



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Aktivistische (Dolmetsch-)Tätigkeiten bei
Schwangerschaftsabbrüchen:
Herausforderungen und Lösungsstrategien“

verfasst von / submitted by

Viktoria Straczek-Helios, BA

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

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

UA 070 331 375

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

Masterstudium Translation Deutsch Polnisch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	5
Einleitung	6
1. Auslandsreisen für Schwangerschaftsabbrüche und Dolmetschen in der Medizin	9
1.1. Medizintourismus.....	9
1.1.1. Begriffsdifferenzierungen und -definitionen	9
1.1.2. Medical Tourism.....	13
1.1.3. Patient:innenmobilität.....	14
1.1.4. Der medizintouristische Wirtschaftsmarkt	16
1.1.5. Beweggründe für medizinischen Reisen	18
1.1.6. Dienstleistungsketten im Medizintourismus	22
1.1.7. Stakeholder und Patientenvermittler:innen	22
1.2. Kommunikation und Translation in der Medizin.....	23
1.2.1. Medizinische Kommunikation	23
1.2.2. Medizinisches Gespräch	24
1.2.3. Institutionelle Kommunikation.....	24
1.2.4. Besondere Kommunikationssituationen	25
1.2.5. Textsorten und Gesprächsformen in der Medizin	27
1.2.6. Dolmetscher:innen in Krankenhäusern und Praxen	28
1.2.7. Erwartungen und Anforderungen an Dolmetscher:innen.....	30
1.2.8. Dolmetscher:innen im Medizintourismus in Deutschland und Österreich.....	33
1.3. Schwangerschaftsabbrüche in Europa.....	37
1.3.1. Begriffsbestimmungen.....	37
1.3.1.1. Schwangerschaftsabbruch und Abtreibung.....	37
1.3.1.2. Abtreibungstourismus	38
1.3.2. Lage in Polen	39
1.3.2.1. Rechtliche Lage	39
1.3.2.2. Gesetzeslücke.....	40
1.3.2.3. Gesetzesänderung 2020 und ihre Konsequenzen.....	41

1.3.2.4. #JakJustyna	42
1.3.3. Lage in Österreich	44
2. Aktivismus	46
2.1. Non-professional Interpreting and Translation und Aktivismus in der Translationswissenschaft.....	46
2.1.1. NPIT	47
2.1.2. Aktivistisches Dolmetschen	47
2.1.3. Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos	48
2.1.4. Demand Control Schema.....	49
2.2. Pro-Choice- und Abtreibungsaktivismus	51
2.2.1. Pro-Choice-Bewegungen	51
2.2.1.1. USA.....	51
2.2.1.2. Österreich.....	51
2.2.1.3. Polen	52
2.2.2. Mapping der <i>abortion networks</i> und <i>abortion groups</i> in Europa.....	53
2.2.2.1. Abortion Without Borders	53
2.2.2.2. Kobiety w Sieci.....	54
2.2.2.3. Women Help Women	54
2.2.2.4. Women on Web	55
2.2.2.5. Aborcyjny Dream Team	55
2.2.2.6. Abortion Support Network	56
2.2.2.7. Abortion Network Amsterdam	56
2.2.2.8. Ciocia Basia	57
2.2.2.9. Ciocia Czesia	57
2.2.2.10. SAFE	58
2.2.3. Ciocia Wienia.....	58
3. Methodik.....	60
3.1. Forschungsfrage und Ziel der Masterarbeit	60
3.2. Erhebung	60
3.3. Aufbereitung.....	62
3.4. Auswertung	62
4. Darstellung der Ergebnisse	65
4.1. Kategorie 1: Umgebungsfaktoren	65

4.1.1.	Kategorie 1.1.: Medizinisches Fachwissen.....	66
4.1.2.	Kategorie 1.2.: Ressourcen.....	67
4.1.3.	Kategorie 1.3.: Setting.....	68
4.1.4.	Kategorie 1.3.: Politik.....	69
4.2.	Kategorie 2: Zwischenmenschliche Faktoren	70
4.2.1.	Kategorie 2.1.: Kommunikation und Translation im medizinischen Setting	70
4.2.2.	Kategorie 2.2.: Kommunikation per E-Mail.....	73
4.2.3.	Kategorie 2.3.: Rollenverständnis der Aktivist:in	74
4.2.4.	Kategorie 2.4.: Thought World.....	76
4.3.	Kategorie 4.3.: Intrapersonelle Faktoren.....	77
4.3.1.	Kategorie 4.3.1.: Emotionen.....	77
4.3.2.	Kategorie 4.3.2.: Risiken und Sicherheit.....	79
4.3.3.	Kategorie 4.3.3.: Arbeitsbelastung	80
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse	81
5.1.	Umgebungsfaktoren	81
5.2.	Zwischenmenschliche Faktoren	83
5.3.	Intrapersonelle Faktoren.....	85
6.	Conclusio	87
	Bibliographie.....	91
	Anhang – Interviewleitfaden.....	104
	Abstract Deutsch	106
	Abstract Englisch	107

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Unterteilung des Medizintourismus (Quast 2009: 8)	11
Abbildung 2: Abtreibungsgesetze weltweit (Center for Reproductive Rights o.J.b).....	21
Abbildung 3: Servicekette einer Medizinreise (Quast 2009: 32)	22
Abbildung 4: Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen (Iacono 2021: 66)	29
Abbildung 5: Auftragsmanagement im Medizintourismus (Iacono 2021: 117)	32
Tabelle 1: Auszug aus der Kategorienbildung	64

Einleitung

Der polnische Verfassungsgerichtshof erklärt am 22.10.2020 unter Vorsitz der Verfassungsrichterin Julia Przyłębska Schwangerschaftsabbrüche im Falle einer Fehlbildung des Fötus als verfassungswidrig und somit illegal. Die Voraussetzungen für einen legalen Abbruch schrumpfen auf die unmittelbare Lebensgefahr der schwangeren Person oder auf eine Schwangerschaft, die auf illegalem Wege, also insbesondere durch Vergewaltigung oder Inzest, zustande gekommen ist (vgl. Wężyk 2021: 414). Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Polen sinkt, und als Antwort darauf entstehen aktivistische Gruppen, die beim Zugang zur Abtreibung sowohl in Polen als auch im Ausland helfen.

Die Auswirkungen ziehen auch fatale Folgen mit sich: innerhalb von drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Abtreibungsverbotes sterben mindestens sechs Frauen an Sepsis oder multiplem Organversagen, da ihnen ein Schwangerschaftsabbruch in Polen verwehrt wird (vgl. Głuszak 2023).

Knapp zwei Jahre später, am 24.06.2022, kippt der Oberste Gerichtshof in Washington das bundesweite Recht auf Schwangerschaftsabbrüche in den USA. Ab diesem Zeitpunkt soll jeder Staat selbst über seine Rechtslage entscheiden. Obwohl Änderungen des Gesetzes nicht verpflichtend sind, führen dennoch einige Staaten ein sofortiges Abtreibungsverbot ein oder reduzierten den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen drastisch. Es bilden sich sogenannte *abortion deserts*. Wie in Polen, sind auch Personen in den USA gezwungen, für einen Schwangerschaftsabbruch in einen anderen Staat zu reisen (vgl. Center for Reproductive Rights o.J.a).

In beiden Fällen zeigt sich, dass ein Abtreibungsverbot keine Abtreibungen verhindert, sondern lediglich den Zugang zu ihnen erschwert. Wo es Verbote gibt, gibt es auch Aktivist:innen, die beim Zugang zu Abbrüchen verhelfen, und die eigentliche Arbeit des Staates übernehmen. Das sind Personen mit unterschiedlichen Hintergründen und Ausbildungen, die jedoch alle für dasselbe Ziel kämpfen: das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper.

Angesichts möglicher rechtlicher Konsequenzen oder Gefahren seitens der Abtreibungsgegner:innen, werden von aktivistischen Kollektiven Schutzmaßnahmen ergriffen. Das macht es nicht einfach, wissenschaftliche Forschung zu diesem Thema zu betreiben. Eine aktivistische Gruppe, die sich dennoch bereit erklärt hat, für die Studie der vorliegenden Masterarbeit zur Verfügung zu stehen, ist *Ciocia Wienia*. *Ciocia Wienia* unterstützt schwangere Personen beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich, insbesondere in Wien. Die

Tätigkeiten des Kollektivs reichen von der Terminorganisation über die Begleitung und das Dolmetschen in der Klinik bis hin zu politischer Arbeit.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Einblick in die translatorischen und extratranslatorischen Tätigkeiten des Kollektivs zu gewinnen und herauszufinden, vor welchen Herausforderungen die Aktivist:innen in ihrer Arbeit stehen und mit welchen Lösungsstrategien sie diese bewältigen.

Dafür wird als Grundlage zunächst der theoretische Rahmen gebildet, in dem die drei Hauptthemen Medizintourismus, Schwangerschaftsabbrüche und Aktivismus aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht beleuchtet werden.

Das erste Kapitel widmet sich dem Medizintourismus. Es werden die wichtigsten Aspekte des Medizintourismus und dessen Ausprägungen beschrieben, darunter die Patient:innenmobilitätsrichtlinie, die wirtschaftliche Bedeutung medizinischer Reisen, Gründe für medizinische Reisen und der Ablauf medizinischer Reisen samt den Akteur:innen. Daraufhin werden die wichtigsten Eigenschaften und Formen der medizinischen Kommunikation präsentiert. Anschließend wird auf Grundlage der Studie von Iacono (2021) das Thema des Medizintourismus in Verbindung mit der Dolmetschwissenschaft erarbeitet, mit besonderem Fokus auf die Erwartungen und Anforderungen an Dolmetscher:innen im Medizintourismus.

Um die Gründe für medizinische Reisen für Schwangerschaftsabbrüche besser nachvollziehen zu können, werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Polen und in Österreich dargestellt. Ebenso werden die Konsequenzen des 2020 in Kraft getretenen polnischen Abtreibungsverbotes auf die Gesellschaft und auf medizinische Reisen zwischen den Ländern Polen und Österreich erforscht.

Anschließend wird das Thema Aktivismus aus der dolmetschwissenschaftlichen Perspektive und der translationswissenschaftliche Zweig NPIT, Non-professional Interpreting and Translation, näher betrachtet. Zum besseren Verständnis hinsichtlich der Anforderungen und Ressourcen an Dolmetscher:innen wird das Demand Control Modell von Dean & Pollard (2013) herangezogen, welches auch die Grundlage für den empirischen Teil dieser Masterarbeit bildet. Anschließend wird ein geschichtlicher Abriss des Pro-Choice- und Abtreibungsaktivismus gegeben sowie ein Überblick über die bekanntesten *abortion networks* und *groups* in Europa verschafft.

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden zunächst die Forschungsfragen, insbesondere welchen Herausforderungen die Aktivist:innen in ihrer Arbeit gegenüberstehen und welche Lösungsstrategien sie anwenden, und die Methodik der Studie vorgestellt. Danach erfolgt eine Darstellung der Erhebungsmethode, nämlich der qualitativen Interviewstudie mit

den Aktivist:innen sowie eine Erläuterung der Auswertungsmethode nach Mayring (2015), unter Anwendung des oben genannten Demand Control Modells (vgl. Dean & Pollard 2013). Anschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse präsentiert und interpretiert. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und ein Vergleich der wichtigsten Erkenntnisse aus der empirischen Studie, die schließlich in der Conclusio mit der theoretischen Ausarbeitung in Verbindung gebracht werden.

1. Auslandsreisen für Schwangerschaftsabbrüche und Dolmetschen in der Medizin

Das Phänomen einer Auslandsreise, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, auch als Abtreibungstourismus bekannt, ist in Europa schon seit Jahrzehnten bekannt. Um das Phänomen im Ganzen verstehen zu können, kann Abtreibungstourismus in drei untrennbare Komponenten zerlegt werden: Medizintourismus, Translation in der Medizin und Schwangerschaftsabbruch. Diese Komponenten werden im folgenden Kapitel näher betrachtet. Zunächst werden Begriffsdifferenzierungen und Definitionen des Medizintourismus und dessen Synonyme vorgenommen, gefolgt von seinen Ausprägungen und Eigenschaften. Bei grenzüberschreitendem Medizintourismus, insbesondere in Europa, ist mehrsprachige medizinische Kommunikation für die Dolmetschwissenschaft von großem Interesse. Aus diesem Grund werden die wichtigsten Aspekte der medizinischen Kommunikation und der Translation in medizinischen Settings beleuchtet. Schließlich werden die rechtlichen und politisch-geographischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs erläutert, um somit ein vollständiges Bild des Abtreibungstourismus aus Polen nach Österreich wiedergeben zu können.

1.1. Medizintourismus

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Begriffe und Ausprägungen des Medizintourismus erörtert, und der rechtliche Rahmen für die Patient:innenmobilitätsrichtlinie erklärt. Anschließend erfolgt ein Überblick über den Einfluss medizintouristischer Reisen auf die Wirtschaft und die häufigsten Gründe für Medizintourismus. Zum besseren Verständnis des Ablaufes medizinischer Reisen werden die Dienstleistungskette und die Stakeholder:innen im Medizintourismus vorgestellt.

1.1.1. Begriffsdifferenzierungen und -definitionen

Medizinische Reisen tragen im deutschen Sprachraum unterschiedliche Bezeichnungen: Gesundheitstourismus, Medizintourismus, Patiententourismus, Patient:innenmobilität, und andere. Dennoch gibt es bis heute in der Wissenschaft keine einheitliche Definition des Gesundheits- und Medizintourismus (vgl. Iacono 2021: 13). Es existieren unterschiedliche Definitionsansätze, in denen die Begriffe als Synonyme verwendet werden (vgl. Berg 2008; Illing 2009), oder andere, die den Gesundheitstourismus anderen Tourismussegmenten (z. B. dem Medizintourismus) überordnen (vgl. Quast 2009; Reisewitz 2015). Um die

unterschiedlichen Definitionsansätze besser zu verstehen ist es sinnvoll, zunächst die Definitionen der Begriffskomponenten Gesundheit, Medizin und Tourismus kennen.

Die Europäische Union definiert Tourismus als eine „Tätigkeit von Personen, die zu Orten außerhalb ihrer gewohnten Umgebung reisen und sich dort höchstens ein Jahr lang zu Urlaubs-, geschäftlichen oder anderen Zwecken aufhalten“ (1999/34/EG, Art 2 Abs 2.1) und ordnet ihn dem Reisbegriff unter. Von der Tourismus-Definition ausgenommen sind unfreiwillige Reisen und Aufenthalte. Bei Besucher:innen (Unterbegriff von Reisenden) wird zwischen Tourist:innen (übernachten mindestens einmal im besuchten Ort) und Tagesbesucher:innen (übernachten nicht im besuchten Ort) differenziert (vgl. 1999/34/EG, Art 2 Abs 2.1).

Der Gesundheitsbegriff wird von der WHO wie folgt definiert: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Frei-sein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946: 1) Eng verbunden mit dem Gesundheitsbegriff ist die Medizin, die sich aus wissenschaftlicher Sicht mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt. Der Duden definiert Medizin als die „Wissenschaft vom gesunden und kranken Organismus des Menschen, von seinen Krankheiten, ihrer Verhütung und Heilung“ (DUDEN o.J.)

Trotz der eindeutigen Definitionen von Gesundheit und Medizin existiert ein Differenzierungsproblem zwischen dem Gesundheits- und Medizintourismus. Quast (2009) sieht dieses in den „fließenden Grenzen von Marktsegmenten“ (2009: 6) und einer fehlenden Begriffsbestimmung in der deutschen Literatur, und schlägt dafür eine eigene Definition des Medizintourismus vor, die die Merkmale von Tourismus und Medizin beinhaltet:

Medizintourismus ist ein Synonym für die Begriffe Patienten-, Klinik- und Operationstourismus und beschreibt die Bewegung von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen medizinische Dienstleistungen an Orten außerhalb ihres gewöhnlichen Umfeldes in Anspruch nehmen, wobei der Aufenthalt die Dauer eines Urlaubes nicht überschreitet und vielfach mit der Nachfrage touristischer Aktivitäten kombiniert wird. (Quast 2009: 6)

Der Medizintourismus ist neben dem Rehabilitationstourismus und dem Kur- und Heilbädertourismus eine Form der medizinischen Gesundheitsreise (vgl. Quast 2009: 11ff.). Die medizinische Gesundheitsreise dient der Wiederherstellung der Gesundheit, bzw. Heilung von Krankheiten und bildet mit der präventiven Gesundheitsreise, die der Krankheitsvorbeugung und Gesundheitserhaltung dient, ein Segment des Gesundheitstourismus.

