicht nur die Organisation des Gesprächsablaufs, sondern auch die ökonomische Nutzung der vorhandenen Kapazitäten umfasst. Ärzt:innen sprechen von einem Abnehmen organisatorischer Tätigkeit wie zum Beispiel Kostenvoranschläge und somit einer Möglichkeit sich mehr auf medizinische Aspekte zu konzentrieren.

Auch die von Niska beschriebenen Rollen des *clarifier* und des *culture broker* spiegeln sich in den Ergebnissen dieser Arbeit wider. Besonders Patient:innen bringen die Erwartung zum Ausdruck, dass Dolmetscher:innen nicht nur sprachlich vermitteln, sondern auch klärend eingreifen, wenn Formulierungen unverständlich sind oder Bedeutungen präzisiert werden müssen.

Im kulturellen Bereich zeigt sich dieses Bedürfnis noch deutlicher: Selbst, wenn die kulturellen Differenzen zwischen den Beteiligten nicht besonders ausgeprägt sind, bleibt die reibungslose, von Missverständnissen freie Verständigung auf kultureller Ebene entscheidend. Beide Gruppen, sowohl Ärzt:innen als auch Patient:innen, sind darauf angewiesen, dass potenzielle Unklarheiten, die aus unterschiedlichen Wertvorstellungen, Kommunikationsstilen oder sozialen Normen entstehen könnten, frühzeitig abgedeckt werden. So kann angenommen werden, dass Dolmetscher:innen in der Praxis häufig in die Rolle des *clarifier* schlüpfen, wenn inhaltliche oder sprachliche Aspekte erklärungsbedürftig sind, und als *culture broker* agieren,

sobald kulturelle Unterschiede aufeinandertreffen und zusätzliche Orientierung notwendig wird.

Die *advocate* Rolle wird in den Ergebnissen nicht konkret angesprochen. Es liegt auch teilweise daran, dass diese Rolle in einem Spannungsfeld zu Neutralität steht. Wie sehr eine Dolmetscher:in in das Gespräch eingreift, muss abgewogen werden. A3 sieht sogar eine gewisse Gefahr darin, dass es „zu viel ist“. Somit erschien mir die Eindeutigkeit dieser Strategie bzw. dieser Rolle in dieser Arbeit nicht gegeben.

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass die Tätigkeit von Dolmetscher:innen bei den präoperativen Gesprächen von einer großen Vielfalt an Erwartungen und Aufgaben geprägt ist. Zum Teil liegt es daran, dass zwei Gruppen – Ärzt:innen und Patient:innen, ihre Arbeit auf unterschiedliche Art und Weise betrachten und ihre eigene Vorstellung zum Stellenwert der Dolmetscher:innen haben. Dadurch entsteht ein breites und vielschichtiges Rollenprofil.

## 10 Schlusswort

In dieser Arbeit wurde der Stellenwert der Dolmetscher:innen bei chirurgischen Aufklärungsgesprächen im Medizintourismus untersucht. Der Zweck dieser Untersuchung lag darin, einen differenzierten Einblick in die vielschichtigen Aufgaben, sowie Anforderungen, die an die Dolmetscher:innen gestellt werden, zu gewährleisten. Auf Grundlage der theoretischen Ansätze sowie der Analyse der erhobenen Interviewdaten wurde die Rollenwahrnehmung der Dolmetscher:innen aus der Perspektive von Ärzt:innen und Patient:innen näher untersucht und analysiert.

Die Analyse zeigt, wie komplex, multifaktoriell und situationsabhängig die Rollen von Dolmetscher:innen sind. Sie decken ein breites Rollenrepertoire ab und werden von den Interviewteilnehmer:innen zum Teil unterschiedlich bewertet und betrachtet. In diesem Sinne lässt sich festhalten, dass es keine eindeutige von Dolmetscher:innen angenommene Rolle anhand der Ergebnisse festgestellt werden konnte. Sie adaptieren sich, je nachdem in welche Richtung sich das Gespräch entwickelt. Vielmehr ist es eine Kombination aus mehreren Strategien, die zur Anwendung kommen und Dolmetscher:innen in ihrem Alltag charakterisieren. Es liegt teilweise auch daran, dass die Vorstellungen und Erwartungshaltung seitens der Ärzt:innen und Patient:innen von vorn herein abweichen: Eine reibungslose bzw. positiv bewertete Kommunikation bedeutet für die Ärzt:innen eine neutrale, zurückhaltende Stellung der Dolmetscher:innen, mit einer klaren Intention das Gesagte zu übertragen, während die Patient:innen sich eine aktive, „sichtbare“ und unterstützende Rolle wünschen. Dennoch traten gleichzeitig auch deutliche Parallelen zutage, die besonders den wichtigen Beitrag von Dolmetscher:innen im präoperativen Arzt-Patienten-Gespräch betonen und ihre Rolle als unverzichtbare Unterstützung im medizinischen Prozess hervorheben.

Mit der vorliegenden Arbeit wird ein Beitrag zur differenzierten Darstellung des Stellenwertes von Dolmetscher:innen im medizintouristischen Kontext sowie zur transparenten Analyse der unterschiedlichen Erwartungen der beteiligten Gruppen geleistet.

## 11 Bibliographie

Allaoui, Raoua (2005). *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Interdisziplinäre Reihe: Migration – Gesundheit – Kommunikation. Band 1. Göttingen: Cuvillier Verlag, 13-28.

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

Angelelli, Claudia V. (2012). *Medicine*. In: Paulston Christina Bratt, Kiesling Scott F., Rangel Elizabeth S. (Hg.) *The Handbook of Intercultural Discourse and Communication*. Wiley and Blackwell, Chichester 430-449.

Angelelli, Claudia V. (2014). *Interpreting in the healthcare setting: access in cross-linguistic communication*. In: Hamilton, Heidi E. /Chou Wen-ying, Sylvia (Hg.) *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. London/New York, 574.

Bancroft, Marjory (2015). *Community Interpreting. A Profession Rooted in Social Justice*. In: Mikkelsen & Jourdenais (Hg.), 215-217.

Barowski, Marja (2007). *Dolmetschen im medizinischen Bereich*. Diplomarbeit. Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ).

Berg, Waldemar. 2008. „*Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*.“ München: Oldenburg Wissenschaftsverlag. 131; 169-175.

Bischoff, Alexander (2020). The evolution of a healthcare interpreting service mapped against the bilingual health communication model: a historical qualitative case study. In: *Public Health Review* (2020) 41:19, 3-20.

Bolden, Galina (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. In: *Discourse Studies* 2/4,387-417.

Boscher, Leonore. (2017). Patientenvermittler-Chance und risiko. In F.-M. Kirsch & J. Juszcak (Hrsg.), *Medizintourismus: Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*, 114-131.

Bot, Hanneke (2015). „*Interpreting in mental health care*“, In: *The Routledge Handbook of Interpreting*, 254-264.

Bührig, Kristin/Meyer, Bernd (2009). *Gespräche zwischen Patienten und Ärzten – Ein- und mehrsprachige Anamnesen im Krankenhaus*. In: *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Klusen, Norbert, Fließgarten, Anja, Nebling, Thomas (Hrsg.) Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 189-203.

Carrera, Percivil M, & Bridges, John F.P. (2006). *Globalization and healthcare : Understanding health and medical tourism*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 447-454.

Cohen, E. (2008) ‘Spas, wellness & human evolution.’ In: M. Cohen & G. Bodeker (eds) *Understanding the global spa industry: spa management*. Elsevier: Oxford.

Cushing, Annie (2003). „*Interpreters in medical consultations*“. In: Tribe, Rachel/ Raval, Hitesh (Hrsg.) *Working with Interpreters in Mental Health*. Hove: Brunner-Routledge, 30-53.

Davidson, Brad (2002). A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse. In: *Journal of Pragmatics* 34 (9). New York: Elsevier, 1273-1297.

Ehlich, Konrad/Rehbein Jochen (1972a). *Zur Konstitution pragmatischer Einheiten in einer Einstitution: das Speiserestaurant*. In: Wunderlich D., (Hrsg.) *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt: Athenäum.

Ehrbeck, Tilman; Guevara, Ceani; Mango, Paul D. (2008): Mapping the market for medical travel. In: *The McKinsey Quarterly*. McKinsey&Company.

Froschauer, Ulrike, und Manfred Lueger (2003). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: UTB.

Garber, Nathan (2000). *Community Interpretation: A Personal View*. In: Roberts R.P. , Carr S. E., Abraham D. & Dufour A. (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the 2nd international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Vancouver, BC, Canada, 19- 23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 11-20. Gee, Chuck & Eduardo Fayos-Sola ( Hrsg) (1997). *International tourism: a global perspective*. Madrid: World Tourism Organization.