Quast nimmt in Anlehnung an Rulle (2005: 133) eine Unterteilung des Medizintourismus in den nationalen, internationalen, freiwilligen und staatlichen Tourismus vor (siehe Abb. 1). Im freiwilligen Patiententourismus sind niedrigere Behandlungskosten das schwerwie-

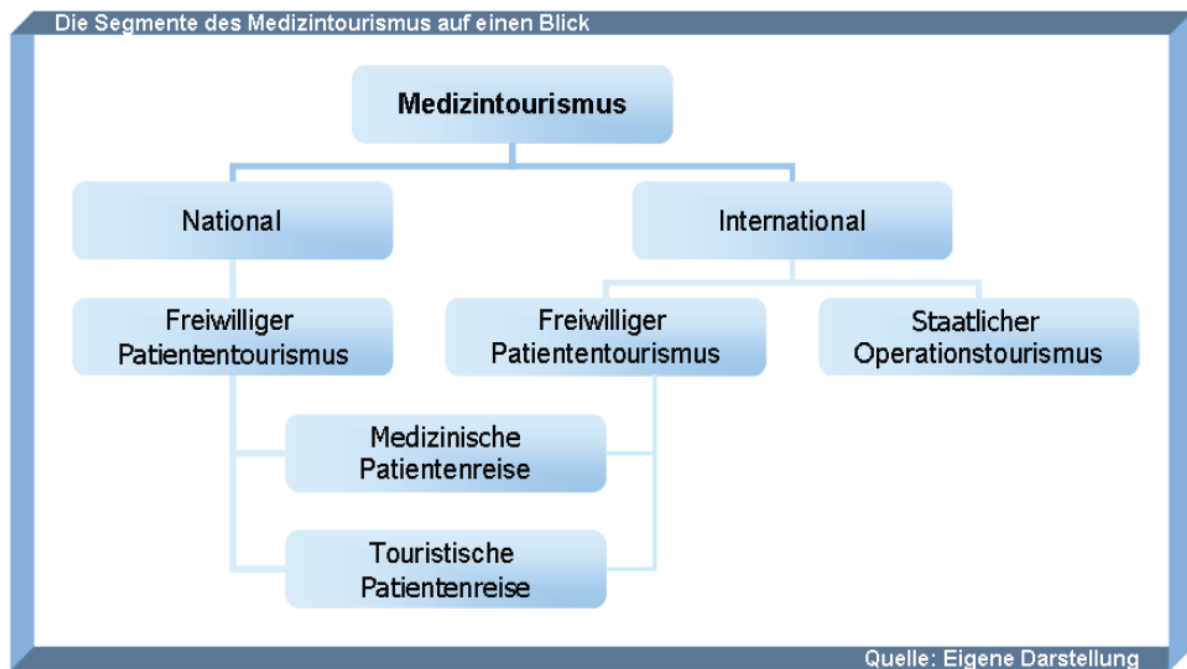


Abbildung 1: Unterteilung des Medizintourismus (Quast 2009: 8)

gendste Reisemotiv. Diese werden größtenteils von den Patient:innen selbst getragen (vgl. Quast 2009: 6). Der freiwillige Patiententourismus wird wiederum in die medizinische oder touristische Patientenreise aufgeteilt: Steht im Fokus der Reise ausschließlich die Behandlung, handelt es sich um die medizinische Patientenreise. Werden im Rahmen der Reise auch touristische Dienstleistungen in Anspruch genommen, oder die Reisedauer und Destination davon abhängig gemacht, handelt es sich um die touristische Patientenreise (ibid.: 7). Im Gegensatz dazu steht der staatliche Operationstourismus, der aufgrund von Versorgungsengpässen in inländischen Gesundheitseinrichtungen stattfindet. Betroffene Patient:innen werden in ausländische Einrichtungen überwiesen und die Kosten werden von den inländischen Krankenkassen übernommen (ibid.: 6).

Illings Definition von Gesundheitstourismus zeichnet sich durch folgende Faktoren aus: Ziel der Reise ist die Steigerung des Leistungsvermögens durch salutogenetische, medizinische und ergänzende Methoden und findet an einem dafür bestimmten Aufenthaltsort statt (vgl. Illing 2009: 49). Der Medizintourismus ist für Illing klar eine Variante des Gesundheitstourismus und wird wie folgt definiert: „Medizintourismus beschreibt Reisen, deren zentrales Motiv der zumeist stationäre Aufenthalt in klinischen Einrichtungen ist, in denen Ärzte Wahleingriffe durchführen.“ (ibid.: 6) Wahleingriffe sind von Patient:innen und Mediziner:innen

geplante Eingriffe. Medizinische Behandlungen aufgrund von Notfällen fallen somit nicht in die Kategorie des Medizintourismus (ibid.: 6).

Reisewitz betrachtet das Phänomen des internationalen Medizintourismus aus juristischer Sicht und führt die drei wichtigsten Bedingungen an, die eine medizinische Reise aufweisen muss, um dem Medizintourismus zugeordnet zu werden (vgl. Reisewitz 2015: 5ff.). Zunächst muss es sich um einen ausländischen Behandlungsort handeln, der sich außerhalb vom gewohnten Lebensumfeld befindet. Wenn sich der Behandlungsort weiter weg, aber innerhalb des eigenen Landes befindet, spricht Reisewitz von „Medizintourismus nationaler Ausprägung“ (ibid.: 5), geht aber nicht näher auf diese Form von Medizintourismus ein. Die zweite Eigenschaft des Medizintourismus ist der zeitlich begrenzte, physische Aufenthalt im Ausland (ibid.: 6). Im dritten Punkt führt Reisewitz die wichtigsten Aspekte medizinischer Behandlungen im Rahmen des Medizintourismus an. Wie schon erwähnt fallen nur geplante Eingriffe und keine Akutbehandlungen unter den Medizintourismus – nicht zu verwechseln mit Spontanbehandlungen, die zwar kurzfristig, aber dennoch geplant sind (ibid.: 7). Im Gegensatz zu Quast (2009), die zwischen dem freiwilligen Patiententourismus und staatlichen Operationstourismus differenziert, ist eine solche Differenzierung aus juristischer Sicht für Reisewitz irrelevant und wird nicht vorgenommen. Medizintouristische Behandlungen müssen auch ein bestimmtes fachliches Niveau aufweisen. Dabei handelt es sich um Behandlungen, „deren Durchführung aufgrund der Eingriffsschwere einen hohen Grad medizinischer Qualifikation voraussetzt“ (Reisewitz 2015: 9). Als letztes unterstreicht Reisewitz, dass auch Schönheitsoperationen oder andere, nicht-gesundheitsbedingte Wunschbehandlungen, die einen hohen Grad an medizinischer Qualifikation erfordern, dem Medizintourismus zuzuordnen sind (ibid.: 9). Insbesondere aus juristischer Sicht sind die medizinischen Qualifikationen und Behandlungsrisiken von hohem Interesse. Aus diesem Grund unterteilt Reisewitz den Medizintourismus in die Kategorien Behandlungsreise und Spontanbehandlung. Eine Behandlungsreise charakterisiert sich durch ein gewisses Maß an Planung und Informationssammlung im Rahmen der Reisevorbereitung, wohingegen der Entschluss für eine Spontanbehandlung erst am Behandlungsort gefasst wird. Somit birgt die Behandlungsreise weniger Risiken, da die Vorbereitungszeit länger ist, und mehr Auswahl- und Informationsmöglichkeiten über den Eingriff verfügbar sind (ibid.: 10f.).

Berg führt als wichtigste Merkmale des Gesundheitstourismus die „Erhaltung, Stabilisierung oder die Wiederherstellung der Gesundheit an einem fremden Ort“ (Berg 2008: 39), mit besonderem Fokus auf Gesundheitsleistungen an. Diese können aus den Bereichen Medizin, Therapie, Bäderheilkunde, Sport und Ernährung stammen (ibid.: 39). Eine spezielle Form

des Gesundheitstourismus ist der Patiententourismus, bei dem sich Patient:innen für medizinische Leistungen oder Kuren „zum Zwecke der Heilung, Genesung oder der Vorbeugung von Krankheiten und Leiden“ (ibid.: 169) ins Ausland begeben. Hierbei handelt es sich meistens um spezielle Eingriffe, die aufgrund mangelhafter medizinischer Versorgung oder hoher Kosten nicht im Inland in Anspruch genommen werden können (ibid.: 170).

Iacono (2021) beleuchtet den Medizintourismus aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht und versteht darunter:

eine vorübergehende Verlegung des Wohnortes der PatientInnen ins Ausland aus medizinischen Gründen. Im Rahmen des Medizintourismus unterziehen sich PatientInnen entweder einer geplanten gesundheitswiederherstellenden Behandlung, zu der häufig im Herkunftsland kein Zugang besteht, oder suchen nach einer Diagnose für eine seltene und somit schwer diagnostizierbare Krankheit bzw. einer ärztlichen Zweitmeinung zu einer Diagnose oder zu einem Therapieversuch. (Iacono 2021: 18)

Der Medizintourismus ist dem Gesundheitstourismus untergeordnet und gleichbedeutend mit länderübergreifender Gesundheitsversorgung und Patient:innenmobilität (2021: 42f.).

In dieser Masterarbeit gilt die Definition des Medizintourismus nach Iacono (2021) und wird mit dem Begriff der medizinische Reise synonym verwendet

1.1.2. Medical Tourism

Auch im englischen Sprachraum gibt es sowohl *health tourism* als auch *medical tourism*, mit ähnlichen Schwierigkeiten, diese beiden Begriffe wissenschaftlich zu definieren. In der Literatur steht *medical tourism* jedoch häufiger im Fokus von Untersuchungen und wird in vielen Fällen als Überbegriff für unterschiedliche Arten grenzüberschreitender, medizinischer Reisen verwendet (vgl. Hall 2011: 4ff.). Die Wirtschafts- und Sozialkommission für Asien und den Pazifik veröffentlichte 2009 einen Bericht, in dem auch die Bezeichnung *medical travel* vorkommt. Im Gegensatz zu *medical tourism*, der primär eine touristische Reise mit medizinischen Komponenten bezeichnet, ist *medical travel* „more about extending health-care services across international borders and expanding choices for patients on where to access health care“ (ESCAP 2009: 1). Connell zufolge ist die Bezeichnung *medical tourism* in den meisten Fällen grenzüberschreitender Reisen inadäquat, da *tourism* Vergnügen impliziert, was aber selten der Fall ist: „many mobile patients cross borders for medical care unwillingly, out of necessity, desperation and frustration, with no thought of tourism in mind“ (Connell 2015: 398). Stattdessen spricht er von *transnational health mobility* oder *medical travel* und sieht *medical tourism* als ein Segment von *medical travel* (ibid.: 398). Andere englischsprachige

Autor:innen, die den Begriff *medical tourism* als unangebracht halten, bedienen sich der Begriffe (*international*) *medical travel* (vgl. Ormond 2015; Whittaker & Chee 2015), *transnational health care* (vgl. Botterill et al. 2013), *transnational patient mobility* oder *cross-border healthcare* (vgl. Bartłomiejczyk & Pöllabauer 2022).

Für medizinische Reisen im Abtreibungskontext gibt es ebenfalls unterschiedliche Bezeichnungen. Diese werden in Kapitel 1.3.1.2. erläutert.

1.1.3. Patient:innenmobilität

Die Patientenmobilitätsrichtlinie trat am 24.04.2011 in Kraft und schafft Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb aller EU-Mitgliedstaaten, sowie der EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen. Ziel ist es, den Zugang zu sicheren und hochwertigen Gesundheitsbehandlungen im Ausland zu erleichtern, die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedsstaaten zu fördern, und einen rechtlichen Rahmen für Patient:innenmobilität zu schaffen. Die Richtlinie gilt für alle, die in einem der Mitgliedstaaten bzw. den drei EWR-Staaten versichert sind, unabhängig von der eigenen Staatsangehörigkeit (vgl. RL 2011/24/EU).

Grundsätzlich gilt die Richtlinie für „jegliche Gesundheitsversorgung von Patienten, unabhängig davon, wie diese organisiert, erbracht oder finanziert wird“ (RL 2011/24/EU, Art 1 Abs 2), mit Ausnahme von Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, Organtransplantationen oder Impfungen gegen Infektionskrankheiten.

Jeder Mitgliedsstaat sollte über eine nationale Kontaktstelle verfügen. Einerseits dient sie als Auskunftsstelle für ausländische Patient:innen, die sich in dem jeweiligen Land behandeln lassen möchten, andererseits für heimische Patient:innen, die eine grenzüberschreitende Behandlung in Anspruch nehmen möchten (ibid.: ErwGr 48f.). Als Behandlungsmitgliedstaat ist man verpflichtet, ausländische Patient:innen über die geltenden Standards und Leitlinien im nationalen Gesundheitswesen zu informieren, und sie über die „Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit“ (ibid.: Art. 4 Abs 2 lit b), die Kosten und den Versicherungsschutz in Kenntnis zu setzen. Es gilt der Grundsatz der Nichtdiskriminierung (ibid.: Art 4 Abs 3). Der Versicherungsmitgliedstaat ist verpflichtet, Informationen über Rechte und Ansprüche zur Verfügung zu stellen, insbesondere über die Kostenrückerstattung. Er ist auch zur Kostenrückerstattung gemäß der Richtlinie verpflichtet (ibid.: Art 5 lit b). Zudem muss für die Patient:innen gegebenenfalls die Möglichkeit einer Nachbehandlung im Ausland, (ibid.: Art 5 lit c), und der Zugriff zu personenbezogenen Daten und Behandlungsakten ermöglicht werden (ibid.: Art 5 lit d). Der Versicherungsmitgliedstaat kann Vorschriften zur

Kostenübernahme auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene festlegen. Dies betrifft insbesondere die Höhe der Rückerstattung, Voraussetzungen, Anspruchskriterien und Regelungs- und Verwaltungsformalitäten (ibid.: Art 7 Abs 7). In bestimmten Fällen muss eine Vorabgenehmigung von den Antragsteller:innen beantragt werden (ibid.: Art 8).

Die Patient:innenmobilitätsrichtlinie sieht vor, dass die Mitgliedstaaten miteinander kooperieren, um eine ordnungsgemäße grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Insbesondere die nationalen Kontaktstellen sollen im gegenseitigen Austausch stehen (ibid.: Art 10). Weiters umfasst die Richtlinie Vorschriften zu im Behandlungsland ausgestellten Verschreibungen (ibid.: Art 11), einem europäischen Referenznetzwerk (insbesondere seltene Krankheiten betreffend) (ibid.: Art 12 iVm 13) und elektronische Gesundheitsdienste und Gesundheitstechnologien. (ibid.: Art 14 iVm 15).

Wer bei unzureichenden Sprachkenntnissen der Patient:innen die Verantwortung für die Bereitstellung von Dolmetschdiensten übernimmt, ist in der Richtlinie nicht spezifiziert. Die meisten Mitgliedstaaten stellen Dolmetschdienste im Rahmen der Patient:innenmobilität nicht zur Verfügung, und die Kosten werden vom Versicherungsmitgliedstaat nicht übernommen (vgl. Angelelli 2015: viii). In der neuesten Studie der Evaluierung der Patient:innenmobilitätsrichtlinie aus dem Jahr 2022 wird darauf ausdrücklich hingewiesen:

Die Richtlinie schreibt keine Sprachunterstützung für grenzüberschreitende Patienten vor, d.h. sie erwähnt nicht ausdrücklich das Recht der Patienten auf Zugang zu Informationen in einer Sprache, die sie verstehen oder sprachübergreifend (z. B. durch Übersetzung und/oder Dolmetschen). (Studie zur Unterstützung der Evaluierung der Richtlinie 2011/24/EU 2022: 16)

Angelelli (2015) stellt das „Recht auf Zugang zu einer sicheren und hochwertigen Gesundheitsversorgung“ (Angelelli 2015: viii) in Frage, wenn professionelle Sprachdienstleistungen von Mitgliedstaaten nicht zur Verfügung gestellt werden. In ihrer speziell der Patient:innenmobilitätsrichtlinie gewidmeten Studie aus dem Jahr 2015 geht hervor, dass bei Verständnisproblemen sehr häufig ad hoc Dolmetscher:innen, Spitalspersonal oder Angehörige der Patient:innen zum Dolmetschen gebeten werden (ibid.: viii). Eine der wichtigsten Empfehlungen von Angelelli ist es, das Recht auf professionelle Dolmetschdienste in der Richtlinie zu verankern, um somit einen gleichen Zugang zu länderübergreifenden Gesundheitsleistungen für alle Patient:innen zu ermöglichen (ibid.: ix).

Der Schwangerschaftsabbruch als grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird in der Patient:innenmobilitätsrichtlinie nicht erwähnt. Da der Schwangerschaftsabbruch ohne Indikation in Österreich eine Privatleistung ist, deren Kosten nicht von der Sozialversicherung

übernommen werden, liegt die Annahme nahe, dass die Richtlinie in solchen Fällen nicht zur Anwendung kommt. Ob die Richtlinie bei einem Schwangerschaftsabbruch mit Indikation gemäß § 97 Abs 1 Z 2 StGB zur Anwendung kommt, ist fraglich (für die gesetzliche Lage in Österreich siehe Kapitel 1.3.3.). In Polen ist eine (unselbstständig durchgeführte) Abtreibung ohne Indikation illegal. Aus diesem Grund gilt es als wahrscheinlich, dass die Richtlinie bei einem Schwangerschaftsabbruch ohne Indikation auch in Polen nicht zur Anwendung kommt. Ob die Richtlinie bei einem Schwangerschaftsabbruch mit Indikation gemäß Art 4 lit a Abs 1 Z 1 und 3 des Gesetzes über die Familienplanung, den Schutz des menschlichen Fötus und die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch in Anwendung kommt, ist ebenfalls fraglich (für die gesetzliche Lage in Polen siehe Kapitel 1.3.2.).

1.1.4. Der medizintouristische Wirtschaftsmarkt

Das Wirtschaftspotenzial des Medizintourismus wurde im 21. Jahrhundert von vielen Stakeholdern erkannt: Krankenhäusern, Mediziner:innen, Gesundheitsunternehmen, Patient:innenvermittlungsagenturen, aber auch Verlage. Der Boom resultierte in Firmen- und Vereinsgründungen, die dem Medizintourismus gewidmet sind. Beispiele dafür sind Patients Beyond Borders (vgl. PBB o.J.), Medical Tourism Association (vgl. MTA o.J.) und in Deutschland der Deutsche Medical Wellness Verband (im Bereich des Wellnesstourismus) (vgl. DMWV o.J.).