- Hale, Sandra B. (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hermanns, Harry (2007). Interviewen als Tätigkeit. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung-Ein Handbuch* (5) 360-369. Rowohlt.
- Hsieh, Elaine (2008). „I’m not a robot!“ Interpreters’ views of Their Roles in Health care Settings“, In: *Qualitative Health Research* 18 (10): 1367–1383.
- Iacono, Katia. (2021). *Dolmetschen im Medizintourismus: Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen in Deutschland und Österreich*. Narr Francke Attempto Verlag.
- Illing, Kai-Torsten (2009) *Gesundheitstourismus und Spa-Management*. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag
- Jung, Sybille. (2004). *Das präoperative Aufklärungsgespräch: Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Baden-Baden: Nomos.
- Juszczak, Jens (2017) *Russische Patienten in deutschen Kliniken: Erfahrungen und Herausforderungen*. In: F.-M. Kirch & J. Juszczak (Hg.) *Medizintourismus – Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 36-71.
- Mayring, Philipp (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13). Beltz
- Metzger, Melanie (1999). *Sign language interpreting: Deconstructing the Myth of Neutrality*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Mellinger, Christopher (2021). *Preparing informed users of language services in public service interpreting courses. Differentiated learning outcomes for a diverse student population*. In: *Global Insights into Public Service Interpreting. Theory, Practice and Training*. edited by R. Moratto and D. Li, 171–184. London: Routledge.
- Meyer, Bernd (2002). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung*. Münster: Waxmann.
- Meyer, Bernd (2004). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Band 13, Münster: Waxmann Verlag GmbH.

Mishler, Elliot G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood NJ: Ablex Publishing Company.

Niska, Helge (2002). *Community interpreter training. Past, present, future*. In: Garzone G./Viezzi M. (Hg.) *Interpreting in the 21st Century: Challenges and opportunities. Selected papers from the 1st Forlì Conference in Interpreting Studies, 9-11 November 2000*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 133-144.

Pöchhacker, Franz (2000 und 2007). *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH.

Pöchhacker, Franz (2001) *Translatorische Kompetenz*. In: Kellertat, Andreas F. (Hg.) *Dolmetschen. Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bluxelles, New York, Oxford, Wien: Lang.

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

Pöllabauer, Sonja (2002). *Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren*. In: I. Kurz, A. Moisl (Hg.). *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: WUVUniversitätsverlag. 197-204

Rásky, Éva / Ressi, Gerald / Anderwald, Christine (2003). *Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscher:innen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz*. In: Pöllabauer S./Prunč E. (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 107- 126.

Ritter, Sabine (2013). *Ärztliche Aufklärungspflicht*. In: Medmedia Verlag (Hrsg.), *Die Ärztliche Aufklärungspflicht-Inhalt, Umfang und Ausnahmen*. MedMedia.

Roberts, Roda (1997). *Community Interpreting Today and Tomorrow*. In: Carr S. E. / Roberts R.P./ Dufour A./Steyn D. (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community-Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings*. Amsterdam: John Benjamins, 7-26.

Roggio, Antoine (2010). *Aspekte aus dem Medizinrecht zur Arzt-Patient-Beziehung* [Vorlesungsunterlage]. Institut für Rechtsmedizin, Universität Bern.

Rulle, Monika (2004). Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. München/Wien: *Profil*.

Rulle, M., Hoffmann, W., Kraft, K. (2010). *Erfolgsstrategien im Gesundheitstourismus*. Berlin, Erich Schmidt Verlag

Shuy, Roger (1979). Language policy in medicine. Some emerging issues. In: *Language public life*. Washington. D.C.: Georgetown University Press.

Slavu, Maria-Luiza (2017). *Dolmetschen im Krankenhaus - Eine Fallstudie zum rumänischen Medizintourismus*. Universität Wien: Masterarbeit.

Valero-Garcés, Carmen (2005). „Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges“, In: *Interpreting* 7:2, 193-210

Von Engelhardt, M. und Hermann, Ch ( 1999). *Humanisierung im Krankenhaus*. Weinheim und München, Juventa Verlag

Wadensjö, Cecilia (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman

Weiss, Regula & Stuker, Rahel. (1999). „Wenn Patienten und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen – Konzepte zur Übersetzungspraxis“, In: *International Journal of Public Health* no.38. Basel, Birkhäuser Verlag, 257-263

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

## 12 Internetquellen

Sigrist, Stephan; Fenner, Sophie (2009). Gesundheit global? Perspektiven und Thesen zum grenzüberschreitenden Wettbewerb um Patienten und die Zukunft des Medizinal- und Wellness-Tourismus.

<http://www.careum.ch/documents/20181/75972/Careum+Working+Paper+4+%28deutsch%29/004d8b87-40df-451b-9d1d-93fb3c02b7a6?version=1.0> (zuletzt besucht am 13.11.2023).

[https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1118903/umfrage/volumen-der-weltweit-fuehrenden-medizintourismusdestinationen/?utm\\_source=chatgpt.com](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1118903/umfrage/volumen-der-weltweit-fuehrenden-medizintourismusdestinationen/?utm_source=chatgpt.com) (besucht am 13.11.2023)

Baierl, Sandra & Hoepke, Simone (2016) Urlaub beim Doktor: Medizintourismus boomt <https://kurier.at/wirtschaft/businessoesterreich/urlaub-beim-doktor-medizintourismus-boomt/234.301.636> (besucht am 14.11.2023)

Hoepke, Simone. (2016) Das global boomende Geschäft mit Patienten [https://kurier.at/wirtschaft/medizintourismus-das-global-boomende-geschaeft-mit-patienten/215.396.443?utm\\_source=chatgpt.com](https://kurier.at/wirtschaft/medizintourismus-das-global-boomende-geschaeft-mit-patienten/215.396.443?utm_source=chatgpt.com) (besucht am 14.11.2023)

Löffler, Antonia (2016) Mauerblümchen Medizintourismus [https://www.diepresse.com/5034872/mauerbluemchen-medizintourismus?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.diepresse.com/5034872/mauerbluemchen-medizintourismus?utm_source=chatgpt.com) (besucht am 15.11.2023)

<https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/> (besucht am 21.11.2023)

## 13 Interviews

### 13.1 Leitfaden Fragen des Interviews

Fragen an PatientInnen:

1. Какими качествами должен обладать переводчик?  
*Über welche Eigenschaften sollten Dolmetscher:innen verfügen?*
2. Насколько важно переводческое образование при работе в сфере медицинского перевода?  
*Wie wichtig ist eine Dolmetschausbildung im Bereich des medizinischen Dolmetschens?*
3. Какие ощущения у Вас возникли в момент общения с переводчиком?  
*Welche Gefühle oder Eindrücke hatten Sie während der Kommunikation mit den Dolmetsche:innen?*
4. Насколько переводчик должен оставаться нейтрален или наоборот может проявлять эмоциональность?  
*In welchem Ausmaß sollten Dolmetscher:innen neutral bleiben, oder dürfen sie auch Emotionen zeigen?*
5. Имеет ли для Вас значение тот факт, где переводчик находится в момент разговора?  
*Spielt es für Sie eine Rolle, wo sich Dolmetscher:innen während des Gesprächs befindet?*
6. Насколько переводчик должен учитывать культурный аспект?  
*Wie sehr sollten Dolmetscher:innen kulturelle Aspekte berücksichtigen?*
7. С какими трудностями в Вашем понимании может столкнуться переводчик?  
*Mit welchen Schwierigkeiten können Dolmetscher:innen Ihrer Meinung nach konfrontiert werden?*
8. Можно ли считать переводчика психологом?  
*Sind Dolmetscher:innen auch Psycholog:innen?*
9. Каким был ваш опыт общения через переводчика?  
*Wie waren Ihre Erfahrungen bei der Kommunikation mit den Dolmetscher:innen?*
10. Какую все-таки позицию переводчик занимает в медицинской сфере? В чем состоят его задачи?  
*Welche Position nehmen Dolmetscher:innen letztendlich im medizinischen Bereich ein? Worin bestehen ihre Aufgaben?*

Fragen an ÄrztInnen:

1. Wie wichtig ist das Beherrschen vom Fachwissen für Dolmetscher:innen?
2. Was wäre dann die Aufgabe und Rolle der Dolmetscher:innen für Sie?
3. Gibt es kulturelle Besonderheiten bei den gedolmetschten Gesprächen?
4. Spielt es für Sie eine Rolle, wo Patient:innen und Dolmetscher:innen sich im Raum befinden und beeinflusst dies die Gesprächsführung?
5. Dürfen Dolmetscher:innen emotional werden?
6. Was sind für Sie Herausforderungen für einen Dolmetscher im medizinischen Bereich?
7. Wie wichtig ist für Sie die Sprachkompetenz?
8. Wie nehmen Patient:innen die Dolmetscher:innen wahr?
9. Werden die medizinischen Ergebnisse durch die Qualität des Dolmetschens beeinflusst?
10. Worin besteht für Sie die Rolle eines Dolmetschers bei den Aufklärungsgesprächen?
11. Welche Erfahrungen haben Sie mit Dolmetscher:innen gehabt?
12. Wie sichtbar oder unsichtbar sollen Dolmetscher:innen bleiben?

### 13.2 Vorwort Interview Russisch/Deutsch

Добрый день! Спасибо , что Вы согласились поучаствовать в интервью. Все данные , которые будут использоваться служат исключительно для исследования в научных целях в рамках мастерской работы.

Ваши фамилия и имя ни в коем случае не прозвучат. Если позволите, мы перейдем к вопросам и нашему общению.

*Guten Tag! Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, am Interview teilzunehmen. Alle Daten, die verwendet werden, dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen der Masterarbeit.*

*Ihr Vor- und Nachname werden auf keinen Fall genannt. Wenn Sie einverstanden sind, würden wir nun mit den Fragen und unserem Gespräch beginnen.*

### 1 13.3 Interview P1

- 2 Да, конечно, я с удовольствием отвечу на Ваши вопросы! Мы достаточно часто
- 3 обращались в частные клиники, как в Киеве, так и за границей. Не знаю как здесь, но в
- 4 нашей стране без частной медицины никуда, хоть она и не всем " по карману":.
- 5 государственные клиники бесплатно тоже ничего не делают, а вот качество страдает.
- 6 Очень жаль, что эти доступно немногим.

7 **А в каких странах Вы проходили обследования и как долго вы уже лечитесь в**  
8 **Австрии?**

9 Мы долгое время лечились в Германии, там была уже наша "история", но вот уже 3 года  
10 как мы обслуживаемся в Австрии и очень довольны, а произошло это по полной  
11 случайности: мы были в Вене по делам и решили пройти небольшой чек-ап. так как мы  
12 ничего здесь не знали, начали спрашивать у знакомых. Мой зять получил от своих друзей  
13 телефон переводчика, которая занимается также и организацией обследований и  
14 поиском врачей. Вот так мы окончательно сориентировались на Австрию: все было  
15 грамотно и понятно организовано, наши пожелания были приняты с уважением и  
16 вниманием, и нам не хотелось уже дльше что-то менять.

17 **Отлично, таким образом мы подходим к следующему вопросу: "Всегда ли с Вами**  
18 **был переводчик? Какие ощущения у Вас возникли в момент общения с**  
19 **переводчиком и были ли Вы поняты?**

20 Да, я всегда пользуюсь услугами переводчика, так не очень хорошо знаю английский,  
21 поэтому в такой сложной теме не рискую полагаться на него. Один раз была со мной  
22 дочка, но медицинская терминология ей была тяжеловата, поэтому ей приходилось  
23 переспрашивать врача, таким образом процесс замедлялся. В этот момент я поняла, что  
24 мне комфортнее с переводчиком, который уже этой терминологией владеет. Кроме того,  
25 приходилось признаваться, что у тебя что-то болит или тебя беспокоит, а детям мы  
26 всегда хотим казаться сильными, активными и молодыми. Да и так заведено это в нашей  
27 культуре: не показывать слабость и слезы, а стойчески воспринимать все трудности. С  
28 переводчиком мне не нужно было играть эту роль, как ни странно я могу быть "самой  
29 собой", да и с переводчиком мне было спокойнее, особенно в этот раз, когда речь шла об  
30 оперативном вмешательстве.

31 **Вы как раз вывели меня на тему о которой я хотела бы поговорить. У Вас был опыт**  
32 **работы с переводчиками на чек-апах, а сейчас была операция. Что-то поменялось?**  
33 **Была ли для Вас разница между этими двумя ситуациями касательно перевода?**

34 Вы знаете, это хороший вопрос! Да, разница для меня была и я сейчас поясню: когда ты  
35 приходишь просто на обследования, будь то сдача крови или УЗИ, тебе все понятно и ты  
36 контролируешь ситуацию, а что касается операции, то здесь морально сложнее:  
37 наркоз, разрез, операционный зал и т.д., и это всегда страшно, плюс ситуацию сам не  
38 контролируешь и хочется выяснить все вопросы и получить ответы на них перед  
39 операцией. Здесь, как мне кажется, большая ответственность лежит на  
40 переводчике: донести все точно врачу, даже если это самый глупый вопрос : " а я точно

41 проснись?" и мягко передать пациенту все сказанное врачом, даже если речь идет о  
42 рисках и осложнениях. Т. е. переводчик должен полностью уметь адаптировать  
43 информацию идущую как от пациента врачу так и наоборот, да и в общем : если к  
44 переводчику можно обратиться с вопросами о внутренних правилах клиники,  
45 пребывании , финансовых вопросах-это было бы оптимально.

46 **Вы как раз заговорили об умении переводчика, какими качествами он должен**  
47 **обладать в Вашем понимании?**

48 Это, наверное, как и в человеческих взаимоотношениях: человек должен тебе подходить  
49 и от него должна исходить какая-то внутренняя уверенность, что он знает что делает и  
50 эта уверенность передается мне как пациенту. Мне важно, чтобы переводчик имел  
51 приятный внешний вид и, конечно, смог донести то, что говорит врач и иметь  
52 успокаивающую манеру общения, чтобы пациент поверил, что все будет хорошо.

53 **Т.е. переводчик еще немного и психолог?**

54 О, да! Конечно, он должен владеть терминологией и хорошо ориентироваться в  
55 медицине , но он еще должен тонко улавливать ход беседы, где-то переспросить, где-то  
56 пояснить, где-то еще раз повторить пациенту, успокоить, здесь скорее речь идет о  
57 навыках и опыте.

58 **Спасибо! Это и был как раз мой следующий вопрос. Насколько важно**  
59 **переводческое образование при работе в сфере медицинского перевода?**

60 Вы знаете, я думаю, что переводческое образование не является основным фактором и  
61 основной гарантией качественного перевода. Качественный перевод для меня -это то о  
62 чем я говорила выше. Главное для меня, чтобы человек владел грамотно обоими языками  
63 , ты же чувствуешь, когда переводчику сложно , потому что он не " в теме" или он  
64 чувствует себя неуверенно. Для меня не важно, что прописано в дипломе и есть ли он, а  
65 чтобы все медицинские термины были правильно переведены и пояснены, для меня  
66 важен смысл перевода и чтобы человек ориентировался в медицине. Т.е это должны быть  
67 комбинация владения языком, опыта в медицинской сфере и тонкой психологии. Да,  
68 наверное так, это то, что важно и говорит о профессионализме. У меня, например, был  
69 опыт в Германии, где на встречу с врачом пришла профессиональный переводчик, она  
70 сразу об этом заранее сказала. Мы начали беседу, вроде бы она грамотно переводила и  
71 владела обоими языками, но все время задавала вопросы „не по теме“ как мне, так и  
72 доктору, создавалось впечатление, что переводчик не сильно силен в медицинкой  
73 тематике, да к тому же это было как-то сухо, без эмоций, пришла- перевела и ушла. У  
74 меня остался осадок после беседы, как вроде человек не проникся моими проблемами.

75 **Вы как раз меня подвели к следующему вопросу. Насколько переводчик должен**  
76 **быть только тем, кто передает информацию с одного языка на другой? Насколько**  
77 **он должен оставаться нейтрален и может проявлять эмоции ?**

78 В моем понимании переводчик-это не машина, переводящая с одного языка на другой.  
79 Переводчик- это продолжение врача или пациента, в зависимости от того, кто говорит.  
80 Для меня как пациента очень важно, чтобы переводчик меня услышал и проникся сутью  
81 проблемы, моральная поддержка так сказать. Я будучи, человеком эмоциональным,  
82 придаю этому значение. В зависимости от того как переводчик передаст информацию,  
83 врач среагирует. Иногда даже врачи удивляются, т.к в немецком языке предложение  
84 может длиться 30 секунд, а перевод на русской занимал 50 секунд. Хирург в этот раз  
85 даже посмеялся, сказав, что он столько не говорил. Просто в данном случае переводчик  
86 сделала ударение на том, что важно и разъяснила вдвойне, при этом не искажая  
87 информации врача, а дополняя. Ну вот например, когда врач говорил, что после операции  
88 можно вставать, только повернувшись сначала на бок, а затем уже подниматься. Он это  
89 упомянул и быстро перешел к другой теме, а переводчик сделала паузу и акцентировала  
90 внимание на этом, пояснив еще, что может быть послеоперационная грыжа и это было  
91 нужное дополнение.

92 А что касается нейтральности, то мне кажется , что он не должен принимать  
93 откровенно чью-то сторону, а умело сглаживать все углы и адаптировать, если разговор  
94 иногда приобретает напряженный окрас, переводчик - это рулевой!

95 **Имеет ли для Вас значение тот факт, где переводчик находится в момент разговора?**

96 Я как-то не обращала внимания. Наверное, рядом со мной, глядя на врача, чтобы быть  
97 на равных, такой себе треугольник. И очень важно, чтобы разговор был "живой", жесты  
98 , мимика, где-то улыбка, таким образом устанавливается понимание между участниками  
99 разговора.

100 **Как Вы считаете, переводчик это неотъемлемая составляющая разговора "врач-**  
101 **пациент" или все-таки вынужденная и нужно ли переводчику доверять?**

102 Очень сложно обобщать, но в моем случае скорее неотъемлемая, потому что на родном  
103 языке всегда легче донести суть, чем, например, используя английский. Есть своя  
104 терминология, есть латынь и лучше, если диалог будет вестись с тем, кто разбирается в  
105 этом. И, да, переводчику нужно доверять и исходить из того, что он все делает  
106 добросовестно, иначе ты будешь постоянно находиться в состоянии напряжения.