In Österreich ist die Anzahl der Studien zum Medizintourismus gering. Allerdings werden folgende Regionen als medizintouristische Destinationen immer wieder erforscht: Indien, Malaysia, Singapur, Thailand, Südafrika, Brasilien, Costa Rica, Kuba, Mexiko, Dubai und viele Europäische Staaten (vgl. Lunt & Carrera 2010: 29). Patient:innen bevorzugen kürzere Distanzen und unternehmen medizinischen Reisen am liebsten in benachbarte Länder. Transkontinentale Reisen werden am seltensten unternommen. Grund dafür sind die parallel mit der Distanz steigenden Kosten, die fast immer von den Patient:innen selbst getragen werden. Ein anderer Grund, der für kürzere Reisedistanzen spricht, sind die kulturellen Ähnlichkeiten zwischen benachbarten Regionen (vgl. Connell 2011: 114). Unter den angebotenen Behandlungen für medizintouristische Patient:innen finden sich häufig: plastische Chirurgie, Zahnmedizin, Kardiologie, Orthopädie, Bariatrie, In-vitro-Fertilisation und geschlechtsangleichende Operationen, Organtransplantationen, Augenchirurgie und Diagnostik. Zur geographischen Häufigkeit der Behandlungen im medizintouristischen Kontext können jedoch aufgrund fehlender zuverlässiger Daten keine Angaben gemacht werden (Lunt & Carrera 2010: 29).

Zum Medizintourismus in Österreich gibt es bis dato kaum wissenschaftliche Studien. Grund dafür könnte die uneinheitliche Begriffsdifferenzierung des Gesundheits- und

Medizintourismus sein (vgl. Iacono 2021: 19). Auch offizielle statistische Daten zum österreichischen Medizintourismus sind nicht vorhanden. David Gabriel, Gründer der Plattform *Austrian Health*, schätzt das Potenzial des österreichischen Medizintourismus auf 1,2 Milliarden Euro, das jedoch aufgrund mangelnden Marketings auf Bundesebene nicht ausgeschöpft wird. Mit der Gründung von *Austrian Health* soll die Vernetzung zwischen Institutionen, Mediziner:innen und Patient:innen erleichtert, und somit eine Zusammenarbeit im Rahmen des Medizintourismus ermöglicht werden (vgl. Freitag 2016).

Anders verhält es sich mit Deutschland, das in Europa als Hauptdestination für ausländische Medizintouristen gilt (vgl. Freitag 2016). Jens Juszczak forschte über 15 Jahre lang im Bereich des Medizintourismus in Deutschland. Seinen Angaben nach werden jedes Jahr zwischen 230.000 und 250.000 Patient:innen aus ungefähr 177 Ländern behandelt, die jährlich ca. 1,2 Milliarden Euro an Einnahmen generieren. Durch den Medizintourismus verzeichnen ebenfalls die Tourismusindustrie, Hotellerie und der Handel mindestens genauso viel Umsatz. Der Anteil an medizintouristischen, also geplanten und nicht spontanen Behandlungen, liegt bei ungefähr 40-45% (vgl. von Hein 2018). Die Patient:innen kommen hauptsächlich aus den Nachbarländern. Führend sind dabei seit über 10 Jahren Polen, Niederlande, Frankreich und Österreich (vgl. von Hein 2018; Operation Karriere 2018). Bei Nicht-EU-Ländern sind die Patient:innenströme unbeständig und hängen stark von der Politik oder Wirtschaft ab. So hat sich beispielsweise der Anteil an russischen Patient:innen in deutschen Spitälern nach Beginn des Russisch-Ukrainischen Krieg 2014 um 30% verringert (vgl. von Hein 2018).

Laut Juszczak sind bei Patient:innen Tendenzen bezüglich der gewünschten medizinischen Leistungen zu erkennen. Patient:innen aus Russland reisen nach Deutschland für Behandlungen aus dem Bereich der Kardiologie und Onkologi. Personen aus dem arabischen Raum nehmen Behandlungen Diabetes-Typ-2, Kindermedizin und Onkologie in Anspruch. Patient:innen aus China lassen in Deutschland am häufigsten Lungenerkrankungen behandeln. Aufgrund langer Wartezeiten im eigenen Land nutzen Niederländer:innen und Brit:innen die Patient:innenmobilitätsrichtlinie für orthopädische Eingriffe oder Augenoperationen. Patient:innen aus Skandinavien hingegen reisen aufgrund von mangelnder Medizintechnik im eigenen Land für nuklearmedizinische oder radiologische Behandlungen nach Deutschland (vgl. Kolbeck 2018).

Die beliebtesten Behandlungseinrichtungen sind vor allem Universitätskliniken oder kommunale Kliniken. Auf Stadt- und Regionalebene bildeten sich sogar medizintouristische Hotspots, wie die Rhein-Main-Region, Hamburg oder Berlin. Privatkliniken werden vor allem von Patient:innen bevorzugt, die Rehabilitationsmaßnahmen benötigen (vgl. von Hein 2018).

1.1.5. Beweggründe für medizinischen Reisen

Die Beweggründe für medizinische Reisen sind unterschiedlich und hängen von mehreren Faktoren ab. Cohen (2014) zeigt drei Möglichkeiten auf, wie man den Medizintourismus unterteilen kann. Der Beweggrund ist dabei fast immer entscheidend.

Die erste Unterteilung stützt sich auf die Legalität der Behandlung und die gesetzliche Lage im Ausgangs- und Behandlungsstaat. Bei Behandlungen, die in beiden Staaten legal sind, fallen gesetzliche Beschränkungen als Beweggründe für Medizintourismus weg (vgl. Cohen 2014: 2). Entscheidend sind sie jedoch bei Behandlungen, die nur im eigenen Land, oder sowohl im eigenen, als auch im Behandlungsland illegal sind. Ungeachtet der Gesetzeslage ist der Zugang zu illegalen Behandlungen in einigen Fällen möglich. Der einfachere Zugang zu einer Behandlung im Ausland, ist der entscheidende Faktor für eine medizinische Auslandsreise, auch wenn die Behandlung illegal ist. Ein Beispiel dafür sind Organtransplantationen (ibid.: 2).

Medizinische Reisen für Behandlungen, die im Ausgangsland illegal, aber im Behandlungsland legal sind, werden in der Wissenschaft *circumvention tourism* genannt (vgl. Cohen 2012; Cohen 2014; Bartłomiejczyk & Pöllabauer 2022). Ein deutschsprachiges Pendant gibt es dazu nicht. Die am häufigsten verbreiteten medizinischen Eingriffe im *circumvention tourism* sind Schwangerschaftsabbrüche, einige reproduktionsmedizinische Techniken (Insemination, IVF, Leihmutterschaft), Sterbehilfe und die weibliche Genitalverstümmelung von Minderjährigen (vgl. Cohen 2012).

Eine andere Unterteilung des Medizintourismus ist im Hinblick auf die zahlende Partei möglich. Hier unterscheidet man zwischen selbstzahlenden Patient:innen, Privatversicherungen und der staatlichen Krankenkassa. Besonders in den USA, in denen es kein landesweites Krankenversicherungssystem gibt, ist die Art von Versicherung ein entscheidender Faktor im Medizintourismus. Selbstzahlende US-Patient:innen können laut Cohen: *uninsured*, *functionally uninsured as to a particular service* oder *underinsured* sein (vgl. Cohen 2014: 3ff.). Für nicht versicherte Patient:innen sind das Hauptmotiv für Medizintourismus niedrigere Behandlungskosten außerhalb des Wohnortes (ibid.: 3). Ebenfalls aus Kostengründen entscheiden sich teilversicherte Patient:innen für Medizintourismus, die für bestimmte Eingriffe, wie z. B. plastische Chirurgie, Zahnbehandlungen selbst aufkommen müssen. Bei unterversicherten Patient:innen sind das mangelnde Vertrauen in die Qualität der medizinischen Leistungen im Rahmen der Versicherung, und der Kostenfaktor die häufigsten Gründe für Medizintourismus (ibid.: 5). Gesetzlich krankenversicherte Patient:innen, die sich für eine Behandlung im

Ausland auf eigene Kosten entscheiden, tun dies einerseits wegen langer Wartezeiten im Inland, und andererseits, um eine Behandlung in der Wunschklinik bzw. bei dem:der Wunschmediziner:in zu erhalten. Andere Motive sind der bessere Forschungsstand und technologische Fortschritt im Behandlungsstaat (ibid.: 6ff.).

Auch privatversicherte Patient:innen lassen sich auf Initiative der Versicherungen im Ausland behandeln. Hier spielen die anfallenden Kosten für die Versicherung die entscheidende Rolle. Wenn ein Teil der Patient:innen im Ausland behandelt wird, ist eine signifikante Kostenersparnis für Privatversicherer möglich, wie Cohen am Beispiel der USA vorzeigt (ibid.: 8). Um die Prozesse zu erleichtern, haben einige Versicherungen Pilotprojekte zum Medizintourismus eingeführt, oder kooperieren mit ausländischen Gesundheitseinrichtungen. US-Versicherungen kooperieren auch mit Arbeitgebern, und bieten Angestellten attraktive Gesundheitsprogramme und Behandlungsmöglichkeiten im Ausland an (ibid.: 8). Im Gegensatz zu den nicht- und privatversicherten Patient:innen reisen gesetzlich krankenversicherte Personen nicht aus Kostengründen, sondern aus Zeit- und Qualitätsgründen ins Ausland. Verkürzte Wartezeiten auf den Eingriff sind ein häufiges Reisemotiv sowohl für Personen, die den Eingriff selbst bezahlen, als auch für Personen, deren Eingriffskosten von der Krankenkasse übernommen werden (ibid.: 9f.).

Die dritte Unterteilung des Medizintourismus, die Cohen vornimmt, stützt sich auf geographische Patient:innenströme (ibid.: 10ff.). Er unterscheidet zwischen Strömen von Nord nach Nord, Süd nach Süd, Nord nach Süd und Süd nach Nord. In einigen Fällen (z. B. Medizintourismus aus Australien in die nördliche Hemisphäre), ist die Stromrichtung unzutreffend:

This is a useful set of terms, but in some instances will prove to be a bit of a misnomer because by “North” what is typically meant is “high income,” and by “South,” “low or middle income”— and this mapping will not always accurately track hemispheres. (Cohen 2014: 11)

Der Süd-Nord Strom zeichnet sich durch wohlhabende Patient:innen aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen aus, die sich in Ländern mit hohem Einkommen behandeln lassen möchten. Die häufigsten Gründe dafür sind die Qualität und die Nichtverfügbarkeit bestimmter medizinischer Dienstleistungen im Inland (ibid.: 11).

Die EU ist ein gutes Beispiel für den Nord-Nord Strom, bei dem Patient:innen aus Ländern mit hohem Einkommen in andere Länder mit hohem Einkommen reisen. Da in der EU die Mehrheit der Patient:innen gesetzlich krankenversichert ist, sind das Hauptmotiv für medizinische Reisen, wie vorher schon erwähnt, kürzere Wartezeiten im Behandlungsland (ibid.: 12).

Der Süd-Süd Strom bezeichnet ursprünglich den Medizintourismus zwischen einkommensschwachen Ländern, jedoch gibt es im geographischen Süden einige Länder mit hohem Einkommen, die beliebte medizintouristische Ziele sind (wie z. B. Singapur, Hongkong und die VAE). Patient:innen, die Süd-Süd Medizintourismus betreiben, sind meist von der unzureichenden Qualität medizinischer Behandlungen oder der Infrastruktur im Inland unzufrieden und suchen diese Qualitäten in ausländischen Gesundheitseinrichtungen (ibid.: 12).

Zuletzt gibt es auch den Nord-Süd Strom an Patient:innen. Medizinische Dienstleister:innen aus Ländern mit niedrigem oder mittleren Einkommen analysieren die Marktlücken in reichen Ländern und richten ihr Angebot für medizintouristische Patient:innen dahingehend aus. Cohen führt als Beispiel die USA und Mexiko an, und spricht dabei sogar von „Mexico’s recruiting of U.S. citizens or residents of Hispanic background“ (ibid.: 15).

In Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche haben Gesundheitsdienstleister:innen in Tschechien die Marktlücke in Polen entdeckt, woraufhin viele Abtreibungskliniken in der Nähe zur polnischen Grenze errichtet wurden. Die Angebote sind klar an polnische Staatsbürger:innen gerichtet: die Werbungen für Schwangerschaftsabbrüche in Tschechien sind in polnischer Sprache und das medizinische Personal besteht zum Teil aus Pol:innen, bzw. aus Personen, die polnisch sprechen (vgl. Szcześniak 2021).

Die Gründe für den sogenannten Abtreibungstourismus sind jedoch nicht die hohen Kosten, sondern die Nichtverfügbarkeit der Leistungen im Inland (vgl. Cohen 2014: 318). Das Recht auf Abtreibung ist von Land zu Land verschieden. Dennoch zeigt sich global gesehen ein Nord-Süd-Gefälle, mit einem breiteren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen auf der nördlichen Hemisphäre und einem beschränkten Zugang auf der südlichen Hemisphäre (mit Ausnahme von Australien und einigen afrikanischen und südamerikanischen Ländern) (vgl. Center for Reproductive Rights o.J.b.) (siehe Abb. 2). Auf der nördlichen Hemisphäre zeichnen sich jedoch keine geographischen Tendenzen ab. Die Zieldestination für einen Schwangerschaftsabbruch im Ausland (bzw. in einem anderen Staat in den USA) hängt von der Schwangerschaftswoche und von den staatlichen Regulierungen ab (vgl. De Zordo et. al. 2023).

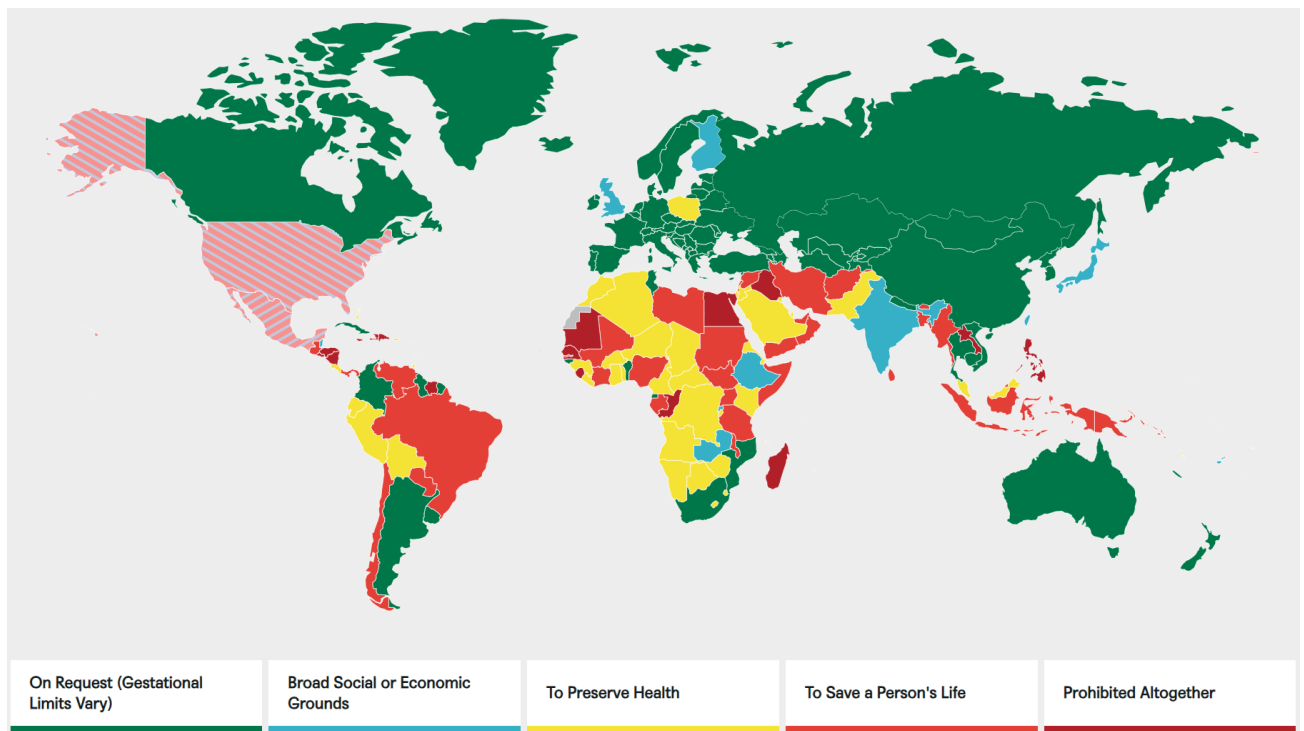


Abbildung 2: Abtreibungsgesetze weltweit (Center for Reproductive Rights o.J.b)

Zusammenfassend kann man folgende Beweggründe für medizinische Reisen nennen:

- niedrigere Behandlungskosten im Ausland,
- lange Wartezeiten im Inland,
- Nichtverfügbarkeit benötigter medizinischer Behandlungen im Inland,
- höhere Qualität der Behandlung im Behandlungsland,
- fortschrittlichere Technologie im Behandlungsland.

Kirsch (2017) äußert sich positiv gegenüber der Forschung Cohens (2014), betont aber, dass sie „stark von einer US-amerikanischen Sicht beeinflusst“ (Kirsch 2017: 14) ist, worauf auch die zahlreichen Kostenvergleiche hinweisen. Laut ihm sind niedrigere Behandlungskosten als Leitmotiv für den Medizintourismus „schlicht und einfach falsch“ (ibid.: 18). Seine Aussage belegt er mit den Ergebnissen des Eurobarometers 2015, die zeigen, dass die Nichtverfügbarkeit der benötigten Behandlungen das Hauptmotiv für medizinische Auslandsreisen sind, gefolgt von besserer medizinischer Qualität an zweiter, und der Behandlung bei einem: einer namhaften Spezialist:in an dritter Stelle. Kostengründe als Motiv liegen hinter dem Zeitfaktor an fünfter Stelle (vgl. Kirsch 2017: 20; Europäische Kommission 2015: 14).