107 **Спасибо большое!**

1 **13.4 Interview P2**

2 **Были ли у Вас ранее опыт прохождения медицинских обследований зарубежом?**

3 Да, я проходила обследования, такой опыт у меня был, но нужно отметить, что опыт  
4 оперативного вмешательства для меня был впервые, ранее это были скорее  
5 профилактические или консультационные встречи и обследования.

6 **Присутствовал ли переводчик при прохождении медицинских обследований и  
7 какие впечатления у Вас остались в общем?**

8 Да, переводчик присутствовал всегда, это пребывание на стационаре в клинике не было  
9 исключением. Я говорю по-английски, но все-таки не настолько владею терминологией,  
10 чтобы могла поговорить с врачом и выяснить все аспекты, касающиеся операции,  
11 заполнение бумаг и т.д. Я могу точно сказать, что разница здесь большая: находишься  
12 ли ты просто на обследованиях или идешь на операцию. Мне кажется, я была к  
13 переводчику более требовательна (улыбается) и речь идет не только о разговоре с  
14 врачом, а и пребывании в клинике, палате, общении с медсестрами. До операции я была  
15 все время напряжена, а переводчику удавалось как-то передать мне спокойствие, это-  
16 очень важное умение! Благодаря переводчику я смогла донести всю информацию  
17 хирургу, также как и от него получить максимальное разъяснение. Переводчик мне  
18 профессионально и доступно все объяснил.

19 **Вы знаете, был ли это профессиональный переводчик и за этим вопросом сразу  
20 следует следующий: насколько важно переводческое образование или достаточно  
21 все-таки хорошо владеть обоими языками и терминологией?**

22 Главное понимать, что мы подразумеваем под "профессиональным переводчиком":  
23 человек, который имеет профессию переводчика с дипломом ВУЗа, или  
24 профессионализм в виде качественного перевода (смеется). Насколько я поняла, мой  
25 переводчик не имеет диплома переводчика, но тем не менее это был качественный,  
26 детальный и грамотный перевод, поэтому вопрос образования для меня скорее не важен,  
27 чем да. Для меня важнее, чтобы человек владел терминологией, ориентировался в  
28 медицинской тематике, имея определенную экспертизу, мог вникнуть в суть проблемы,  
29 иначе просто не возможно донести ее суть, а иногда даже чуть более детально разъяснить  
30 пациенту, сказанное доктором.

31 **Я правильно понимаю, что для Вас важнее смысл, чем перевод слово в слово?**

32 Абсолютно! Для меня важнее умение переводчика суммировать сказанное, сделав  
33 понятным смысл, нежели перевод слово в слово, не понимая до конца о чем идет речь.

34 **Как Вы думаете, насколько нужно и можно переводчику проявлять**  
35 **эмоциональность в момент перевода или он должен оставаться абсолютно**  
36 **нейтральным?**

37 Я считаю эмоциональность скорее преимуществом, чем недостатком. Все-таки,  
38 обращаясь к доктору, ты имеешь определенные вопросы по здоровью, страхи,  
39 переживания, особенно в этой ситуации оперативного вмешательства и все это нужно  
40 рассказать врачу. Страх мне помог преодолеть как раз переводчик. Все-равно врач он  
41 более "закаленный", это его работа: оперировать людей, он констатирует  
42 факты, обращает внимание на перечень манипуляций, которые будут проводиться, а  
43 переводчик мне оказал моральную поддержку. Мне хочется, чтобы мои эмоции были  
44 поняты, а если перевод скорее "сухой", чем эмоциональный- очень сложно найти точки  
45 соприкосновения. Это не значит, что переводчик должен занять откровенно чью-то  
46 сторону, но участие, поддержка - да, для меня это важно.

47 **Я правильно понимаю, что переводчик должен почувствовать настроение пациента**  
48 **и передать его внутренней настрой, переживания и т.д. доктору, чтобы тот, в свою**  
49 **очередь, смог среагировать?**

50 Однозначно, и таким же образом в обратном порядке. Для меня, как для пациента, важно  
51 чувствовать себя защищенным. Более того, переводчику нужно доверять: не всегда легко  
52 переступить какую-то черту своих представлений и скованности, нужно раскрыться, а  
53 без доверительного отношения это нелегко. Не поймите меня сейчас неверно, я не имею  
54 ввиду сейчас какие-то личные аспекты, но на момент ведения беседы ты должен этому  
55 человеку говорить так как есть. Например, мне важно было даже любое тактильное  
56 движение или готовность поддержать вещи. Я считаю, что это только устанавливает  
57 контакт с переводчиком.

58 **Если подытожить, переводчик - это необходимость или дополнительный комфорт?**

59 Хм, ну здесь стоит различать, есть ли у пациента знания иностранного языка, где он  
60 теоретически, в общем, мог бы справиться, или пациент совсем не говорит, тогда,  
61 конечно, необходимость. Но даже зная язык, мне переводчик помогал направлять  
62 разговор в нужное русло, был тем связующим звеном между доктором и мной. Очень  
63 важно, когда с тобой работает один переводчик, который знает уже тебя, твою ситуацию,  
64 историю болезни. Контакт устанавливается проще и легче, ты знаешь, чего ожидать, как  
65 обратиться или попросить, да и сэкономишь время. Да, переводчик был видим, но это  
66 именно то, что мне важно: Человек говорит с тобой на одном языке и одной культуры (  
67 в разговоре это чувствуется).

68 **Это как раз был мой следующий вопрос: насколько переводчик должен учитывать**  
69 **культурный аспект ?**

70 Мне кажется, что культурный аспект играет одни из ключевых ролей в медицине. Я  
71 сейчас даже не стану сравнивать различия религиозного и духовного характера, а  
72 ограничусь личным опытом. В нашей культуре, если ты лечишься в частной клинике,  
73 принято составлять договор между доктором и пациентом, получать гарантии лечения, а  
74 находясь в больнице требовать к себе повышенного внимания, т.к. ты оплатил услуги: я  
75 говорю как есть, а на Западе ты ровно такой же как и остальные пациенты. Когда  
76 переводчик это очень тактично объясняет, можно избежать многих конфликтных  
77 ситуаций и недопонимания.

78 **Какую все-таки позицию переводчик занимает в медицинской сфере? В чем**  
79 **состоят его задачи?**

80 Переводчик для меня и помощник, и психолог, и менеджер, ну , и конечно, профессионал  
81 своего дела, владеющей медицинской терминологией прежде всего , а не путает селезенку  
82 с печенью ( смеется). Языковой момент , конечно тоже важен, когда человек прекрасно  
83 владеет языками, но именно понимание темы и способность донести ее доктору и  
84 пациенту играют большую роль. Мне важно, чтобы переводчик ориентировался в  
85 больнице, мог, при необходимости, организовать дополнительные обследования по  
86 рекомендации врача, знал какие-то внутренние правила, возможно, персонал- так  
87 устанавливается более надежный контакт, такой себе „ *allrounder*“.

88 **А где вы хотели бы видеть переводчика?**

89 Рядом со мной , он - полноценный участник разговора.

90 **Спасибо!**

### 1 **13.5 Interview P3**

2 **Был ли у Вас ранее опыт общения через переводчика и какие ощущения и Вас**  
3 **возникали?**

4 Да, такой опыт был и неоднократно и уже сам тот факт, что мне нужен переводчик,  
5 говорит о том, что я не могу донести до врача то, что мне нужно, т.е. переводчик для  
6 меня- это правая рука и скорее возникшее на этом фоне ощущение необходимости и  
7 потребности.

8 **Шла ли речь о профессиональных переводчиках и является ли для переводчика**  
9 **преимуществом наличие переводческого образования ?Или достаточно владеть**

10 **хорошо обоими языками? Насколько это было важно для Вас в моменты общения**  
11 **с хирургом?**

12 Я, честно говоря, не спрашивала. Точно могу сказать, что для меня важен определенный  
13 уровень профессионализма и он не всегда может быть достигнут путем получения  
14 образования. Владение обоими языками просто необходимо. Язык должен быть  
15 грамотным, это одна из основ, язык, в данном случае- это рабочий инструмент. Я  
16 всегда обращаю внимание на то, „льется речь“ или нет. Если это не так, то общее  
17 впечатление смазывается. Это скорее ощущение, которое ты испытываешь, когда  
18 говоришь с человеком, ну это и не просто разговор о погоде, речь идет о серьезных темах,  
19 заболеваниях, вмешательствах. Оценить знание немецкого языка я не могу, но хочется  
20 исходить из того, что девушка, которая переводила, им владеет.

21 **А что тогда для Вас профессионализм в данной ситуации?**

22 С одной стороны, уметь перевести, это могло быть обусловлено образованием, речь идет  
23 о техническом аспекте и определенных навыках. А второе- это наработанный  
24 профессионализм путем получения опыта, например, опыта перевода хода предстоящей  
25 операции, как сейчас, всех предоперационных анкет, включая как хирурга, так и  
26 анестезиолога. И за этим стоит намного больше, мне кажется: это значит, что  
27 переводчик- специалист и в состоянии подчеркнуть весомость информации, которую я  
28 хочу донести и выделить главное, так же как и со стороны врача. Все-таки в такие  
29 моменты присутствует эмоциональный аспект, и хорошо иметь рядом человека,  
30 профессионально и трезво смотрящего на вещи, который может донести, может быть,  
31 какие-то неуместные или странно звучащие в этой стране моменты. Такой  
32 профессионализм возможен при работе в этом контексте.

33 **Где опыта, как Вы сказали?**

34 Конечно, и именно положительного опыта, а не то, что человек проработал 10 лет в этой  
35 сфере и все его ненавидели (смеется), а где переводчик знает, что хотят сказать одни и  
36 слышать другие.

37 А владение двумя языками- безусловно. Может потому, что мой опыт работы с  
38 переводчиками был хороший, я по-другому и не вижу.

39 **Насколько нужно и важно переводчику учитывать культурный аспект?**

40 Все зависит от того, что мы подразумеваем под этим. Есть какие-то определенные  
41 правила и положения, которых стоит придерживаться: модель поведения, роль женщины  
42 /мужчины в странах Ближнего Востока, например. По сути, перевести все-равно нужно  
43 все, по крайней мере мне так хотелось бы, но еще больше, если бы переводчик

44 откорректировал и разъяснил согласно культурным особенностям той или иной страны  
45 как врачу, так и мне.

46 **У Вас есть какой-то пример " культурной несостыковки?"**

47 Ну , это скорее даже особенность.Например, у нас к врачу обращаются по имени  
48 отчеству и практически никогда не называют фамилию, а здесь обязательно нужно  
49 указать профессор или " просто" доктор. Спасибо, что переводчик заранее объяснила,  
50 оказывается это играет большую роль и за этим очень следят- не дай Бог обидится (  
51 смеется).

52 **Т.е я правильно понимаю, что переводчик-это не тот человек, который просто**  
53 **передает информацию с одного языка на другой, но и объясняет , добавляет,**  
54 **конечно, не искажая смысла?**

55 Конечно, я наоборот считаю это очень важным, потому что технический перевод-это  
56 минимальная база и имеется в широком доступе, я даже мог бы включить приложение  
57 и какую-то общую информацию мог бы получить, да еще и терминология, которую я  
58 даже на родном языке не всегда понимаю. И вот переводчик мне объяснял что то или  
59 иное определение значит: иногда, задавая вопрос врачу, а иногда объясняя сам. Это  
60 получился очень живой разговор, не смотря на предстоящую операцию.Особенно перед  
61 операцией мне хотелось задать вопросы и получить на них ответ и разъяснение, даже  
62 со стороны переводчика,

63 **Насколько в Вашем понимании переводчик долже оставаться нейтральным по**  
64 **отношению ко всем участникам процесса или он может проявлять**  
65 **эмоциональность?**

66 Сложно сказать. В общем-то я за нейтральность и сказал бы, что он все-таки должен  
67 пытаться оставаться беспристрастным и стараться четко переводить сказанное без  
68 проявления эмоций. т.е спокойно донести, даже, если что-то будет неуместным или  
69 против его моральных принципов. Мне кажется, переводчик многое может уравнивать  
70 и сглаживать, так я понимаю, и я, честно говоря, этого ожидаю. Это своего рода  
71 лояльность которую пациент проявляет , причем это происходит как по отношению к  
72 врачу, так и по отношению к пациенту, это определенная позиция в разговоре, где  
73 переводчик не занимает ничей позиции и в то же время принимает уважительно обе.  
74 Мне кажется, это очень важно качество для переводчика. Я знаю, что задавал миллион  
75 разных вопросов врачу, не смотря на то, что перед операцией он меня спрашивал при  
76 заполнении анкеты, и, наверное, врачу это просто надоело, но переводчил очень умело  
77 и спокойно передавал информацию дальше и "мускул на лице не дрогнул", как

78 говорится. Ну , а что касается эмоциональности- в моем понимании эмоциональность-  
79 это то, что тебя увлекает и поддаваясь эмоциям тебе уже тяжело держаться "золотой  
80 сердины", а все-таки переводчику нужно выслушать обе версии в одинаковой степени.

81 А вот эмпатия, да, мне кажется в медицине без этого не обойтись, как врачу , так и  
82 переводчику.

83 **Где бы Вам хотелось видеть переводчика во время беседы, обращали ли Вы на это**  
84 **внимание?**

85 Хм, рядом с собой , наверное. Как я и говорил, переводчик-это еще и моральная  
86 поддержка, врача я вижу здесь в сильной позиции, не смотря на то, что он меня не  
87 понимал и вынужден был общаться через переводчика, ну а как иначе, мое здоровье  
88 зависело от него. Поэтому, скорее да, рядом.

89 **С какими трудностями в Вашем понимании может столкнуться переводчик?**

90 Переводчику, в принципе, нелегко (улыбается), потому что нужно удовлетворить обе  
91 стороны: врача и переводчика, иногда врачи в силу своей профессии по-другому  
92 воспринимают боль или плохое самочувствие и когда я пытался донести, что все-таки  
93 немного болит, а врач уверял, что это нормально, приходилось повторять снова и  
94 снова, а переводчику доносить доктору, чтобы он наконец-то услышал. Вот здесь то и  
95 нужны способности о которых я говорил, объективность, дипломатичность, умение  
96 выровнять беседу, психологические компоненты. Это все для меня определяет  
97 грамотный переводчик или нет.

98 **Если мы сейчас подытожим: в чем для Вас состоит роль переводчика в**  
99 **предоперационном разговоре с врачом?**

100 Переводчик-это прежде всего человек, который должен донести врачу все то, что  
101 пациент хочет сказать, т.е правильно перевести, удостовериться в том, что обе стороны  
102 поняли все и если, нет, то сделать на этом ударение, если ему стало понятно. Это  
103 первостепенная роль, а максимальное ожидание- сделать оптимальной нашу  
104 коммуникацию. Возможно, указать на проблему, естественно, не решая ее.

105 **Переводчик- это психолог?**

106 Нет, но навыки у него должны быть.

107 **Спасибо большое!**

## 1 **13.6 Interview A1**

2 **Wie oft haben Sie mit den Patient:innen aus dem Ausland zu tun?**

3 Regelhaft, mehrmals pro Woche

4 **Kommen die Patient:innen alleine oder sind immer Dolmetscher:innen mit?**

5 In den meisten Fällen sind die Dolmetscher:innen mit.

6 **Wie ist die Reaktion seitens der Patient:innen: Sind sie offener oder zurückhaltender?**

7 Naja, das ist schon von dem Dolmetscher abhängig, manche sind so feinfühlig, dass sie auch  
8 nicht ausgesprochene Fragen und Unsicherheiten wahrnehmen und daher adressieren, sodass  
9 das Gespräch sicherlich länger dauern wird und es gibt andere, die wenig, sage ich mal,  
10 Rücksicht auf die Feinfühligkeit nehmen, sich nur auf die gesprochenen Sachen konzentrieren  
11 und relativ schnell die Punkte abhandeln, z.B. bei dem Ausfüllen des OP-Reverses. Für mich  
12 persönlich ist die erste Variante vom Vorteil.

13 **Medizin ist ja eine wichtige Sparte des Fachdolmetschens. Wie wichtig ist das Fachwissen  
14 für Dolmetscher:innen oder genügt es wenn sie beide Arbeitssprachen gut beherrschen?**

15 Natürlich ist das Fachwissen eine Grundvoraussetzung. Eine andere Frage ist, wie tief das  
16 Fachwissen sein muss. In meinen Augen ist dies gerade im chirurgischen Bereich unerlässlich,  
17 denn wenn vor allem bei den Aufklärungen darum geht die einzelnen Operationsschritte näher  
18 zu bringen, ist eben ein Fachwissen notwendig um charakteristischen Bezeichnungen oder  
19 Namensgebungen entsprechend dolmetschen zu können und damit auch den Inhalt adäquat  
20 transportieren zu können. Zugegebenermaßen ist es eher selten, dass DolmetscherInnen ganz  
21 wenig mit dem Thema vertraut sind, auch wenn es für den Arzt nicht auf Anhieb ersichtlich ist,  
22 wie gut die Fachkompetenz eines Dolmetschers beim Dolmetschen bzw. Interpretation ist.

23 **Sie haben gerade „Interpretation“ gesagt. Wie notwendig ist es für Dolmetscher:innen  
24 interpretieren zu können?**

25 Auf jeden Fall! Ein Dolmetscher muss in meinen Augen einige Tätigkeiten sehr schnell und  
26 effizient beherrschen können, im Gespräch passiert alles viel zu schnell und ich als Arzt erwarte  
27 mir eher eine qualitative Zusammenfassung des Gesagten als die wortwörtliche Wiedergabe  
28 des Inhaltes. Vor allem in der Chirurgie: Ein Dolmetscher muss jetzt nicht sagen, welche Fasern  
29 ich intraoperativ durchschneiden werde, diese anatomischen Details können ausgelassen  
30 werden aber was sich daraus resultiert und wie das Ergebnis für Patient:innen ist.