1.1.6. Dienstleistungsketten im Medizintourismus

Medizintouristische Reisen haben in der Regel einen bestimmten Ablaufprozess, den Quast (2009) anhand einer Dienstleistungskette bildlich darstellt:

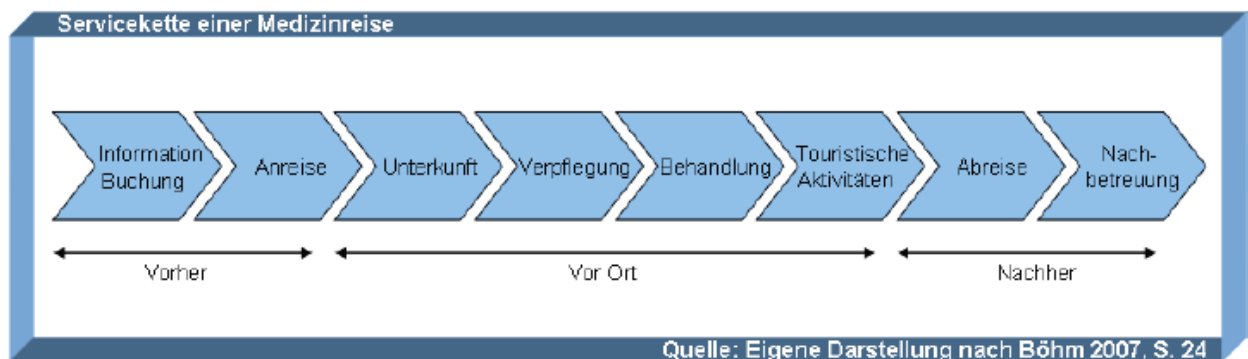


Abbildung 3: Servicekette einer Medizinreise (Quast 2009: 32)

Die Inhalte der einzelnen Komponenten hängen von der Reiseart ab. Hierbei unterscheidet Quast zwischen der Individualreise, der Inanspruchnahme maßgeschneiderter Angebote und der Pauschalreise (ibid.: 31f.). Bei der Individualreise organisiert der:die Patient:in die Reise selbst und berücksichtigt dabei seine:ihre Bedürfnisse. Eine Reiseagentur kann ebenfalls die Bedürfnisse des:der Patient:in berücksichtigen und maßgeschneiderte Angebote für die Medizinreise bieten. Die häufigste Reiseart ist die Pauschalreise. Der:die Patient:in hat in diesem Fall die kleinste Entscheidungsmacht über die Einzelheiten der Reise, spart sich durch das schon vollständige Leistungspaket viel Arbeit und Zeit, und hat ein hohes Sicherheitsgefühl (ibid.: 31f.).

1.1.7. Stakeholder und Patientenvermittler:innen

An einer medizinischen Reise können mehrere Stakeholder beteiligt sein. Neben den medizinischen Dienstleistern sind es u.a. Reiseorganisationen, Kostenträger (z. B. Versicherungen), oder sonstige Dienstleister wie z. B. Translator:innen (vgl. Juszczak 2017: 49). Einen Stakeholder, der mehrere Aufgaben aus unterschiedlichen Bereichen übernimmt, nennt man Patientenvermittler:in. Der Beruf und Markt sind sehr heterogen, aber ihre Hauptaufgabe ist es, Patient:innen an die richtige Spezialist:innen im In- oder Ausland zu vermitteln (vgl. Boscher 2017: 114). Im Rahmen einer Vermittlung werden viele Aufgaben getätigt. Diese umfassen u.a. die Ermittlung des Gesundheitszustands der Patient:innen, die Recherche nach geeigneten Spezialist:innen, die Kontaktaufnahme mit Gesundheitseinrichtungen und Einholung von Kostenvoranschlägen, die Beschaffung von notwendigen Dokumenten und Befunden, das Dolmetschen und Übersetzen, die gesamte Reiseorganisation, usw. (ibid.: 115ff.). Eine der

wichtigsten Kompetenzen der Patientenvermittler:innen ist die sprachliche Kompetenz. Neben dem Dolmetschen und Übersetzen sollten sie auch zwischen Kulturen und moralisch-ethischen Anschauungen vermitteln können (ibid.: 119). Für medizinische Gespräche werden von Patientenvermittler:innen Dolmetscher:innen zur Verfügung gestellt (ibid.: 129).

Laut Juszczak sind in diesem Geschäftsfeld die fehlende staatlicher Regulierung und Kontrolle problematisch, wodurch immer wieder unseriöse Vermittler:innen oder Bestechlichkeit aufgedeckt werden. Gesetzlich erlaubt ist in Deutschland nur das Erbringen patienten-naher Dienstleistungen, aber keine Patient:innenvermittlung an Mediziner:innen oder Gesundheitseinrichtungen gegen Entgelt (vgl. Operation Karriere 2018). Auch in Österreich ist die Zuweisung von Patient:innen an Mediziner:innen gegen jegliche Form der Vergütung untersagt und strafbar (vgl. Ploier 2012: 36).

1.2. Kommunikation und Translation in der Medizin

Im folgenden Kapitel werden zunächst die unterschiedlichen medizinischen Kommunikationsformen und Textsorten aufgezeigt. Es werden auch besondere Kommunikationssituationen vorgestellt, welchen Dolmetscher:innen während medizinischer Dolmetscheinsätze begegnen könnten. Daraufgehend wird das Berufsbild der Gesundheitsdolmetscher:innen näher vorgestellt. Um das Dolmetschen im medizinischen Bereich auch aus medizintouristischer Sicht zu betrachten, wird die Studie von Iacono (2021) zu den Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscher:innen im Medizintourismus präsentiert.

1.2.1. Medizinische Kommunikation

Medizinische Kommunikation definiert sich als (nicht-)sprachliche Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in. Diese Art von Kommunikation unterscheidet sich stark von der Alltagskommunikation, denn sie hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und Behandlung der Patient:innen (vgl. Bechmann 2014: 2). Ein wesentlicher Unterschied zur Alltagskommunikation ist, dass Patient:innen oft emotional betroffen sind (ibid.: 3), und sich Mediziner:innen aufgrund des mangelnden medizinischen Fachwissens kommunikativ unterlegen fühlen (ibid.: 130). Zudem gehören medizinische Gespräche zu den wichtigsten diagnostischen Instrumenten zur Wiederherstellung der Gesundheit der Patient:innen und beeinflussen den Krankheitsverlauf (ibid.: 4).

1.2.2. Medizinisches Gespräch

In der Gegenwart ist der Zugang zu Informationen einfacher denn je, und die meisten Menschen verfügen über ein grundlegendes Wissen über Medizin. Doch je nach Bildungsniveau und Interessen ist dieses Wissen unterschiedlich gut ausgeprägt, und nicht selten werden Zusammenhänge missverstanden, die im Gespräch mit Mediziner:innen aufgeklärt werden müssen (vgl. Bechmann 2014: 128). Aufgrund der ungleichen Wissensstände von Mediziner:innen und Patient:innen sind die Gesprächssituationen oft asymmetrisch (auf der fachlichen Ebene) und unidirektional (auf der kommunikativen Ebene) (ibid.: 129f.). Kommunikationstheoretisch und medizinisch ist eine bidirektionale Kommunikation empfehlenswert, bei dem die Patient:innen als gleichberechtigte Gesprächspartner:innen fungieren. Einer der wichtigsten Gründe hierfür ist das Wissen der Patient:innen über den körpereigenen Zustand, welches für die Mediziner:innen von höchster Relevanz ist (ibid.: 130). Ein anderer Grund ist der Wunsch der Patient:innen an mehr Selbstbestimmtheit:

Die zunehmende Verbreitung medizinischen Wissens in der Bevölkerung führt dazu, dass Ärzte sensibel kommunizieren müssen. Patienten wollen stärker als bisher als gleichberechtigte Gesprächspartner akzeptiert und in das ärztliche Gespräch integriert werden. (Bechmann 2014: 129)

So kann die Asymmetrie in der Kommunikation aufgelöst werden und das medizinische Gespräch für beide Seiten einen positiven Ausgang nehmen.

1.2.3. Institutionelle Kommunikation

Medizinische Kommunikation ist institutionalisiert, und ist das Gegenteil von Alltagskommunikation (vgl. Bechmann 2014: 152). Sie findet im formalen Rahmen, an einem öffentlichen Ort, in einem Dienstleistungsverhältnis und nach einem bestimmten Schema statt. All diese Umstände haben einen Einfluss auf die medizinische Kommunikation: Der institutionelle Charakter baut eine Distanz zwischen Patient:innen und Mediziner:innen auf, wirkt gesprächsblockierend und erschwert die Vertrauensbildung (ibid.: 152f.).

Bechmann führt einen Teil der offensichtlichsten institutionellen Parameter exemplarisch auf und teilt sie in personelle, visuelle, auditive, olfaktorische und zeitliche/örtliche Parameter ein (ibid.: 154f.). Die personalen Parameter betreffen das Personal und deren Sprache. Mitarbeiter:innen medizinischer Einrichtungen bilden formelle Gruppen, da sie auf formalen Strukturen und Hierarchien aufgebaut sind. Das zeigt sich auch durch das Tragen von Uniformen und dem Gebrauch von Fachsprache, welche eindeutig institutionelle Elemente sind (ibid.: 152f.). Zu den visuellen Parametern gehören Gegenstände, die charakteristisch für

medizinische Einrichtungen sind, wie z. B. Hinweistafeln, Formulare, medizinische Geräte usw., und zu den auditiven Parametern Geräusche wie Telefonläuten, Lautsprecheraufrufe oder Signaltöne medizinischer Geräte (ibid.: 154). Gerüche von Desinfektions- und Arzneimitteln oder Chemikalien bilden die olfaktorischen Parameter (ibid.: 155). Weitere institutionelle Parameter sind die Zeit und der Ort. Es gibt geregelte Öffnungszeiten und ein Arztbesuch ist erst mit vorheriger Terminvereinbarung möglich. Die Gestaltung medizinischer Einrichtungen hat häufig einen institutionellen Charakter und erschwert die Vertrauensbildung zwischen Mediziner:innen und Patient:innen (ibid.: 152).

Im ersten Schritt ist eine Bewusstseinsbildung über institutionelle Parameter und deren Einfluss auf die Kommunikation zwischen Patient:innen und Mediziner:innen wichtig, um im zweiten Schritt Maßnahmen zu setzen, die den institutionellen Rahmen aufbrechen, und die kommunikativen Rahmenbedingungen zu öffnen (ibid.: 154f.).

1.2.4. Besondere Kommunikationssituationen

Neben Mediziner:innen und Patient:innen gibt es eine Reihe an anderen Akteur:innen in der medizinischen Kommunikation, die einen Einfluss auf den Kommunikationsprozess haben (vgl. Bechmann 2014: 155).

Mediziner:innen und Gesundheitsdienstleister:innen besitzen fachliche Expertise und spielen somit eine Schlüsselrolle für die Behandlung der Patient:innen. Für medizinische Gespräche steht jedoch, je nach Gesundheitssystem, mehr oder weniger Zeit zur Verfügung (vgl. Angelelli 2019: 25; Bechmann 2014: 146). Das kann zu Informationsdefiziten führen, die in Fehldiagnosen enden. Gezielte Zeitinvestitionen könnten dem Entgegenwirken (vgl. Bechmann 2014: 147). Auch eine klare verbale und nonverbale Kommunikation wirkt Missverständnissen entgegen. Die Herkunft, Kultur, Sprachkenntnisse und Ausbildung der Patient:innen sind ebenfalls Einflussfaktoren auf die Kommunikation. Mediziner:innen können im Hinblick auf diese Faktoren das Sprachregister und die Informationen anpassen, sodass sie für die Patient:innen verständlich sind (vgl. Angelelli 2019: 26). Auch das Rollenverständnis beeinflusst die Kommunikation: Je eher die Patient:innen als gleichberechtigte Gesprächspartner:innen angenommen werden, desto bessere Behandlungsergebnisse können erzielt werden. In einer symmetrischen Kommunikationssituation geben die Patient:innen eher wichtige Informationen preis, äußern Zweifel und nehmen Informationen und Anweisungen an (vgl. Angelelli 2019: 26; Bechmann 2014: 129f.).

Einige Patient:innen werden zur medizinischen Visiten von Angehörigen, Freund:innen oder Pflegekräften begleitet. Es ist von Patient:in zu Patient:in unterschiedlich, inwieweit

die Begleitpersonen in das medizinische Gespräch mit einbezogen werden. Das hängt zumeist vom Alter, vom gesundheitlichen Zustand und von der Kultur ab (vgl. Angelelli 2019: 26; Bechmann 2014: 212ff.). Bei Kindern und jungen Patient:innen ist die Anwesenheit einer erwachsenen Person zwingend erforderlich, da die kommunikative Kompetenz noch nicht ausreichend vorhanden ist. Genauso verhält es sich mit dementen, pflegebedürftigen, alkoholisierten, oder psychisch beeinträchtigten Patient:innen (vgl. Bechmann 2014: 216ff.). Ist ein zielführendes Gespräch nicht mit den Patient:innen selbst möglich, sind die Mediziner:innen auf Befunde oder eine Fremdanamnese angewiesen (vgl. Bechmann 2014: 218). In manchen Kulturkreisen gilt die Beistandspflicht von Familienangehörigen in bestimmten Krankheitsfällen auch beim medizinischen Gespräch:

Teilweise bestehen die Familienmitglieder darauf, sowohl bei der Befunderhebung und beim Anamnesege­spräch als auch bei der Behandlung anwesend zu sein, was darauf zurückzuführen ist, dass in manchen Kulturkreisen Krankheiten intersubjektiv nicht nur den Patienten selbst, sondern die ganze Familie betreffen. (Bechmann 2014: 222)

Auch gibt es Kulturkreise, in denen die Entscheidungsmacht nicht alleine bei den Patient:innen, sondern bei der ganzen Familie liegt (vgl. Angelelli 2019: 26).

Im Rahmen des Kommunikationsprozesses kommen Patient:innen mit Empfangsmitarbeiter:innen, Pflege- und Assistenzpersonal oder Arzthelfer:innen in Kontakt. Der Erstkontakt findet häufig über das Empfangspersonal statt. Der Eindruck des ersten Kontakts bestimmt den weiteren Verlauf der Kommunikation und beeinflusst die Beziehungsebene zwischen Mediziner:in und Patient:in. Wenn sich der:die Patient:in beim Erstkontakt wohl gefühlt hat, wird er:sie sich im Gespräch eher öffnen, als wenn der Erstkontakt für negative Gefühle gesorgt hat (vgl. Bechmann 2014: 156).

Viele Patient:innen schreiben bestimmte Kompetenzen einzelnen Personen zu. Beispielsweise werden nur Mediziner:innen medizinische Kompetenzen zugeschrieben, obwohl auch medizinische Assistent:innen eine einschlägige Ausbildung haben. Sie werden aber eher für die organisatorische Kompetenz während der Behandlung verantwortlich gemacht. Medizinische Fachangestellte sind für administrativen Tätigkeiten zuständig und werden von manchen Patient:innen für lange Wartezeiten und späte Terminvergaben verantwortlich gemacht (ibid.: 157).

1.2.5. Textsorten und Gesprächsformen in der Medizin

In der medizinischen Kommunikation unterscheidet man zwischen fachinternen, interfachlichen und fachexternen Textsorten. Diese Unterteilung richtet sich je nach Empfänger:innen: fachinterne Empfänger:innen sind Expert:innen derselben (wissenschaftlichen) Fachrichtung, interfachliche Empfänger:innen sind Expert:innen einer anderen (wissenschaftlichen) Fachrichtung, und fachexterne Empfänger:innen sind fachfremde Personen (vgl. Weinreich 2015: 391).

Viele Textsorten der fachinternen und interfachlichen Kommunikation überschneiden sich, und können als schriftliche oder mündliche Textsorten der internen Kommunikation zusammengefasst werden (ibid.: 393). Typische Fachtextsorten sind z. B. Originalarbeiten, Übersichtsartikel oder Studien, die in Fachzeitschriften publiziert werden. Arztbriefe, Laborbefunde und sonstige Berichte sind meist interfachlich und dienen zum Informationsaustausch über Patient:innen (ibid.: 394ff.). Zur mündlichen internen Kommunikation gehören die u.a. die Textsorten Kongressvortrag, Konferenz, Vorlesung, Seminar. Im Gegensatz zur schriftlichen Kommunikation ist die mündliche fachinterne Kommunikation noch wenig erforscht (ibid.: 399).

Fachexterne medizinische Kommunikation findet meist zwischen medizinischem Fachpersonal und fachfremden Personen statt. Gesetzlich vorgeschrieben sind beispielsweise Textsorten wie der Beipackzettel oder der (Aufklärungs-)Fragebogen bzw. die Einverständniserklärung. Aufgrund ihrer juristischen Komponente ähneln sich solche Texte in ihrer Makrostruktur, und sind bei Verlagen als Vorlagen verfügbar (ibid.: 399f.). Diese Dokumente werden oft im Rahmen des medizinischen Gesprächs besprochen. Aus diesem Grund ist es für Dolmetscher:innen ratsam, verfügbare Vorlagen in den Arbeitssprachen einzuholen, und sich damit auf den Einsatz vorzubereiten (vgl. Angelelli 2019: 68). Andere schriftliche Textsorten sind z. B. Gesundheitsportale und Foren im Internet, die aufgrund der Anonymitätsgewährung einen großen Zuspruch von fachfremden Personen haben (vgl. Weinreich 2015: 401).