31 **Dürfen Dolmetscher:innen sichtbar sein oder sollen sie lieber am Rande agieren?**

32 Ganz zum Beginn: Wenn es sich um einen ausländischen Patienten handelt, bin ich fürs  
33 Einsetzen eines Dolmetschers, aber ein guter Dolmetscher soll in meinen Augen nicht auffallen.  
34 Das setzt jedoch eine gewisse Disziplin des Arztes voraus und es ist oft nicht einfach diese  
35 Selbstdisziplin aufzubringen, nämlich eher kürzere Sätze von sich zu geben und dem  
36 Dolmetscher ausreichend Zeit einzuräumen, um zu dolmetschen. Oft besteht die Gefahr  
37 aufgrund der Komplexität des Eingriffes möglicherweise lange zu sprechen, dann müssen die

38 Dolmetscher:innen natürlich eingreifen und darauf hinweisen, dass es erst gedolmetscht werden  
39 muss. Unangenehm finde ich persönlich, wenn man ständig unterbrochen wird, um  
40 dolmetschen zu können. Ich glaube, es muss einfach wie in der Medizin gesagt wird „eine  
41 richtige Dosierung“ von allem sein.

42 **Was wäre dann die Aufgabe und Rolle der Dolmetscher:innen für Sie?**

43 Die Aufgabe besteht in meinen Augen darin, adäquat und inhaltlich korrekt das wiederzugeben  
44 was der Arzt erklärt und wie ich schon früher angedeutet habe, wenn aufgrund des  
45 Sprachflusses und der Sprachmelodie, der Tonalität, Unsicherheit, Angst etc. wahrgenommen  
46 wird, das zu adressieren um hier nachzusetzen und beim Arzt auch nachzufragen. Die Rolle ist  
47 im Idealfall die, einer unaufdringlichen und vertrauten Person für die Patient:innen, die ihn oder  
48 sie begleitet, unterstützt und letztlich auch Angst nimmt. Das ist etwas was ich mir erwarte.

49 **Gibt es für Sie auch kulturelle Besonderheiten bei solchen Gesprächen?**

50 Ja, auf jeden Fall! Kulturelle Besonderheiten oder Herausforderungen zugleich. Das  
51 Wahrnehmen einer Diagnose, mit der verbundene Prognose, praktisch „alle Karten  
52 offenlegen“- das ist alles für uns in der westeuropäischen Kultur ganz normal. Wir, Ärzte,  
53 sprechen in Österreich ganz offen sowohl mit Patient:innen, als auch mit Angehörigen. Erklären  
54 und Aufklären, nichts verheimlichen. In der osteuropäischen Kultur scheint es anderes zu sein  
55 - möglichst sachte die ernsthaften Diagnosen vermitteln oder diese gar nicht per Namen zu  
56 nennen. Schwierig für den Arzt, und als Dolmetscher stehst du sowieso in der Mitte –  
57 aufklärend und unterstützend. Hatte das immer wieder mit den Patient:innen, auf den  
58 Dolmetscher:innen liegt hier eine wirklich große Last, alles möglichst richtig, bzw.  
59 kulturorientiert zu vermitteln.

60 **Dürfen Dolmetscher:innen auch Emotionen zeigen oder ist es nicht zulässig?**

61 Naja, ich sehe Dolmetscher:innen in einer Art gewissen Dualität, das bedeutet, auf einer Seite  
62 sind sie dazu da, das Gesagte vom Arzt den Patient:innen verständlich zu machen und zu  
63 vermitteln, daher ist die wesentliche Voraussetzung die Empathie, denn anders würde es nicht  
64 zu einem adäquaten Arzt-Patienten Verhältnis zu kommen. Umgekehrt sehe ich das Problem  
65 aber darin, dem Patient verstärkend, und da könnte ich mir vorstellen, dass man imstande ist  
66 vorsichtig Gefühle des Patienten dem Arzt gegenüber zu adressieren, nicht im Sinne, dass man  
67 sympathisch rüberkommt, sondern um Gefühle und Ängste aufzugreifen und zu adressieren  
68 und für Ärzt:innen verständlich zu machen.

69 **Würde es für Sie eine Rolle spielen, wo Patient:innen und Dolmetscher:innen sich im  
70 Raum befinden und beeinflusst dies die Gesprächsführung?**

71 Es spielt schon eine Rolle, denn auch wenn Dolmetscher:innen bei solchen Gesprächen für  
72 mich als Arzt von großer Hilfe sind, möchte ich letztlich Kontakt mit Patient:innen haben. Dies  
73 bedeutet für mich, dass Patient:innen mir gegenüber sitzen und Dolmetscher:innen etwas  
74 versetzt. Natürlich habe ich Augenkontakt mit beiden Parteien, was in meinen Augen sehr  
75 wichtig ist, aber verbal führe ich das Gespräch doch mit den Patient:innen. Sollte der Patient  
76 irgendwie versetzt sitzen oder, verändert sich die Rollenaufteilung.

77 **Fällt Ihnen noch etwas zu der Rolle der Dolmetscher:innen bei den**  
78 **Aufklärungsgesprächen?**

79 Naja, ich glaube, das Wesentliche haben wir schon besprochen. Für mich zusammengefasst ist  
80 ein Dolmetscher das bindende Glied zwischen Arzt und Patient, Dolmetscher:innen müssen  
81 über etliche Kompetenzen verfügen, z.B. eine sprachliche und eine kulturelle Kompetenz, das  
82 Gespräch zum Teil lenken können und eine Anpassungsfähigkeit aufweisen.

83 **Vielen Dank!**

## 1 **13.7 Interview A2**

2 **Als Oberarzt im AKH und Belegarzt in einer Privatklinik haben Sie immer wieder mit**  
3 **ausländischen Patient:innen zu tun, ist es richtig?**

4 Ganz richtig. Ich habe immer wieder ausländische Patienten, die auf unterschiedliche Wege  
5 kommen: Manchmal werde ich von der Klinik kontaktiert, so wie jetzt, manchmal kontaktieren  
6 mich die Dolmetscher.

7 **Haben Sie gute oder schlechte Erfahrungen mit Dolmetscher:innen gemacht?**

8 Eigentlich gute Erfahrungen. Einmal hatte ich einen Dolmetscher, der sich leider sehr wenig  
9 auskannte war. Hier meine ich seine fachlichen Möglichkeiten. Ich hatte den Eindruck, dass er  
10 leider das besprochene Problem nicht versteht. Anstatt Fragen zu stellen, ging die  
11 Kommunikation so weiter. So glaube ich, es sei schwierig das zu dolmetschen, was du nicht  
12 verstehst. Ergebnis- Patientin war extrem verunsichert. Bis auf diesen einen Fall könnte ich  
13 jetzt nicht sagen, dass mich etwas sehr gestört hätte. Man muss manche Dinge einfach in Kauf  
14 nehmen und damit einverstanden sein.

15 **Was meinen Sie?**

16 Naja, ein Gespräch in Anwesenheit eines Dolmetschers dauert schon länger, das muss man als  
17 Arzt seine Zeit planen. Aber das würde ich eher als Besonderheit eines gedolmetschten  
18 Gesprächs bezeichnen, das wird überall so sein.

19 **Wissen Sie ob es professionelle bzw. ausgebildete Dolmetscher:innen sind bzw. was wären**  
20 **für Sie professionelle Dolmetscher:innen?**

21 Das weiß ich um ehrlich zu sagen nicht. Das was ich weiß, dass manche gewisse Erfahrung  
22 bereits haben, das merkt man auch an der Art wie ein Dolmetscher sich verhält bzw. was für  
23 ein Auftreten er hat. Ich glaube, es sei für einen Dolmetscher sehr wichtig eine gesunde Portion  
24 des Selbstvertrauens mit sich zu bringen. Man muss, glaube ich, sowohl einem Arzt als einem  
25 Patienten das Gefühl geben können, dass das was man tut auch richtig ist. Wie gesagt, ob es  
26 ausgebildete Dolmetscher oder nicht, ist für mich nicht relevant. Wichtig ist, dass wir beide  
27 Patient und ich mit der gedolmetschten Information arbeiten können. Professionalität besteht  
28 in meinen Augen darin, sich gut mit dem Thema auszukennen und dies für den Patienten  
29 verständlich zu machen. Als Arzt erwarte ich mir nicht, dass man sich überall auskennt, vor  
30 allem, weil die Dolmetscher sicherlich quer durch die Fachrichtungen dolmetschen müssen und  
31 nicht alles wissen können. Es ist mir lieber, man fragt nach oder präzisiert die Frage noch ein  
32 Mal. Ich passe selbstverständlich auch meine Sprache an, damit der Dolmetscher sich nicht  
33 verunsichert fühlt. Professionell bedeutet für mich keine Angst zu haben und souverän weiter  
34 zu tun. Ich finde es spannend zu beobachten wie ein Dolmetscher mit der Komplexität des  
35 Themas umgeht und es schön verpackt, ich könnte das nicht (lacht). Man darf es nicht vergessen  
36 für uns Ärzte ist es unser tägliches Brot, ein Dolmetscher muss sich erst damit  
37 auseinandersetzen.