In der mündlichen fachexternen Kommunikation ist das medizinische Gespräch von großer Bedeutung, und kann mehrere Gesprächsformen annehmen (vgl. Bechmann 2014: 172f.; Weinreich 2015: 394). Als erstes finden meistens das Aufnahme- und das Anamnese-gespräch statt, die zur Feststellung allgemeiner Informationen, der Krankengeschichte und Behandlungsmotivation dienen. Das Anamnese-gespräch umfasst bestimmte medizinisch determinierte Inhalte, wie z. B. aktuelle Beschwerden, frühere Erkrankungen und Behandlungen, Familien- und Allgemeinanamnese etc. Oftmals wird während des Anamnese-gespräch

auf den vorher ausgefüllten Fragebogen Bezug genommen (vgl. Bechmann 2014: 174f.). Das Aufklärungsgespräch baut auf dem bereits durchgeführten Anamnesegegespräch statt und dient der Behandlungsablauf- und Risikoaufklärung, sowie der Einholung der rechtlichen Einwilligung der Patient:innen. Das geschieht mithilfe eines schriftlichen Aufklärungsbogens. Da das Gespräch rechtswirksam ist, müssen im Falle unzureichender Sprachkenntnisse der Patient:innen, Dolmetscher:innen zugezogen werden. Im Falle einer nicht ausreichenden Aufklärung der Patient:innen aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen, drohen strafrechtliche Konsequenzen (vgl. Bühring & Meyer 2015: 307; Kletečka-Pulker 2013: 45). Damit das Beratungsgespräch zwischen Mediziner:innen und Patient:innen erfolgreich verläuft, ist eine patientenzentrierte und interaktive Kommunikation, mit Einbindung des Wissens der Patient:innen notwendig. (vgl. Bechmann 2014: 172; Bühring & Meyer 2015: 309f.).

Sowohl für Patient:innen als auch für Dolmetscher:innen ist das Überbringen schlechter Nachrichten herausfordernd. Eine in Australien durchgeführte Studie zeigte, dass die sogenannte *bad news delivery* kulturabhängig ist. Für Mediziner:innen hatte die Herkunft der Patient:in keinen Einfluss auf die Art und Weise der Übermittlung schlechter Nachrichten, jedoch stellte sich heraus, dass die Nachrichten in Verdolmetschungen gemildert worden sind, und in 23% der Fälle gar nicht gedolmetscht worden sind (vgl. Butow et al. 2013: 251).

1.2.6. Dolmetscher:innen in Krankenhäusern und Praxen

Die Kommunikation zwischen Mediziner:innen und Patient:innen macht einen wesentlichen Teil des Behandlungserfolgs aus, doch Sprachbarrieren sind nicht selten Alltag in medizinischen Settings (vgl. Pöchhacker 2013: 107). Um diese zu überwinden, gibt es unterschiedliche Lösungsstrategien. Eine Zusammenfassung der häufigsten Strategien stellt Iacono (2021) tabellarisch dar:

Dolmetschende Begleitpersonen der PatientInnen	Verwandte (auch Kinder), FreundInnen, Bekannte usw.
Dolmetschendes mehrsprachiges medizinisches Personal	ÄrztInnen, Krankenschwestern, Krankenpfleger usw.
Dolmetschendes mehrsprachiges nicht medizinisches Personal	Reinigungspersonal, Küchenpersonal usw.
DolmetscherInnen vor Ort	Angestellte oder selbstständig tätige DolmetscherInnen
DolmetscherInnen aus der Ferne	Angestellte oder selbstständig tätige DolmetscherInnen
Lingua Franca	Alle Gesprächsbeteiligten bedienen sich einer Lingua Franca (häufig Englisch)

Abbildung 4: Lösungsstrategien zur Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen
(Iacono 2021: 66)

In Wien wurde dazu im Jahr 1996 eine Studie an 12 Krankenhäusern durchgeführt. Die Studie gelangte zum Ergebnis, dass im Falle von Sprachbarrieren, am häufigsten Verwandte der Patient:innen oder mehrsprachiges Personal als Sprachmittler:innen fungierten.

Bei näherer Untersuchung des mehrsprachigen Personals zeigte sich, dass Reinigungskräfte am häufigsten dolmetschten, gefolgt von Pflegekräften an zweiter, und Mediziner:innen an dritter Stelle (vgl. Pöchlacker 2013: 109f.). Auch in Arztpraxen übernehmen oftmals Verwandte oder Bekannte der Patient:innen die Rolle des:der Dolmetscher:in (vgl. Leitner 2013: 142), was jedoch mit vielen Problemen, wie z. B. falschen oder fehlenden Verdolmetschungen einhergeht. Grund dafür sind mangelnde Dolmetschkompetenzen und medizinisches Sachwissen und die Parteilichkeit der dolmetschenden Person (vgl. Leitner 2013: 142; Pöchlacker 2013: 111). Beim Einsatz vom mehrsprachigen Personal wurden weniger sprachliche Probleme gemeldet. Stattdessen erwies sich die Arbeitsaufteilung zwischen tatsächlicher Aufgabe und einem Dolmetscheinsatz schwierig (vgl. Pöchlacker 2013: 111).

Eine Wiener Ärztin, die sprachlich geschuldete Kommunikationsschwierigkeiten mit ihren Patient:innen umgehen wollte, stellte im Jahr 2005 eine mehrsprachige Ordinationsassistentin ein, die neben ihren Assistenzaufgaben auch bei ärztlichen Gesprächen dolmetschte. Die Zufriedenheit der fremdsprachigen Patient:innen stieg enorm, als sie im Rahmen des Gesprächs in ihrer eigenen Sprache kommunizieren konnten (vgl. Leitner 2013: 145ff.). Ein Nachteil dieser Lösungsstrategie zur Überwindung von Sprachbarrieren ist, dass die medizinische Angestellte trotz fachlicher Ausbildung Schwierigkeiten haben, medizinische

Sachverhalte in mehreren Sprachen zu erklären, und die Qualität der Dolmetschleistungen nicht so hoch ist, wie bei professionellen Dolmetscher:innen (vgl. Leitner 2013: 147f.).

Die höchste Dolmetschkompetenz im Bereich der medizinischen Kommunikation haben professionelle Gesundheitsdolmetscher:innen (*healthcare interpreters*). Sie besitzen eine Dolmetschausbildung in mindestens zwei Sprachen und Praxiserfahrung im Gesundheitsbereich, und sind Expert:innen auf diesem Gebiet (vgl. Angelelli 2019: 28). Medizinische Einrichtungen haben mehrere Möglichkeiten, mit Gesundheitsdolmetscher:innen zusammenzuarbeiten. Es gibt die Möglichkeit einer festen Anstellung (bzw. freiberufliche Tätigkeit vor Ort) mit dem Vorteil, dass es einen Bewerbungsprozess gibt, und alle (sprachlichen) Anforderungen gestellt und überprüft werden können. Auch sind angestellte bzw. freiberufliche Dolmetscher:innen vor Ort jederzeit erreichbar. Falls die Anwesenheit eines:einer Dolmetscher:in vor Ort nicht möglich ist, besteht die Möglichkeit des Ferndolmetschens. Videokonferenzdolmetschen ist die beliebteste Option, da sie dem persönlichen Dolmetschen am meisten ähnelt, und auch Gebärdensprachdolmetschen remote möglich macht (Angelelli 2019: 31). Eine andere Möglichkeit, Sprachbarrieren zu überwinden ist der Einsatz der englischen Sprache als Lingua Franca, jedoch sind die Englischkenntnisse weltweit ungleich, und nicht voraussetzbar. Obwohl es ein gutes Mittel ist, medizinische Kommunikation zu ermöglichen, kann eine Lingua Franca die Kommunikation in der Muttersprache nicht ersetzen (vgl. Białk-Wolf & Kirsch 2017: 107).

1.2.7. Erwartungen und Anforderungen an Dolmetscher:innen

An Dolmetscher:innen werden seitens aller Gesprächsbeteiligten (auch der Dolmetscher:innen selbst) Erwartungen und Anforderungen gestellt. In der Dolmetschwissenschaft werden Erwartungen, als (un-)ausgesprochene Erwartungen und Wünsche definiert, die die Gesprächsbeteiligten an die Dolmetschdienstleistung und den:die Dolmetscher:in haben. Die Erwartungen sind stark situationsbedingt. Zumeist betreffen sie die Qualität der Leistung, jedoch werden in Kommunaldolmetsch-Settings häufig Erwartungen an die Qualifikation, Rolle und das Verhalten des:der Dolmetscher:in gestellt (vgl. Pöchlacker 2015: 430f.).

Um eine qualitative Dolmetschdienstleistung anbieten zu können, müssen Dolmetscher:innen eine Reihe an Anforderungen in Form von Kompetenzen erfüllen. Auch hier unterscheiden sich diese je nach Settings. Iacono (2021) erachtet im Hinblick auf den Medizintourismus folgende Dolmetschkompetenzen als wichtig: „Sprach- und Kulturkompetenz, translatorische und terminologische Kompetenz, Sachkompetenz, institutionelle Kompetenz,

ethische Kompetenz, Sozial- und Individualkompetenz sowie Businesskompetenz“ (Iacono 2021: 107f.).

Für eine Verdolmetschung sind Sprach- und Kulturkompetenzen unerlässlich. Dazu gehören ausgezeichnete Beherrschung der Arbeitssprachen (inkl. Sprachvarietäten), nonverbale Kommunikation (vgl. Angelelli 2019: 90f.), aber auch kulturbedingte Merkmale der Sprach- und Verhaltensebene, da sich diese auf vielen Kommunikationsebenen äußern können (vgl. Crezee 2013:18). Gespräche in medizinischen Settings sind meist dialogisch und variieren in der Dauer. Deshalb müssen Dolmetscher:innen ein gut trainiertes Gedächtnis haben (Angelelli 2019: 122). Auch die Notizentechnik sollte beherrscht werden, damit Dolmetscher:innen bei längeren oder komplizierteren Textpassagen von ihr Gebrauch machen können (vgl. Crezee 2013: 21). Nicht selten müssen Dolmetscher:innen im Medizintourismus Texte übersetzen. Aus diesem Grund ist auch Übersetzungskompetenz notwendig (vgl. Iacono 2021: 110). Dolmetscher:innen im Medizintourismus haben viel mit medizinischer Fachsprache zu tun. Einerseits sollten sie über ein medizinisches Grundwissen verfügen (Sachkompetenz), andererseits sollten sie das Wissen auch verbalisieren können (terminologische Kompetenz) (vgl. Crezee 2013: 13). Dafür sind Recherchekompetenzen und Antizipation erforderlich (vgl. Angelelli 2019: 88). Die institutionelle Kompetenz, also das Wissen über unterschiedliche Gesundheitssysteme, ist unabdingbar, da sich die Systeme meist von Land zu Land unterscheiden und dieses spezifische Wissen bei Patient:innen nicht vorausgesetzt werden kann (vgl. Crezee 2013: 14). Einen eigenen Ethikkodex für Dolmetscher:innen im Gesundheitsbereich oder Medizintourismus gibt es nicht, jedoch gibt es eine Reihe an Prinzipien, die immer wieder in Ethikkodizes vorkommen: „Aside from general moral values such as truthfulness, honesty and trustworthiness, these include precepts such as FIDELITY (or faithfulness), NEUTRALITY, impartiality, loyalty, clarity and transparency“ (Setton & Prunč 2015: 145; Hervorh. i. Orig.). Dolmetscher:innen werden im Laufe ihrer Berufslaufbahn mit ethischen Dilemmas konfrontiert. Beispielsweise kommt es in medizinischen Settings manchmal vor, dass ein:e Patient:in persönliche Informationen mit dem:der Dolmetscher:in teilt, aber nicht mit dem medizinischen Personal. Der:die Dolmetscher:in hat mehrere Möglichkeiten, zu reagieren: Er:sie muss entscheiden, ob er:sie die Situation mit dem:der Patient:in bespricht, sich im ärztlichen Gespräch einmischt, oder schweigt. Für solche Situationen ist eine Ethikkompetenz nötig (vgl. Angelelli 2019: 182). Dolmetscher:innen sind Teil der medizinischen Kommunikation und sollten gute Sozial- und Individualkompetenzen haben. Eine positive Ausstrahlung und Respekt schaffen eine gute Atmosphäre (ibid: 138). Insbesondere Empathie ist ein wichtiger Faktor in der Kommunikation mit Patient:innen und fördert die

Vertrauensbildung und den Heilungsprozess (vgl. Białk-Wolf et al. 2017: 92f.). Ein Dolmetschtauftrag besteht aus mehreren Phasen, deren Organisation und Bewältigung gute Businesskompetenzen der Dolmetscher:innen verlangt. Iacono (2021) stellt die unterschiedlichen Aufgaben der Dolmetscher:innen im Medizintourismus in Anlehnung an Risku (1998) und Quast (2009) wie folgt dar:

Vor der medizinischen Reise	Während der medizinischen Reise	Nach der medizinischen Reise
1. Auftragsanalyse Erfassung der situativen Einbettung Erfassung der Bedürfnisse der Beteiligten	4. Positionierung im Raum Wahl der richtigen Positionierung unter Berücksichtigung situativer und kultureller Faktoren	7. Rechnungslegung Erstellung und Übermittlung der Rechnung
2. Angebotslegung Übermittlung des Angebots Erfassung des Auftrags im Auftragsmanagementsystem	5. Dolmetschleistung Wahl des passenden Dolmetschmodus unter Berücksichtigung der gesamten Situation	8. Nachbereitung Kurze Zusammenfassung des medizinischen Falls Aktualisierung der Terminologie
3. Fachthematische und sprachliche Vorbereitung Erstellung der Terminologie Erstellung einer Wirkstoffliste, falls Medikamente bekannt sind	6. Transparentes Kommunikationsmanagement Steuerung der Kommunikation Ständige Evaluation des kommunikativen Zwecks sowie der Verständlichkeit und Anpassung der Interaktionsstrategien	9. Medizinisches Follow-up Evaluation der Notwendigkeit eines Follow-up
		10. Self-Care Überprüfung der Notwendigkeit und Umsetzung von Self-Care-Maßnahmen

Abbildung 5: Auftragsmanagement im Medizintourismus (Iacono 2021: 117)

Der Dolmetschtauftrag kann in drei Prozessphasen eingeteilt werden: vor, während und nach der medizinischen Reise. Vor der Reise muss die Anfrage bearbeitet und ein Angebot erstellt werden. Danach beginnt die fachthematische und sprachliche Vorbereitung für den Auftrag. Während der medizinischen Reise vor Ort, achtet der:die Dolmetscher:in auf die Positionierung und die Interaktion, und wählt den Dolmetschmodus. Nach der medizinischen Reise folgt eine Rechnungslegung, Nachbereitung inkl. Self-Care Maßnahmen und der Evaluation,

ob es zu einem Follow-up kommt. Das Auftragsmanagement kann nur mit guten organisatorischen Fähigkeiten erfolgreich erfüllt werden, die zu den Kompetenzen der Dolmetscher:innen gehören sollten (vgl. Iacono 2021: 117ff.).

1.2.8. Dolmetscher:innen im Medizintourismus in Deutschland und Österreich

Die aktuellste Studie zum Dolmetschen im Medizintourismus (in Deutschland und Österreich) wurde von Katia Iacono zunächst in Form einer Doktorarbeit (vgl. Iacono 2019) und danach als Monographie in der Buchreihe Translationswissenschaft von Narr Francke Attempto verfasst (vgl. Iacono 2021).

Die Studie besteht aus drei Phasen: der ethnographischen Feldforschung, der Expert:inneninterviews und einer Online-Erhebung.

Die erste Phase – die ethnographischen Feldforschung – erstreckte sich zwischen Mai 2016 und Oktober 2017. Als Methode wurde die teilnehmende Beobachtung gewählt, mit der Forscherin als Dolmetscherin. Anschließend wurde ein Teil der beobachteten Gesprächsprotagonist:innen interviewt (vgl. Iacono 2021: 123ff.). Bei den Patient:innen handelte es sich um italienischsprachige Patient:innen, die für eine Behandlung bei Arzt 1 oder Arzt 2 nach Wien kamen. Arzt 1 bot eine individuell zugeschnittene Vermittlung für die medizinische Reise an, welches neben der medizinischen Dienstleistung auch touristische Angebote wie die Organisation der Unterkunft und des Transfers oder Übersetzungs- oder Dolmetschdienstleistungen beinhaltete. Für translatorische Dienstleistungen wurden Dolmetschagenturen oder selbstständige Dolmetscher:innen beauftragt. Arzt 2 bot nur die medizinischen Dienstleistungen an. Die Patient:innen organisierten die Reisen selbstständig und beauftragten die Dolmetscherin meistens nur für translatorische Dienstleistungen vor Ort, jedoch kam es oft zu umfangreicheren Dienstleistungen der Dolmetscherin in Form von touristischen Empfehlungen, Buchungen etc. (ibid.: 156ff.). Die translatorischen Leistungen vor Ort reichten vom Dolmetschen des medizinischen Gesprächs über das Vom-Blatt-Dolmetschen bis zum Stand-by-Dolmetschen. Schriftliche Texte waren für die Patient:innen von Arzt 1 schon zuvor von Übersetzer:innen übersetzt worden. Für die Patient:innen von Arzt 2 wurden die Texte von den Dolmetscherin vor Ort übersetzt (ibid.: 163). Der Spitalaufenthalt dauerte immer deutlich länger als die Netto-Dolmetschzeit. Während der Wartezeit führten der:die Patient:in oder seine:ihre Begleitperson Gespräche mit anderen Personen, oder mit der Dolmetscherin, die nicht selten „mit dem persönlichen Leidensweg der PatientInnen konfrontiert und von ihnen als eine Art psychologischer Stütze betrachtet wurde“ (ibid.: 164). Eine Nachbetreuung der Patient:innen wurde bei Arzt 1 direkt vom Arztpersonal übernommen. Patient:innen von Arzt 2 hingegen

nahmen bei Bedarf erneut Dienstleistungen der Dolmetscherin in Anspruch und erwarteten auch eine Leistungserbringung (ibid.: 165f.).

In den ethnographischen Interviews wurden die beobachteten Patient:innen und Vertreter:innen der medizinischen Einrichtungen zu ihren Erfahrungen mit Dolmetscher:innen und ihren Erwartungen und Anforderungen an Dolmetscher:innen befragt. Grundsätzlich waren alle Parteien mit den Dolmetschdienstleistungen zufrieden, was überwiegend auf die fachterminologischen Kenntnisse und das Vertrauensklima zwischen Dolmetscher:in und Institution zurückzuführen ist. Auch außertranslatorische Hilfeleistungen von Dolmetscher:innen, die auf Sprachbarrieren zurückzuführen waren, wurden positiv gewertet. Negativ gewertet wurden fehlende Distanz, unprofessionelles Verhalten fehlende Sach- oder terminologische Kompetenz oder ungetreue Wiedergabe des Gesprächsinhalts (ibid.: 167f.).