38 **Wie wichtig ist z.B. die sprachliche Kompetenz? Wie hoch muss das Sprachniveau sein?**

39 Gut, ist schon wichtig, trägt auch zu dem Gesamtbild einiges bei. Irgendwie erwarte ich es mir  
40 auch, denn ich glaube, ohne gute Sprachkenntnisse als Basis ist eine professionelle Übersetzung  
41 nicht möglich. Das ist irgendwie wie ein Arzt ohne anatomisches Wissen, man wird es auf  
42 Umwegen erklären können aber es ist irgendwie nicht zackig. (lächelt).

43 **Wie empfinden Sie einen Dolmetscher bei solchen Gesprächen?**

44 Schauen Sie, ein Dolmetscher ist ein vollwertiger Bestandteil des Arzt-Patienten-Gesprächs.  
45 Ich sehe vor allem wie Patienten auf den Dolmetscher reagieren: Unlängst habe ich das  
46 Gespräch auf Englisch begonnen, weil der Dolmetscher sich verspätete. Patient war aus der  
47 Ukraine, konnte aber sehr gut Englisch. Er war sichtlich erleichtert, als der Dolmetscher  
48 auftauchte, das Gespräch ist sehr fließend verlaufen. Ich glaube, die Anwesenheit eines  
49 Dolmetschers bringt für den Patienten eine gewisse Sicherheit mit, man ist auf einmal positiv  
50 gestimmt und entspannter, vielleicht auch weniger ängstlich. Ich empfinde einen Dolmetscher  
51 als eine Unterstützung, bin jedoch etwas skeptisch und empfinde es unangenehm, wenn es zu  
52 viel vom Dolmetscher gibt.

53 **Zu viel, das heißt sichtbar und präsender?**

54 Eher ziemlich in den Vordergrund rückend. Wie bereits angesprochen, Dolmetscher ist ein  
55 Glied in der Arzt-Patient-Kette. Wenn es ausfällt, fällt die Kette auseinander aber manchmal  
56 versucht man etwas mehr aus sich zu machen und präsenter zu wirken. Vor allem, wenn Patient  
57 und Dolmetscher beginnen sich untereinander zu unterhalten, der Dolmetscher versucht den  
58 Patienten aufzuklären, da verliert man als den Faden und fühlt sich irgendwie übergangen. Das  
59 ist mir dann zu viel, schließlich ist es eine Konversation zwischen Arzt und Patienten und bei  
60 Aufklärungsgespräch z. B. ist die Präzision des Operationsreverses schon vorgegeben. Das  
61 muss ein Dolmetscher dann elegant lösen. Für mich sind Sachlichkeit und eine gewisse Distanz  
62 sehr wichtig, es wird keine subjektive Meinung vom Dolmetscher gefragt, das Produkt  
63 beschränkt sich für mich doch in der Vermittlung von dem, was der Arzt sagt. Ich erwarte mir  
64 eine exakte Übersetzung, ohne Auslassungen oder eigener Interpretation.

#### 65 **Beeinflusst die Qualität des gedolmetschten Gesprächs die medizinischen Ergebnisse?**

66 Auf jeden Fall. Wenn wir jetzt zurück zum Operationsrevers und Aufklärung gehen, so muss  
67 alles richtig ausgefüllt und ausführlich besprochen sein. Ja, das Gespräch verläuft sehr komplex  
68 und relativ schnell, manche Dinge können in der Übertragung einfach untergehen, dürfen aber  
69 nicht. Ein einfaches Beispiel, es wird nicht dazugesagt, dass Patient Blutverdünnung nimmt.  
70 Intraoperativ habe ich dann mit einer unerwarteten Blutung zu tun, die für den Patienten eine  
71 zusätzliche Komplikation darstellt, das kann böse enden.

#### 72 **Wie wichtig ist kultureller Aspekt im Dolmetschprozess?**

73 Ich glaube, das ist auf jeden Fall vom Vorteil. Das gibt den richtigen Ton und hilft  
74 Missverständnisse zu vermeiden. Es ist zum Beispiel völlig normal hier den Patient:innen bei  
75 der Begrüßung Hand zu geben, es wird in Österreich als höflich und positiv aufgefasst. In den  
76 Ländern wie Ukraine, Kasachstan, Russland, ganz geschweige von Nahem Osten, wird es  
77 mindestens als komisch und unangebracht aufgefasst. Das sollte man wissen. Dasselbe gilt für  
78 Physiotherapie. In Österreich ist es eine etablierte Methode für postoperative Nachsorge: mobil  
79 werden, zu Kräften zu kommen- Aufbauprogramm halt. In den postsowjetischen Ländern, so  
80 wie die Dolmetscherin es mir erklärte, wird es eher ins Lächerliche gezogen, vielleicht etwas  
81 übertrieben ausgedrückt, man erwartet eher eine Tablette, die einem hilft. Es war schon sehr  
82 gut dies zu wissen, weil damit habe ich die Wichtigkeit dieses Verfahrens unterstrichen, und  
83 dementsprechend des Genesungserfolg. Sonst hätte die Patientin eine andere  
84 Erwartungshaltung gehabt und wäre mit dem Ergebnis nicht zufrieden gewesen.

#### 85 **Wo sollte, Ihrer Meinung nach, die Dolmetscher:innen im Raum befinden?**

86 Ich würde sagen, nicht allzu weit vom Patienten, aber sodass ich den Patienten mir  
87 gegenüberstehend habe und ich mit ihm einen direkten Augenkontakt habe. Wenn Dolmetscher

88 sich etwas auf der Seite befindet, finde ich es gut. Ich glaube, diese Sitzordnung gibt schon vor,  
89 in welchem Rollenverhältnis wir zu einander stehen. Das Gespräch möchte ich letztlich mit  
90 dem Patienten führen, auch wenn mithilfe eines Dolmetschers.

91 **Und jetzt ganz kurz zu Rolle der Dolmetscher:innen und ihren Aufgaben bei solchen**  
92 **Gesprächen?**

93 Die Aufgabe ist in meinen Augen eine Brücke zwischen Arzt und Patienten zu bilden und diese  
94 Verbindung sprachlich zu stärken und zu unterstützen. Ein Dolmetscher soll beiden Parteien in  
95 gleichem Ausmaß zu Verfügung stehen und darf nicht sich weder für einen oder anderen  
96 aussprechen. Als ich schon oben sagte: Ein Dolmetscher muss sich selbst dosieren können, es  
97 darf nicht allzu viel von ihm geben. Ich möchte exakte Antworten und Erklärungen auf meine  
98 Fragen haben, das macht für mich die Arbeit leichter. Für mich besteht ihre Rolle eben darin,  
99 eine hoch qualitative Weitergabe des Gesagten zu gewährleisten und effektive Stütze für Arzt  
100 und Patient zu sein, ohne in den Vordergrund zu rücken.

101 **Dankeschön!**

1 **13.8 Interview A 3**

2 **Wie oft behandeln Sie Patient:innen aus dem Ausland?**

3 Relativ oft, aus verschiedenen Nationalitäten, mit verschiedensten Erkrankungen.

4 **Kommen Sie meistens alleine oder in Begleitung eines Dolmetschers?**

5 Das ist schwierig zu sagen. Wenn ich schätzen soll, so kommen 60 % mit einem Dolmetscher  
6 und 40 % sprechen Englisch oder sogar Deutsch so gut, dass eine Verständigung möglich ist.

7 Das ist nämlich die Grundbedingung, der Patient muss verstehen was der Doktor sagt und muss  
8 dementsprechend es auch ausdrücken können. Wenn es nicht möglich ist, benötigt man einen  
9 Dolmetscher.

10 **Was sind für Sie Herausforderungen für einen Dolmetscher im medizinischen Bereich?**

11 Es sind schon einige, meiner Meinung nach. Der Dolmetscher muss ein entsprechendes  
12 Auftreten haben: Beginnend mit einer entsprechenden Kleidung und endend mit dem  
13 Vertrauen, sowohl des Arztes als auch des Patienten, denn beide Seiten müssen dem  
14 Dolmetscher gewisse Dinge anvertrauen und wollen verstanden sein. Es ist auch wichtig, dass  
15 der Dolmetscher mit medizinischen Ausdrücken vertraut ist, das heißt, wenn ich etwas aus  
16 meinem Gebiet sage, also Urologie und vom Restharn spreche oder Komplikationen nach der  
17 totalen Prostatektomie, dann muss der Dolmetscher wissen was ich meine und muss natürlich  
18 in der Lage sein das dem Patienten in seiner Sprache näherzubringen.