Die Erwartungen an die Dolmetscher:innen richteten sich primär an deren Kompetenz und Professionalität. Seitens des medizinischen Personals war es wichtig, dass Dolmetscher:innen die Institution und die Abläufe kennen, und auf den Einsatz gut vorbereitet sind. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal war ebenfalls wichtig (ibid.: 180f.). Seitens der Patient:innen waren die fachliche und terminologische Kompetenz, und eine verständliche Verdolmetschung wichtig (ibid.: 181f.). Auch sollten die Dolmetscher:innen professionell und diskret sein. Zudem wurden Dolmetscher:innen nicht nur als Erbringer:innen von Dolmetschdienstleistungen gesehen, „sondern auch für die Begleitung sowie für die praktische und emotionale Unterstützung vor Ort als eine/einer der wichtigsten AkteurInnen der medizinischen Reise geschätzt“ (ibid.: 182). Andere Erwartungen waren das Erbringen von Übersetzungsdienstleistungen oder außertranslatorische Leistungen, wie die Organisation von Terminen und Transfer (ibid.: 183ff.).

Eine wichtige Anforderung an Dolmetscher:innen waren translatorische Kompetenzen mit der Betonung, dass diese Exper:innen von Laiendolmetscher:innen unterscheiden würden (ibid.: 187). Von einem/einer Patient:in wurde der Einsatz von Notizentechnik zu einer wichtigen Kompetenz gezählt (ibid.: 188). Auch Sprach- und Kulturkompetenzen wurden oft genannt, jedoch nicht so wichtig eingeschätzt, wie die Sach- und Terminologiekompetenz. Hier sollten Dolmetscher:innen nicht nur die fachlichen Bezeichnungen in beiden Sprachen kennen, sondern auch die begrifflichen Bedeutungen. Die institutionelle Kompetenz wurde auch erwähnt. Um die letztgenannten drei Kompetenzen zu erwerben, wurden Praktika oder Weiterbildungen im medizinischen Bereich und in medizinischen Institutionen empfohlen (ibid.: 190f.). Sozial- und Individualkompetenzen wie z. B. Menschlichkeit und der Umgang mit Patient:innen und Mediziner:innen sind wichtig, jedoch sollten die Dolmetscher:innen

professionelle Distanz wahren. Die Sozial- und Individualkompetenz wurde neben der translatorischen Kompetenz als ausschlaggebendes Auswahlkriterium der Dolmetscher:innen genannt (ibid.: 191ff.). Ethische- und Businesskompetenzen wurden von den Befragten nur am Rande erwähnt (ibid.: 194f.).

Die zweite Forschungsphase – die Expert:inneninterviews – fand zwischen November 2017 und Jänner 2018 statt. Sie wurden mit 14 ausgebildeten Dolmetscherinnen mit Praxiserfahrung im Medizintourismus (>3 Aufträge) durchgeführt (vgl. Iacono 2021: 141). Die Häufigkeit der Aufträge variierte von Person zu Person. Die Sprachkombinationen der Dolmetscherinnen waren Deutsch-Russisch (mit Patient:innen aus Russland, Ukraine, Tschetschenien, Usbekistan, Georgien und Weißrussland), Deutsch-Rumänisch (mit Patient:innen aus Rumänien und Moldawien) oder Deutsch-Italienisch (mit Patient:innen aus Italien). Die finanzielle Lage der Patient:innen variierte sehr (ibid.: 201f.). Gedolmetscht wurde in ärztlichen Praxen, öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Teilweise wurden mehrere Untersuchungen an einem Tag durchgeführt. Als Reisemotiv wurden Gründe wie Diagnosefindung, Zweitmeinung zu einer Diagnose oder Therapievorschlüsse oder die Nichtverfügbarkeit einiger Behandlungsarten, bzw. zu lange Wartezeiten angegeben (ibid.: 202f.). Die Beauftragung erfolgte fast immer durch die Patient:innen (ibid.: 205), doch Patient:inneninformationen, die wichtig für die terminologische und inhaltliche Vorbereitung wurden teilweise proaktiv von den Dolmetscherinnen eingeholt (ibid.: 208f.).

Die Dienstleistungen der Dolmetscherinnen reichten von reiner Dolmetschtätigkeit über ein translatorisches Leistungspaket bis hin zu einem erweiterten translatorischen Leistungspaket. Eine Dolmetscherin dolmetschte nur bei Arzt-Patienten-Gesprächen. Die Tätigkeiten der Dolmetscherinnen, die ein translatorisches Leistungspaket anboten, umfassten neben der Dolmetschtätigkeit auch die Korrespondenz mit dem medizinischen Personal oder die Übersetzung von Unterlagen. Bei Anfragen, die darüber hinausgingen, gaben sie Empfehlungen hinaus (ibid.: 210ff.). Einige Dolmetscherinnen boten ein erweitertes Leistungspaket an, das u.a. das Organisieren von Übernachtungsmöglichkeiten, Transfer, Terminvereinbarungen und Korrespondenz, und die Zusammenstellung eines touristischen Rahmenprogramms beinhalteten. Andere Dolmetscherinnen begrenzten die außertranslatorischen Dienstleistungen auf Terminvereinbarungen, Erledigung bürokratischer Aufgaben, oder Versendung von Medikamenten per Post. Auch Small-Talk wurde von vielen Dolmetscherinnen zum Aufgabenprofil gezählt (ibid.: 213ff.). Besondere Beachtung erfordern die verwendeten Dolmetschmodi: Ärztliche Gespräche wurden nicht immer im konsekutiven Modus verdolmetscht. Eine Dolmetscherin bevorzugte das simultane Flüsterdolmetschen, und eine andere wechselte bei

langen Redepassagen ebenfalls in den simultanen Modus (ibid.: 216). Zu den positiven Seiten des Dolmetschen im Medizintourismus zählten die Dolmetscherinnen das direkte Feedback der Patient:innen, das Abwechslungsreichtum und das Themengebiet Medizin (ibid.: 2017f.). Zu den negativen Seiten gehören die emotionale Belastung (aufgrund der Leidensgeschichten der Patient:innen), das Gesundheitssystem im Hinblick auf die Profitorientiertheit der Mediziner:innen und die schlechte Terminplanung seitens der medizinischen Institution (ibid.: 219f.). Medizintouristische Patient:innen hegten große Erwartungen an die Reise und auch an die Dolmetscherinnen und erwarteten sich von ihnen zum Teil eine Rundumversorgung (inkl. Nachversorgung).

Die Anforderungen an die Dolmetscherinnen bei den Expert:inneninterviews deckten sich weitgehend mit denen aus der ethnographischen Feldforschung (vgl. Iacono 2021: 228ff.). Ein häufiges Dilemma stellte die Distanz und Neutralität dar. Einige Patient:innengeschichten lösten in den Dolmetscherinnen Emotionen aus, und in anderen Fällen empfanden sich die Dolmetscherinnen nicht als neutral. Andere Dilemmata waren der Blickkontakt zwischen medizinischem Personal und der Dolmetscherin statt des:der Patient:in, die Verwendung der dritten Person, und das Machtgefälle (ibid.: 237ff.). Das Verhältnis zwischen den Dolmetscherinnen und medizinischem Personal spielte eine wichtige Rolle, und wurde für beide Parteien als ein wichtiger Aspekt der Zusammenarbeit gewertet (ibid.: 242f.). Einige Dolmetscherinnen hatten auch die Erfahrung, das Sprachenpaar während des Auftrags wechseln zu müssen, da das medizinische Personal Englisch als Lingua Franca verwendete (ibid.: 244f.).

Die letzte Forschungsphase – die Online-Erhebung – wurde zwischen September und Oktober 2018 durchgeführt und teilte sich auf im Medizintourismus tätige oder nicht im Medizintourismus tätige Dolmetscher:innen. An der Erhebung beteiligten sich 232 Dolmetscher:innen (vgl. Iacono 2021: 249). Im folgenden werden die Ergebnisse der befragten Dolmetscher:innen, die im Medizintourismus tätig sind, präsentiert.

Wie in den ersten zwei Phasen der Studie hervorgegangen ist, wurden auch die Dolmetscher:innen aus der Online-Erhebung hauptsächlich von den Patient:innen direkt beauftragt und entlohnt. Als häufigstes Setting erwiesen sich Krankenhäuser und Kliniken, teilweise in Kombination mit ärztlichen Praxen (ibid.: 263ff.). Die Antworten im Hinblick auf die Dolmetschmodi bestätigten die Ergebnisse aus den Expert:inneninterviews die besagen, dass überwiegend konsekutiv gedolmetscht wurde, und in einigen Fällen konsekutiv und simultan gedolmetscht wurde (ibid.: 270f.). Im Leistungsspektrum inbegriffen waren am häufigsten das Dolmetschen (mit 97%) und das Übersetzen (mit 73%), und seltener, in

absteigender Reihenfolge Terminvereinbarung, E-Mail-Verkehr, Telefondolmetschen, touristische Informationen, Organisieren von Unterkunft und Transport und andere (ibid.: 273). Die meistgenannten Herausforderungen beim Dolmetschen waren psychologischer Natur, gefolgt von terminologischen Herausforderungen und Herausforderungen, die auf die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung zurückzuführen waren (ibid.: 277). Hinsichtlich der Kompetenzen wurden die Terminologie-, die Sachkompetenz und die soziale Kompetenz am höchsten eingestuft. Die Businesskompetenz erwies sich auch in der Online-Erhebung als weniger relevant als die anderen Kompetenzen (ibid.: 278f.). Zu den positiven Seiten am Dolmetschen im Medizintourismus gehörten laut den Befragten neue Erfahrungen, das Interesse am Fachgebiet Medizin und die grundsätzliche Lust am Dolmetschen. Negativ eingestuft wurden, wie bei den Expert:inneninterviews, der emotionale Aspekt der Kommunikationssituationen, welches sich durch das Mitleid mit den Patient:innen oder die Zusammenarbeit mit leidenden Personen äußerte (ibid.: 281).

1.3. Schwangerschaftsabbrüche in Europa

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema Schwangerschaftsabbrüche. Um die Ursachen des Medizintourismus für Schwangerschaftsabbrüche besser zu verstehen, werden zunächst die deutschen Begriffe Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung und Abtreibungstourismus erläutert. Danach werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Abtreibungen in Polen und Österreich vorgestellt. Auch die Konsequenzen des polnischen Abtreibungsverbotes beschrieben und in Zusammenhang mit dem Medizintourismus gestellt.

1.3.1. Begriffsbestimmungen

1.3.1.1. Schwangerschaftsabbruch und Abtreibung

Die Begriffe Schwangerschaftsabbruch und Abtreibung werden in der deutschen (Umgangs-)Sprache häufig synonym verwendet. Während der Begriff Schwangerschaftsabbruch eine neutrale Bedeutung hat, besitzt der Begriff Abtreibung eine widersprüchliche Konnotation. Ursprünglich war Abtreibung ein gängiger und neutraler Begriff, bis Mitte des 20. Jahrhunderts in der DDR in Gesetzestexten und Zeitungsartikeln die Rede von „illegalen Abtreibungen“ und „legalen Unterbrechungen“ war, und die Abtreibung so eine negative Behaftung annahm. Die westdeutsche Frauenbewegung protestierte dagegen, indem sie Abtreibung im neutralen, aber auch politisch-feministischen Kontext verwendete (vgl. Krozlik-Matthei 2019).

Diese Zwiespältigkeit besteht bis heute: Einerseits wird der Begriff von Abtreibungsgegner:innen abwertend verwendet, andererseits wird von einigen politisch-feministischen Bewegungen in der Absicht eines Reframings bewusst dagegegehalten (vgl. Doctors for Choice Germany o.J.), und Abtreibung als Kampfbegriff verwendet. In anderen Sprachen sind keine widersprüchlichen Konnotationen des Abtreibungs-Begriffs bekannt (vgl. Krozlik-Matthei 2019). Obwohl Schwangerschaftsabbruch der neutralere Begriff ist, werden in der deutschen Sprache nach eigener Einschätzung die meisten Komposita mit dem Wort „Abtreibung“ gebildet (z. B. Abtreibungsverbot statt Schwangerschaftsabbruchs-Verbot, Abtreibungspille statt Schwangerschaftsabbruchs-Pille).

In der vorliegenden Masterarbeit werden im Sinne des Reframings die Begriffe Schwangerschaftsabbruch und Abtreibung als gleichwertige Synonyme verwendet.

1.3.1.2. Abtreibungstourismus

In der deutschen Sprache immer wieder das Wort Abtreibungstourismus für medizinische Auslandsreisen (vgl. Fiala 2011) oder Reisen in andere Bundesstaaten (in den USA) (vgl. Kastein 2022) zu einer Abtreibung zu beschreiben. Dabei stellt sich allerdings die Frage, inwieweit der Tourismus-Begriff in diesem Kontext zutreffend ist, denn, wie bereits in Kapitel 1.1.1. erwähnt, sind unfreiwillige medizinische Reisen und Aufenthalte von der Tourismus-Definition ausgeschlossen: „Ärztlich verordnete unfreiwillige Aufenthalte in Krankenhäusern und sonstigen medizinischen Einrichtungen, die klinische/medizinische Behandlungen bieten, sind ausgeschlossen“ (1999/34/EG, Art 2 Abs 2.1). In dieser Definition existiert ein gewisser Interpretationsspielraum, wie man Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit voneinander unterscheidet (vgl. Iacono 2021: 14). Fiala (2011) bezeichnet den Abtreibungstourismus als eine „(unfreiwillige) Reise“ (vgl. Fiala 2011: 12) mit der Begründung, dass es sich beim Schwangerschaftsabbruch um eine medizinische Grundversorgung handelt, deren Zugang im Heimatland nicht vorhanden ist.

In der englischsprachigen Literatur findet man häufiger Ausführungen über den Begriff *abortion tourism*, seine Bedeutung und Synonyme. Einige Wissenschaftler:innen weisen auf die Problematik des *tourism*-Begriffes in Verbindung mit *abortion tourism* hin. Frauenrechte, insbesondere Reproduktivrechte und das Abtreibungsrecht unterstehen einem patriarchalen System, das Personen dazu zwingt, teils gefährliche Reisen auf sich zu nehmen, um eine illegale Tat zu umgehen. Das positiv behaftete Wort *tourism* wiedergibt diese Faktoren im Begriff *abortion tourism* nicht treffend (vgl. Connell 2015: 399; Sethna 2011: 93).

Anstelle dessen findet man in der Literatur immer häufiger die Begriffe *(transnational) travel for abortion services* oder *(transnational) abortion travel* (vgl. Sethna & Davis 2019).

1.3.2. Lage in Polen

1.3.2.1. Rechtliche Lage

Zu den Ländern mit den restriktivsten Abtreibungsgesetzen in Europa gehören Andorra, Liechtenstein, Malta, Monaco und Polen. In Andorra und Malta herrscht ein totales Abtreibungsverbot. In Liechtenstein und Polen ist ein Abbruch nur in den beiden Ausnahmefällen Lebens-/Gesundheitsgefährdung oder Straftat möglich, und in Monaco darf man auch unter einer dritten Bedingung, im Fall einer schweren Schädigung des Fötus, abtreiben (vgl. Center for Reproductive Rights 2022).

Das aktuelle polnische Strafgesetz trat 1997 in Kraft und kriminalisiert den Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch unter Art 152 §§ 1, 2, 3 plStGB und Art 153 §§ 1, 2 plStGB. Art 152 § 1 plStGB besagt, dass die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs mit Zustimmung der schwangeren Person, mit bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe bestraft werden kann. Gemäß Art 152 § 2 plStGB wird ebenfalls für die Beihilfe zur Abtreibung eine Freiheitsstrafe von bis zu 3 Jahren verhängt. In § 3 plStGB erhöht sich die Strafe auf bis zu 8 Jahre der Durchführung eines Abbruchs, wenn der Fötus außerhalb des Körpers der schwangeren Person überlebensfähig wäre. Das entspricht ungefähr der 24. SSW (vgl. Gesundheit.gv.at o.J.a).

Unter gewissen Voraussetzungen ist ein Schwangerschaftsabbruch dennoch zulässig. Die Ausnahmen sind im Gesetz über die Familienplanung, den Schutz des menschlichen Fötus und die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch (*Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*) geregelt. In Art 4 lit a Abs 1 des Gesetzes sind folgende Bedingungen angeführt, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch straffrei durchgeführt werden darf: wenn die Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person darstellt (Art 4 lit a Abs 1 Z 1), oder wenn die Schwangerschaft das Ergebnis einer Straftat ist (Art 4 lit a Abs 1 Z 3). Unter die Straftaten fallen Vergewaltigung, Inzest oder Geschlechtsverkehr mit unmündigen Personen (unter 15 Jahren) (vgl. FEDERA 2023a).

Bis vor drei Jahren war auch in Polen ein Abbruch bei schwerer Schädigung des Fötus möglich, doch das polnische Verfassungsgericht entschied am 22. Oktober 2020, dass dieser Ausnahmefall (vgl. Art 4 lit a Abs 1 Z 2 des Gesetzes über die Familienplanung, den Schutz

des menschlichen Fötus und die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch) verfassungswidrig ist. Das verschärfte Gesetz trat am 27.01.2021 in Kraft.

Eine erneute Änderung des polnischen Abtreibungsgesetzes könnte im Jahr 2024 stattfinden. Bei den Parlamentswahlen am 15.10.2023 wurde die bis dahin regierende Partei PiS abgewählt, was einen Regierungswechsel bedeutet. Die neue Regierung wird aus der Koalition der Parteien *Koalicja Obywatelska* (KO - bürgerliche Plattform), *Trzecia Droga* (christdemokratisches Bündnis) und *Lewica* (Linke) gebildet werden. Die Parteiprogramme der KO und Linken sehen eine Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs bis zur 12. SSW vor. *Trzecia Droga* hingegen möchte ein Referendum über dieses Thema abhalten (vgl. Abucwicz 2023). Ob eine Gesetzesänderung zustande kommt, bleibt somit abzuwarten.

1.3.2.2. Gesetzeslücke

Das polnische Strafgesetzbuch kriminalisiert nur Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch an der schwangeren Person durchführen, oder ihr dabei helfen. Es kriminalisiert aber nicht die schwangere Person, wenn sie den Abbruch an sich selbst durchführt (vgl. Art 152 §§ 1, 2, 3 plStGB; Art 153 §§ 1, 2 plStGB). Aus diesem Grund ist das selbstständige Abtreiben mit der Abtreibungspille legal und kann nicht bestraft werden.

Das ist dem Umstand geschuldet, dass im Jahr 1993, als das polnische Strafgesetzbuch Wirksamkeit erlangte, der pharmakologische Schwangerschaftsabbruch, den man selbstständig durchführen kann, noch weitgehend unbekannt war (vgl. Reiter 2023). Damals wurden von Mediziner:innen nur chirurgische Abbrüche vorgenommen, nämlich die Kürettage oder die Vakuumaspiration (vgl. arznei-telegramm 1991). Die Abtreibungspille Mifygene (Wirkstoff: Mifepriston) wurde in Frankreich im Jahr 1980 entwickelt und 1988 zugelassen, gefolgt von Zulassungen in England (1991) und Schweden (1992). In Österreich wurde sie 1999 im Gynmed Ambulatorium in Wien eingeführt (vgl. APA-OTS 2009).

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird eine Kombination von Mifepriston und Misoprostol verabreicht (vgl. Gesundheit.gv.at o.J.b). In Polen ist auf dem Markt nur ein Arzneimittel rezeptpflichtig zugelassen, das den Wirkstoff Misoprostol enthält. An die Pillenkombination mit den Wirkstoffen Mifepriston und Misoprostol können die Einwohner:innen Polens nur über Umwege kommen. Dafür suchen Betroffene oft Hilfe im Internet oder wenden sich an aktivistische Organisationen. Schätzungen zufolge liegt die Anzahl der selbstständig durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche auf ungefähr 100.000 pro Jahr (FEDERA 2023b). Da die Verbreitung der Pille unter Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch

fällt und somit illegal ist, kennt die Öffentlichkeit weder die Quelle der Medikamente, noch die Personen, die hinter der Produktion und dem Vertrieb stehen.

1.3.2.3. Gesetzesänderung 2020 und ihre Konsequenzen

Bis zur Gesetzesänderung wurden in Polen zwischen 2016 und 2020 im Durchschnitt 1083 Schwangerschaftsabbrüche jährlich durchgeführt, davon über 95% aufgrund einer Schädigung des Fötus (ca. 1.050 Fälle pro Jahr). Weniger als 5% der Abbrüche waren auf die zwei Ausnahmegründe Lebensgefahr oder Straftat zurückzuführen. Im Jahr 2021 änderte sich die Zahl drastisch: Insgesamt wurden um mehr als das Zehnfache weniger Abtreibungen durchgeführt: 75 Fälle aufgrund einer Schädigung des Fötus (diese wurden innerhalb weniger Wochen, bis zum Inkrafttreten des Gesetzes am 27.01.2021 durchgeführt), und 32 Fälle aufgrund einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren. Es wurden keine Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer Straftat durchgeführt (vgl. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 2022: 101). Recherchen der polnischen Stiftung für Frauen und Familienplanung *FEDERA* ergeben, dass in polnischen Spitälern im Jahr 2021 weitaus mehr als 107 Abtreibungen durchgeführt worden sind, die aber vermutlich aus Angst vor politischen Kontrollen als Fehlgeburten, Blutungen, etc. klassifiziert wurden, und somit nicht in die Statistik eingeflossen sind (vgl. *FEDERA* 2023c).

Das Abtreibungsverbot von 2020 hat direkten Folgen auf schwangere Personen und alle Personen, die im medizinischen Umfeld arbeiten. Die tragischste Konsequenz des Abtreibungsverbotes war der Tod mindestens sechser Frauen. Izabela, Anna, Marta, Justyna und Dorota starben aufgrund eines septischen Schocks, Agnieszka aufgrund multiplen Organversagens. Alle Frauen wurden aufgrund ihrer Symptome ins Spital eingewiesen und dort behandelt, und bei allen dreien hätte eine Entfernung des Fötus den Tod verhindern können. Jedoch warteten die Mediziner:innen und weigerten sich, den Fötus zu entfernen, obwohl dies bei Lebensgefahr für die Schwangere gesetzesmäßig erlaubt ist (vgl. Bennhold & Pronczuk 2022; Głuszak, 2023; Wantuch et al. 2023). Es existiert keine eindeutige Auslegung, was eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren darstellt. Laut Expert:innen verzögern Mediziner:innen einen Schwangerschaftsabbruch aus Angst, dass ihnen ein unrechtmäßiger Abbruch unterstellt wird, und sie strafrechtlich verfolgt werden. Aus demselben Grund werden schwangeren Patient:innen teilweise Therapien, die ein Absterben des Fötus zur Folge haben könnten, verweigert, wie z. B. die Chemotherapie bei Krebs (vgl. Bennhold & Pronczuk 2022).

Eine weitere bekannte Praxis von Mediziner:innen, die zwar nicht die direkte Konsequenz des Abtreibungsverbotes ist, aber dennoch an dieser Stelle ergänzt werden muss, ist das Verweigern von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund von Gewissensklauseln oder der Angst vor Stigmatisierung, auch bei vorliegenden Indikationen (vgl. Faúndes & Shah 2015: 56).

Die Todesfälle der schwangeren Frauen sind die, die mediales Aufsehen erregt haben, doch die Wahrscheinlichkeit, dass die Gesetzesverschärfung weitere Todesopfer gefordert hat, ist hoch (vgl. FEDERA 2023b).

Durch die mediale Aufmerksamkeit erhöhte sich die Sichtbarkeit von Organisationen und aktivistische Gruppen, die beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch sowohl im Inland, mit Abtreibungspillen, oder im Ausland helfen (siehe auch Kapitel 2.2.) (vgl. Gmiterek-Zabłocka 2022). Die aktivistische Organisation *Aborcyjny Dream Team (ADT)* veröffentlichte ein halbes Jahr nach dem Abtreibungsverbot eine Statistik mit Daten über Anfragen und dem Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen über das Netzwerk *Abortion Without Borders (AWB)*. Eine statistisch nachweisbare Konsequenz der Gesetzesverschärfung ist Abtreibungstourismus. *AWB* verhalf vor der Bekanntmachung der Gesetzesänderung 5-6 Personen pro Monat zu einem Schwangerschaftsabbruch im Ausland. Nach der Bekanntmachung am 22.10.2020 stieg die Zahl auf 30 Personen, und nach dem Inkrafttreten des Abtreibungsverbotes auf ungefähr 100 Personen (vgl. Chrzczonowicz 2021). Niederländische Abtreibungskliniken verzeichneten einen von über 100% an polnischen Patient:innen (FEDERA 2023b).

Es gibt auch Personen, die sich mit der gesetzlichen Situation finanziellen Profit erhoffen: die Aktivistin Natalia Broniarczyk berichtet von Gynäkolog:innen, die für unverhältnismäßig viel Geld Rezepte für Medikamente verkaufen, die einen Schwangerschaftsabbruch zur Folge haben können. Auch private Online-Händler vertreiben Abtreibungspillen, und nicht selten handelt es sich dabei um Betrug (vgl. Gmiterek-Zabłocka 2022).

1.3.2.4. #JakJustyna

Seit dem Abtreibungsverbot passierte es zum ersten Mal, dass eine Aktivistin, und kein:e Mediziner:in, oder ein Familienmitglied wegen Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch verurteilt wurde. Der Fall von Justyna Wydrzyńska, einer der Gründerinnen von *ADT*, erregte mediales Aufsehen und führte weltweit zu politischen Debatten, da sie im November 2021 von der polnischen Staatsanwaltschaft wegen Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch angeklagt, und im März 2023 schuldig gesprochen wurde (vgl. Chrzczonowicz 2023a).

Im Februar 2020 kontaktierte eine schwangere Frau, Ania, die Gruppe *Abortion Without Borders* mit der Bitte, ihr zu einem Schwangerschaftsabbruch zu verhelfen. Zuvor

hatte sie Abtreibungspillen im Internet bestellt, die aber nicht ankamen, und aufgrund ihres gewalttätigen Partners war es für sie nicht möglich, für einen Abbruch ins Ausland zu fahren. Justyna entschied sich, ihr zu helfen und schickte Ania ihre eigenen Abtreibungspillen, die sie sich für den Notfall aufbewahrte, per Post, doch Anias Partner bekam das mit, und rief die Polizei, die die Pillen beschlagnahmte. Die Polizei konnte Wydrzyńskas Identität aufgrund ihrer Absendedaten, die auf dem Briefumschlag waren, feststellen, woraufhin sie wegen Beihilfe zur Abtreibung und Inverkehrbringen von Arzneimitteln ohne Genehmigung von der Staatsanwaltschaft angeklagt wurde (vgl. Reiter 2023). Der Strafprozess umfasste 5 Gerichtsverhandlungen im Zeitraum vom 14.02.2022 bis zum 14.03.2023. Die ersten zwei Verhandlungen dauerten kurz und wurden aufgrund der Abwesenheit von Zeugin und Zeuge vertagt. Erst beim dritten Prozess (am 11.01.23) erschien der Partner von Ania als Zeuge vor Gericht, und Ania selbst erschien erst beim vierten Prozess (am 06.02.23) vor Gericht. Justyna wurde am 14.03.2023 schuldig gesprochen und wegen Beihilfe zur Abtreibung zu acht Monaten gemeinnütziger Arbeit im Ausmaß von 30 Stunden verurteilt (vgl. Chrzczonowicz 2023a).

Die Prozesse erregten viel mediales Aufsehen, und waren von Demonstrationen (von sowohl pro- als auch anti-choice Gruppen) begleitet. Im Rahmen der Proteste startete die Gruppe *Aborcyjny Dream Team* im März 2022 die Kampagne #JakJustyna (dt.: #WieJustyna) mit der Message, dass es viele Personen „Wie Justyna“ gibt, die anderen bei Abtreibungen helfen würden oder helfen (vgl. ADT 2022a; ADT 2022b). Auf den Sozialen Medien wurden viele Inhalte mit dem Hashtag geteilt, besonders gegen Ende des Prozesses (vgl. Facebook o.J.; Instagram o.J.). Auch viele Prominente und Politiker:innen aus Polen und Europa, sowie Menschenrechtsorganisationen wie *Amnesty International*, *Human Rights Watch* und *Hel-sinki-Stiftung für Menschenrechte*, aber auch Vertreter:innen der UNO zeigten ihre Solidarität mit Justyna und verurteilten die Gerichtsentscheidung (vgl. Strzyżyńska 2023).

Für Diskussionen sorgte ebenfalls die Anwesenheit der Stiftung *Ordo Iuris* als Nebenklägerin im Gericht. Das konservative Institut vertrat im Prozess die „gesellschaftliche Seite“ mit der Begründung, dass der Schutz ungeborener Kinder den gesellschaftlichen Normen, der Verfassung und dem Völkerrecht entspricht (vgl. Ordo Iuris 2022).

Das ist der erste Fall, in dem eine Aktivistin wegen Art 152 § 2 plStGB angeklagt, und schuldig gesprochen wurde. Bisherige Prozesse richteten sich gegen Familienangehörige und Freund:innen, oder ärztliches Personal. Justyna Wydrzyńska berichtet in ihrer Schlussrede über die tatsächliche Lage vom Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Polen, über die aktivistische Arbeit und über den Zusammenhalt von betroffenen Personen. Sie sieht die

Schuldigsprechung als einen Verstoß gegen die Menschenrechte und sagt, der Staat hätte versagt. Sie selbst hätte nichts anders gemacht, und fühlt sich unschuldig (vgl. Chrzczonowicz 2023b).

1.3.3. Lage in Österreich

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich im Strafgesetzbuch verankert, und unter der Fristenlösung bekannt, die am 01.01.1975 in Kraft getreten ist (vgl. Schlintl 2023: 236).

§ 96 StGB besagt, dass der Abbruch einer Schwangerschaft durch eine andere Person oder die schwangere Person selbst mit einer Freiheitsstrafe zu bestrafen ist.

Unter Umständen wird der Schwangerschaftsabbruch jedoch als straffrei gesehen. Diese sind in § 97, der „Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs“ angegeben. Gemäß § 97 ist der Abbruch straffrei, wenn er „innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird“ (§ 97 Abs 1 Z 1 StGB), wenn die Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben der schwangeren Person darstellt, oder einen schweren körperlichen oder geistigen Schaden der schwangeren Person verursachen würde. Ebenfalls gilt die Straffreiheit, wenn ein Risiko besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein würde, oder die schwangere Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Voraussetzung ist die Durchführung des Abbruchs durch einen Arzt (vgl. § 97 Abs 1 Z 2 StGB). Die Straffreiheit besteht auch, „wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.“ (§ 97 Abs 1 Z 3 StGB).

§ 97 Abs 2 und 3 StGB handeln von der Gewissensklausel und der Nichtdiskriminierung. Somit sind Mediziner:innen nicht dazu verpflichtet, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (außer bei Lebensgefahr der schwangeren Person), oder aufgrund einer Verweigerung des Eingriffes oder einer Beteiligung am Abbruch benachteiligt werden. § 98 StGB besagt, dass ein von der schwangeren Person nicht eingewilligter Abbruch der Schwangerschaft strafbar ist, außer wenn unmittelbare Lebensgefahr besteht und die Einwilligung nicht rechtzeitig zu erlangen war.

In der Praxis heißt das, dass in Österreich Schwangerschaftsabbrüche sowohl aus medizinischen als auch aus nicht-medizinischen Gründen durchgeführt werden können. Mit medizinischer Indikation oder bei unmündigen Personen gibt es keine eindeutige Frist, in der der Abbruch durchgeführt werden muss. Ohne medizinische Indikation ist der Abbruch, wie in

der Fristenlösung geregelt (vgl. § 97 Abs 1 Z 1 StGB), drei Monate ab der Einnistung, also bis zum Ende der 13. SSW möglich.

Im Gegensatz zu Polen ist das selbstständige Durchführen eines Schwangerschaftsabbruchs strafbar und darf nur von Mediziner:innen vorgenommen werden (vgl. § 96 StGB). In Österreich werden Schwangerschaftsabbrüche entweder von niedergelassenen Gynäkolog:innen, oder in öffentlichen Spitälern und privaten Krankenhäusern oder Privatkliniken durchgeführt (vgl. ÖGF o.J.). Dennoch bedeutet die Tatsache, dass man in Österreich Schwangerschaftsabbrüche straffrei durchführen kann nicht, dass der Zugang dazu ideal ist:

Personen, die ihre Schwangerschaft abbrechen wollen, sind [...] mit zahlreichen Hürden konfrontiert. Eine flächendeckende Versorgung mit Gesundheitseinrichtungen, die Abtreibungen anbieten, ist nicht gewährleistet. Der Zugang zu Abtreibungen hängt vom Wohnort ab und ist nicht in allen Bundesländern gesichert. (Schlintl 2023: 237)

In drei Bundesländern ist die Versorgungslage verhältnismäßig kritisch: Im Burgenland gibt es keine einzige medizinische Einrichtung, die Schwangerschaftsabbrüche vornimmt (vgl. ÖGF o.J.), in Tirol und Vorarlberg jeweils einen Arzt, beide kurz vor der Pensionierung (vgl. Hagen & Retter 2023; ÖGF o.J.). Die Gesamtsituation wurde auf Landesebene Ende 2022 in Tirol und Anfang 2023 in Vorarlberg debattiert. In Tirol steht eine Übernahme der bestehenden Ordination fest, in Vorarlberg soll eine Praxis neben dem Landeskrankenhaus Bregenz errichtet und von Privatmediziner:innen geführt werden, um die Versorgung sicherzustellen (vgl. Hagen & Retter 2023). Selbst in Wien, dem Bundesland mit den meisten Abtreibungskliniken, führte die Schließung einer Abtreibungsklinik im März 2023 zu einer signifikanten Verschlechterung der Versorgungslage und einer Überlastung der schon ausgelasteten Kliniken (vgl. CHANGES for women et al. 2023).

Die Kosten für eine Abtreibung in Österreich werden nur in Ausnahmefällen von der Krankenkassa übernommen (vgl. oesterreich.gv.at o.J.; ÖGF o.J.) Bei materieller Notlage können die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen auch von der MA 40 übernommen werden (vgl. Fonds Soziales Wien o.J.). In allen übrigen Fällen erfolgt die Preisgestaltung willkürlich, da die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch staatlich nicht reguliert sind (vgl. Lampert 2023: 247). Die Kosten variieren je nach Klinik und Methode. Ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch (bis zum Ende der 9. SSW möglich) kostet zwischen 330 und 840 Euro, ein chirurgischer Schwangerschaftsabbruch (bis zum Ende der 13. SSW möglich), zwischen 550 und 939 Euro (vgl. Abortion in Austria o.J.a).