19 Außerdem ist diese Tätigkeit auch oft mit einer psychischen Belastung verbunden, denn der  
20 Dolmetscher ist auch am Krankenbett und nicht nur im Spital. Er muss selbst gewisse ärztliche  
21 Aspekte aushalten und auch den Patienten beruhigen können, z.B. wenn Blut kommt oder eine  
22 Drainage entfernt, wenige Patienten sind hier entspannt, aber vor allem natürlich vor der  
23 Operation. Oft spürst du als Arzt diese Angst, da muss man es nicht verbalisieren. In meiner  
24 eigenen Sprache versuche ich den Patienten zu beruhigen: ruhige Stimme, Intonation, Gestik.  
25 Wenn keine direkte Kommunikation aufgrund der Sprachbarriere gewährleistet werden kann,  
26 muss das ein Dolmetscher übernehmen. Der Dolmetscher ist immer irgendwie ein  
27 Zwischenglied in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und wenn man auf beiden  
28 Seiten gleich gut agieren muss, ist es schwierig (lächelt).

29 **Das heißt, Dolmetscher:innen sind auch ein bisschen PsychologInnen ?**

30 Ich würde sagen, sehr viel sogar. Jeder Patient erlebt die Operation auf seine eigene Art und  
31 Weise, dieses Gespür wie man die komplexen Dinge möglichst behutsam rüberbringt ist absolut  
32 hoch anzurechnen.

33 **Sie haben gerade die Wichtigkeit der fachlichen Kompetenz angesprochen. Wie wichtig  
34 ist für Sie die Sprachkompetenz? Muss ein Dolmetscher beide Sprachen perfekt  
35 beherrschen können?**

36 Naja, das ist natürlich vom Vorteil. Das setzt einen gewissen Professionalismus voraus und  
37 zeigt, dass man mit einer gebildeten Person zu tun hat, die kompetent und geschult ist. Ich kann  
38 ja nur die deutsche Variante beurteilen aber man merkt anhand der Dolmetschung ob man  
39 verstanden wurde. Wird hier ein Genetiv oder ein Dativ verwendet, wenn Sie darauf  
40 hinauswollen, ist für mich als Arzt nicht sehr wichtig. Das fällt mir zwar auf, aber zerstört das  
41 Gesamtbild nicht. Wichtig, dass ich verstehe, was der Dolmetscher im Auftrag vom Patienten  
42 mir mitteilen möchte. Da ich doch oft operiere und mit Patienten Aufklärungsgespräche führe,  
43 wo auch rechtliche Aspekte präsent sind (der Patient muss zu Gänze über den Ablauf, Risiken,  
44 Komplikationen aufgeklärt worden sein), ist mir das fachliche Verstehen seitens der  
45 Dolmetscher viel wichtiger.

46 **Haben Sie bereits schlechte Erfahrungen mit Dolmetscher:innen gehabt?**

47 Ich muss gestehen, weniger. So wie Ärzte ihr Team von Kolleg:innen aus verschiedenen  
48 Fachrichtungen haben, so hat man auch Dolmetscher, die man kennt und mit denen man oft  
49 und gerne arbeitet. Viele sind nicht nur Dolmetscher bei Arztterminen, sondern organisieren  
50 diese, kümmern sich um Zahlungsmodalitäten im Krankenhaus, ein Rundumservice sozusagen.  
51 Das erleichtert zum Teil auch meinen Job (lacht). Schwierig ist, wenn Patient ohne Dolmetscher  
52 kommt und glaubt es mit einem App alles verständlicher zu machen. Das dauert wirklich lang,

53 Klar, auch beim Dolmetschen dauert das Gespräch länger aber ein Dolmetscher macht es auf  
54 jeden Fall besser.

55 **Wie nehmen Patient:innen die Dolmetscher:innen wahr. Werden Sie zurückhaltender  
56 oder im Gegenteil offener, ruhiger weil keine Sprachbarriere?**

57 Der Patient empfindet die Dolmetscher als große Hilfe, weil eben Verständigung möglich ist.  
58 Selbstverständlich auch die übliche Zurückhaltung seitens des Patienten ganz zum Beginn, weil  
59 es in der Medizin doch um Intimsphären geht und in der Urologie sehr oft sogar. Wir kämpfen  
60 hier mit Tabus, religiösen Besonderheiten, da kommt es zum kulturellen Aspekt: Worüber man  
61 sprechen kann oder darf. Und da sehe ich den Ball wieder bei Dolmetscher dies möglich sachte  
62 anzusprechen oder Patienten aufzuklären was passiert - Psychologie und Professionalismus  
63 eben (lächelt). Man muss natürlich die Ausgangskultur verstehen, dass man weiß, wie gewisse  
64 intime Fragen man als Dolmetscher angeht, aber auch in die Sprachkultur, in welche  
65 gedolmetscht wird- allein schon bei den Untersuchungen, wo es um den körperlichen Kontakt,  
66 Entkleiden, etc. geht. Ich würde mir zum Beispiel von den Dolmetscher:innen erwarten, dass  
67 sie es untereinander mit dem Patienten klären, weil ich mich hier schwer einbringen kann: Auf  
68 einer Seite bin ich auf die Dolmetscher:innen angewiesen, weil die Kommunikation sonst nicht  
69 funktioniert, auf der anderen Seite kann ich schwer beurteilen, ob es dem Patienten recht ist,  
70 wenn Dolmetscher bei der Untersuchung dabei ist. In der Muttersprache und mit dem gleichen  
71 kulturellen Hintergrund, ist es etwas einfacher zu erklären und die Feinheiten des intimen  
72 Charakters klären. Und natürlich ist es für mich eine Frage der Empathie, die ein Dolmetscher  
73 mit sich bringen muss-das spüren die Patienten, öffnen sich und sehen im Dolmetschen eine  
74 Unterstützung, vor allem wenn diese erste Barriere mit Intimität überwunden ist.

75 **Dürfen Dolmetscher:innen Mitgefühl, Empathie zeigen oder sind sie nur Sprachmittler,  
76 die das Gesagte weitergeben?**

77 Primär würde ich sagen, die exakte Weitergabe der Information vom Arzt an den Patienten und  
78 Sachlichkeit, das sind Dinge für die ein Dolmetscher zuständig ist aber natürlich ist Empathie  
79 nicht wegzudenken. Im Gegenteil der Dolmetscher muss die Empathie aufbringen um auch dem  
80 Arzt es zu zeigen, weil das ein Vertrauensverhältnis ist und in einem Vertrauensverhältnis hat  
81 man Empathie zu zeigen. Aber nicht nur dem Arzt, auch dem Patienten, letztendlich geht es um  
82 Operation, Spitalsaufenthalt, Risiken, etc. Für mich als Arzt ist es auch wichtig, Augenkontakt  
83 mit alles GesprächspartnerInnen zu haben. Der Blickkontakt hat, das hilft dabei, das Gespräch  
84 noch persönlicher zu machen. Der Patient, dem eine Operation bevorsteht, sucht nach jeder  
85 Möglichkeit, eine Unterstützung zu bekommen, eine Vergewisserung, dass alles in Ordnung  
86 gebracht werden kann.

87 **Werden die medizinischen Ergebnisse durch die Qualität des Dolmetschens beeinflusst?**

88 Natürlich, ganz einfach. Wenn Dolmetscher mir nur die Hälfte sagt, sich zögert, weil in  
89 Schwierigkeiten gerät, beziehungsweise nicht richtig dolmetscht, dann haben wir ein Problem.  
90 Ich bin auf seine oder ihre Antwort angewiesen. Ich brauche einen Dolmetscher bei der  
91 Anamnese und bei der präoperativen Aufklärung, letztlich gibt der Patient sein Einverständnis  
92 zur Operation ab.

93 **Worin besteht für Sie die Rolle eines Dolmetschers bei den Aufklärungsgesprächen?**

94 Dolmetscher ist ein Bindeglied zwischen Patienten und Ärzten und es geht hier nicht nur um  
95 die Sprache. Ich habe Patienten, die sehr gut Englisch können und trotzdem mit einem  
96 Dolmetscher kommen, weil man eben diese Sicherheit und Unterstützung haben will, man  
97 verstehe die Dinge richtig. Wie ich schon erwähnt habe, viele Dolmetscher haben auch andere  
98 Funktionen (Organisation, etc.) und stehen den Patienten in vielen Belangen zur Seite.

99 **Danke!**

## **14 Abstract**

Diese Masterarbeit untersucht den Stellenwert von Dolmetscher:innen bei präoperativen Aufklärungsgesprächen mit chirurgischen Patient:innen im Kontext des Medizintourismus. Der Fokus liegt auf russischsprachigen Patient:innen in österreichischen Privatkliniken. Basierend auf translationswissenschaftlichen Rollenkonzepten sowie einer qualitativen empirischen Studie mit leitfadengestützten Interviews von Ärzt:innen und Patient:innen werden Rollenverständnisse, Erwartungen und Kompetenzanforderungen analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Dolmetscher:innen eine zentrale Rolle in der sprachlichen, organisatorischen und kulturellen Vermittlung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen übernehmen.