Organisationen wie *Pro Choice Austria*, *CHANGES for women* oder *Ciocia Wienia* setzen sich für einen flächendeckenden, niederschweligen Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in Wien ein. *Pro Choice Austria* fordert die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen durch den Staat, die Sicherstellung und Erweiterung des Zugangs zu Abtreibungen und reproduktive Gerechtigkeit. Zur Erfüllung dieser Forderungen ist *Pro Choice Austria* in unterschiedlichen Projekten involviert (vgl. *Pro Choice Austria* o.J.). Der Verein *CHANGES for women* setzt den Fokus auf Finanzierung und bietet ungewollt schwangeren Personen umfassende Informationen zur Finanzierung von Abtreibungen oder übernimmt die Kosten eines Abbruchs, bzw. sonstige damit verbundene Kosten, wie z. B. Reisekosten (vgl. Lampert 2023: 246f.). Das Kollektiv *Ciocia Wienia* und dessen Tätigkeiten werden in Kapitel 2.2.3. vorgestellt.

2. Aktivismus

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht der Aktivismus in Verbindung mit Translationswissenschaft und Abtreibungen. Da viele *abortion groups* auch Dolmetschdienste (u.a. durch Laiendolmetscher:innen) anbieten, werden zunächst die zwei wissenschaftlichen Bereiche der Translationswissenschaft Non-professional Interpreting and Translation (NPIT) und Aktivismus beleuchtet, und anschließend die NGO *Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos* vorgestellt, die ähnlich wie *abortion groups*, Dolmetschdienste im medizinischen Bereich auf freiwilliger Basis zur Verfügung stellt. Anschließend wird ein kurzer Überblick über die Pro-Choice-Bewegung gegeben, ein Netzwerk europäischer *abortion groups* dargestellt und das Kollektiv *Ciocia Wienia* vorgestellt, deren Mitglieder im Forschungsmittelpunkt dieser Arbeit stehen.

2.1. Non-professional Interpreting and Translation und Aktivismus in der Translationswissenschaft

In diesem Kapitel werden die zwei Translationswissenschaftlichen Bereiche Non-professional Interpreting and Translation und Aktivismus in der Translationswissenschaft vorgestellt. Um eine Verbindung zum Thema Medizin zu knüpfen, wird auch eine Studie über die NGO *Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos* vorgestellt, die deren Mitglieder Dolmetschdienstleistungen auf ehrenamtlicher Basis anbieten (vgl. Aguilar-Solano 2015). Schließlich wird ein Überblick über das Demand Control Schema (vgl. Dean & Pollard 2013)

gegeben, anhand dessen man die Anforderungen und Ressourcen von Dolmetscher:innen und mögliche Herausforderungen beim aktivistischen Dolmetschen aufzeigen kann.

2.1.1. NPIT

Non-professional interpreters and translators (NPIT) bezeichnet Personen, die mehrere Sprachen beherrschen und Dolmetsch- oder Übersetzungsarbeit leisten, aber (fast) keine Ausbildung in diesem Bereich erhalten haben. Sie arbeiten sowohl in formellen und informellen Settings, werden aber meistens für ihre Arbeit nicht entlohnt. NPIT gibt es so lange wie die Translation selbst, doch die globalen Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten erhöhten die Nachfrage an Translation in allen Lebensbereichen. Aufgrund der unzureichenden Zurverfügungstellung professioneller translatorischer Dienstleistungen stieg die Anzahl an NPIT (vgl. Antonini 2021: 171). NPIT wurde jedoch erst 2012 im Rahmen der First International Conference on Non-professional Interpreting and Translation in Bologna als ein würdiger Forschungsstrang der Translationswissenschaft anerkannt (vgl. Antonini et al. 2017: 1). Dennoch ist NPIT immer noch weniger erforscht und sichtbar im Vergleich zu anderen Zweigen der Translationswissenschaft und birgt großes Forschungspotenzial insbesondere in den Domänen Medien, Translation im Kommunal- und öffentlichen Sektor, Konflikt und Krieg und Child Language Brokering (Sprachvermittlung durch Kinder) (vgl. Antonini 2021: 173ff.).

2.1.2. Aktivistisches Dolmetschen

Aktivismus strebt das Ziel an, gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen oder ökonomischen Wandel zu bewirken. In der Translationswissenschaft gehen die Anfänge des Aktivismus in die 1990er Jahre zurück. Das vorherrschende Paradigma war von ungleichen Machtstrukturen geprägt. Mithilfe bestimmter Translationsmethoden, die die Translationen und Translator:innen sichtbar machen, wollten einige Forscher:innen die Aufmerksamkeit auf die geopolitischen und sozialen Ungerechtigkeiten der Machtstrukturen werfen (vgl. Brownlie 2010: 45). In späterer Folge standen im Fokus der Translationswissenschaft weniger intervenierende Translationsmethoden, sondern hauptsächlich aktivistische Translator:innen selbst (vgl. Boéri 2020: 3). Durch kollektive politische Handlungen von Translator:innen wurde die häufig geforderte Neutralität und Unparteilichkeit hinterfragt (vgl. Baker 2013: 23).

In den 2000er Jahren erlangten einige aktivistische Translationsgruppen Bekanntheit und wurden aus wissenschaftlicher Perspektive untersucht. Die aktivistische Übersetzungsgruppe Tlaxcala (gegründet 2005) sieht ihre Aufgabe darin, schriftliche Texte aus dem

Internet in so viele unterschiedliche Sprachen wie möglich zu übersetzen, um eine Gleichheit zwischen Sprachen und Kulturen herzustellen (vgl. Baker 2013: 27f.). Die bekanntesten Dolmetschgruppen ECOS und Babels betreiben ihren Aktivismus, indem sie professionelle Dolmetschleistungen für zivilgesellschaftliche Gruppen zur Verfügung stellen, und der Zusammenschluss Babels startete seine Arbeit beim ersten Europäischen Sozialforum im Jahr 2002 mit 350 freiwilligen Dolmetscher:innen, und nur 3 Jahre später lag die Anzahl an verfügbaren freiwilligen Dolmetscher:innen bei 7.000 mit über 63 Sprachen (ibid.: 34f.). Das gemeinsame Ziel dieser aktivistischen Gruppen ist das Aufheben ungleicher Machtverhältnisse, die aufgrund von dominanten Sprachen und Kulturen existieren (ibid.: 45).

Auch im Kontext des grenzüberschreitenden Abtreibungstourismus werden Sprachdienstleistungen von aktivistischen Gruppen angeboten. Diese bestehen jedoch im Gegensatz zu den oben genannten Gruppen selten aus professionellen Translator:innen. Parallelen sind jedoch in der Zielsetzung der Gruppen zu erkennen, da die *abortion groups* den Zugang zu bestimmten Dienstleistungen, durch das Zurverfügungstellen von Dolmetschdienstleistungen für betroffene Personen ermöglichen (eine detaillierte Beschreibung der *abortion groups* in Europa und ihrer Tätigkeiten erfolgt in Kapitel 2.2.2.).

2.1.3. Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos

Eine Studie, die das freiwillige, bzw. aktivistische Dolmetschen im medizinischen Setting behandelt wurde von Aguilar-Solano (2015) mit der NGO *Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos* (AIVE) durchgeführt. Die AIVE ist ein Zusammenschluss von nicht-professionellen bilingualen Dolmetscher:innen, die in zwei spanischen Spitälern ehrenamtlich dolmetschen. Die Gruppe entstand aufgrund von vermehrter Nachfrage an Dolmetschdienstleistungen als Kollektiv und wurde 2002 zu einer NGO (vgl. Aguilar-Solano 2015: 140f.). AIVE hat eigene Praxisstandards, die neben dem Dolmetschen u.a. folgende Prinzipien beinhalten: empathisch sein, keine ungefragten Ratschläge geben, kommunikative Bedürfnisse der Patient:innen ermitteln und eventuelle Probleme lösen, die sich aus den Sprachschwierigkeiten ergeben, etc. Obwohl in medizinischen Gesprächen auch schriftliche Dokumente besprochen werden, stehen Übersetzungen laut den Praxisstandards der AIVE nicht als Dienstleistung zur Verfügung (ibid.: 142). Die Gruppe arbeitet in Schichten. Jedes Gruppenmitglied führt ein Protokoll, das dem:der nächsten Schichtarbeiter:in übergeben wird (ibid.: 144). Eine Besonderheit der AIVE ist, dass die freiwilligen Dolmetscher:innen im Gegensatz zu professionellen Dolmetscher:innen eine ähnliche Position wie die von Sozialarbeiter:innen einnehmen:

In this context interpreters are able to negotiate and channel the moral demands placed on them as volunteer interpreters, leading them to occupy a series of positions generally available to cultural brokers and intercultural mediators in other settings such as caretakers and patient advocates. (Aguilar-Solano 2015: 145)

Eine andere Besonderheit der AIVE ist die Institutionalisierung. Die NGO ist hierarchisch aufgestellt und hat ein Leitungsorgan (ibid.: 142). Sichtbar wird der institutionalisierte Status der NGO auch durch die Ausweise zur Legitimation und durch weiße Labormäntel, die die Dolmetscher:innen während ihrer Einsätze tragen (ibid.: 141). Ein überraschendes Ergebnis der Studie war, dass der Grad der Anerkennung bei den Dolmetscher:innen von AIVE in einem höheren Ausmaß zu finden ist, als bei anderen freiwilligen Dolmetscher:innen (ibid.: 145).

2.1.4. Demand Control Schema

Ein Modell, anhand dessen man mögliche Herausforderungen beim aktivistischen Dolmetschen aufzeigen kann, ist das Demand Control Schema (DC-S), von Robyn K. Dean und Robert Q Pollard, Jr. DC-S basiert auf dem *Job Strain Model* von Robert A. Karasek, Jr., anhand dessen der Zusammenhang zwischen Arbeits-Anforderungen (*job demands*) und dem Entscheidungsspielraum der Arbeiter:innen (*job control* oder *discretion*), und möglichen daraus folgenden Fehlbelastungen (*job strains*) gemessen wird (vgl. Karasek 1979). Karaseks Modell wurde von Dean und Pollard speziell für das Erforschen von Anforderungen (*demands*) und Ressourcen (*controls*) beim Dolmetschen weiterentwickelt. Das Implementieren des DC-S-Systems ins Lehrprogramm für angehende Dolmetscher:innen führte zu einem besseren Verständnis ihres Berufes und einem leichteren Einstieg in die professionelle Laufbahn (vgl. Dean & Pollard 2013: X).

Das DC-S setzt sich aus vier Anforderungskategorien und drei Ressourcen zusammen. Zu den Anforderungen zählen die Umgebungsanforderungen (*environmental demands*), zwischenmenschliche Anforderungen (*interpersonal demands*), paralinguistische Anforderungen (*paralinguistic demands*) und intrapersonelle Anforderungen (*intrapersonal demands*) (ibid.: 4ff.).

Die Umgebungsanforderungen umfassen das charakteristische Setting des Dolmetscheinsatzes. Sie sind vordefiniert, und bilden den einen festen Rahmen für den Dolmetscheinsatz. Subkategorien der Umgebungsanforderungen sind das Ziel des Settings, die physische Umgebung, das Personal und Kund:innen oder Klient:innen, und die dort verwendete Terminologie (ibid.: 53ff.).

Zwischenmenschliche Anforderungen sind charakteristisch für die Interaktion zwischen Dolmetscher:innen und anderen Personen. Sie umfassen alle kommunikativen Handlungen. Dem zugrunde liegen Machtverhältnisse, den Kommunikationsstil und -Ziel, Stimmung, oder kulturelle Denkweisen. Alle dieser *demands* haben nämlich einen Einfluss auf die zwischenmenschliche Interaktion. Von allen EIPI-Faktoren kommen Dolmetscher:innen am häufigsten mit den zwischenmenschlichen Faktoren in Berührung (ibid.: 56f.).

Die Paralinguistischen Anforderungen betreffen kommunikative Störungsfaktoren, die nicht der Umgebung, sondern der Interaktionspartner:innen geschuldet sind. Anatomische Gegebenheiten haben den größten Einfluss auf paralinguistische Anforderungen. Typische Beispiele sind die Lautstärke, in der Gesprochen wird, der Akzent oder charakteristische Sprechmerkmale (ibid.: 57ff.).

Eine Kategorie, die sich nur auf die Dolmetscher:innen bezieht, sind die intrapersonellen Anforderungen. Dazu gehören psychologische Faktoren wie z.B. Gedanken und Emotionen aber auch der physiologische Zustand der Dolmetscher:innen. Auch Überlegungen, die die Kommunikationssituationen betreffen, gehören zu den intrapersonellen Anforderungen (ibid.: 60ff.).

Mithilfe der Ressourcen (*controls*), über die die Dolmetscher:innen verfügen, können sie auf die Anforderungen (*demands*) reagieren. Die Ressourcen stellen sich zum einen aus den persönlichen Eigenschaften, und zum anderen aus angelernten Fähigkeiten zusammen.

Auf jede Anforderung können Dolmetscher:innen mit einer Ressource antworten (ibid.: 15). Dean & Pollard unterteilen die *controls* nach dem Einsatzzeitpunkt. Die *pre-assignment controls* kommen vor dem Einsatz zur Anwendung. Das wären z. B. terminologische Vorbereitungen auf einen Dolmetscheinsatz mit dem Ziel, die Anforderung „fachspezifische Terminologie“ zu erfüllen. *Assignment controls* kommen während des Dolmetscheinsatzes zur Anwendung. Alle Entscheidungen, die während des Einsatzes getroffen werden haben einen Einfluss auf den weiteren Verlauf des Dolmetscheinsatzes (ibid.: 17). Die *post-assignment controls* finden nach dem Einsatz statt und sind eine Form der Nachbereitung des Einsatzes. Das könnte z. B. ein Gespräch mit Kolleg:innen in Bezug auf die Arbeit sein (ibid.: 17).

Die Aufgabe von Dolmetscher:innen ist es, diese Anforderungen zu erkennen, und die vorhandenen Ressourcen anzuwenden. Wichtig ist zu erkennen, dass Dolmetscher:innen über unterschiedliche Ressourcen verfügen, und somit auf dieselben Anforderungen auf unterschiedliche Arten reagieren.

Das DC-S eignet sich auch zur Erforschung von Herausforderungen, denen Dolmetscher:innen bei ihren Einsätzen begegnen. Etwaige Herausforderungen können den einzelnen EIPI-Anforderungen zugewiesen werden. Im Rahmen dieser Masterarbeit wird das Demand Control Modell in Bezug auf die Herausforderungen und Lösungsstrategien beim aktivistischen Dolmetschen angewendet (siehe Kapitel 3 & 4).

2.2. Pro-Choice- und Abtreibungsaktivismus

Dieses Kapitel befasst sich mit den Ursprüngen des Pro-Choice-Aktivismus in den USA und dessen (Weiter-)Entwicklungen in Österreich und in Polen. Anschließend wird ein Überblick über die in Europa tätigen *abortion activist groups*, also Gruppen, die beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen helfen, gegeben.

2.2.1. Pro-Choice-Bewegungen

2.2.1.1. USA

Die Pro-Choice-Bewegung hat ihren Ursprung in den 1960er Jahren in den USA und kämpfte für die Legalisierung des Abtreibungsgesetzes. Die Bewegung wurde nationalweit immer bekannter, bis sich um 1970 ein neues, gestärktes Bewusstsein „*New Consciousness*“ (Staggenborg 1991: 44) zu den Themen Sexualität, Frauengesundheit und reproduktive Rechte in der Gesellschaft bildete. Das Recht auf Abtreibung war eines der größten Ziele der feministisch-aktivistischen Bewegung (ibid.: 54) und wurde schließlich 1973 von dem Obersten Gerichtshof durchgesetzt. Das Gesetz war unter dem Namen *Roe v. Wade* bekannt und regelte den Schwangerschaftsabbruch bis zur 24. SSW. Im Juni 2022 kippte der mehrheitlich konservativ besetzte Oberste Gerichtshof das landesweite Recht auf Abtreibung. Die Gesetze werden seitdem von den einzelnen Bundesstaaten geregelt. Die Gesetzesänderung entfachte löste eine große Welle an Protesten aus und mobilisierte Pro-Choice-Bewegungen in den USA zum erneuten Kampf für das Recht auf Abtreibung (vgl. Eisele 2023).

2.2.1.2. Österreich

Parallel zu der Pro-Choice-Bewegung in den USA fand eine zweite Welle der Frauenbewegung in Europa statt, die in Österreich die Gründung autonomischer feministischer Organisationen, und im Jahr 1972 die Gründung der Aktion unabhängiger Frauen (AUF) zur Folge hatte. Die Hauptagenda der AUF und der SPÖ war die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich (vgl. Köpl 2001: 19). Die Fristenlösung wurde 1975 durchgesetzt, doch gleich darauf von der Gegenbewegung Aktion Leben angefochten (ibid.: 26). Sowohl

die Pro-Choice und Anti-Choice-Bewegungen wuchsen in der Anzahl an Projekten und Befürworter:innen (ibid.: 29).

Bis heute herrscht ein Kampf zwischen Pro-Choice und Anti-Choice-Bewegungen, dessen Ausmaß insbesondere bei Protesten und Gegenprotesten sichtbar wird. Jedes Jahr findet am Tag der Regenbogenparade der Marsch für die Familie statt, von der Plattform Familie organisiert, zu der christliche und konservative Gruppen, und Anti-Abtreibungsvereine gehören. Als Gegendemonstration dazu findet der Marsch für'n Arsch statt, der von mehreren queer-feministischen Pro-Choice-Organisationen mitorganisiert wird (vgl. Marsch für'n Arsch o.J.).

2.2.1.3. Polen

Bis zum Jahr 1993 hatte Polen eines der liberalsten Abtreibungsgesetze in Europa. Schwangerschaftsabbrüche durften aus gesundheitlichen Gründen, im Falle einer Vergewaltigung, oder beim Vorliegen einer materiellen Notlage durchgeführt werden (vgl. Węzyk 2021: 182). Im Jahr 1989 hat das polnische Episkopat dem Sejm einen Gesetzesvorschlag zur Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs vorgelegt (ibid.: 233). Das Projekt wurde von Anfang an, seit der Initiation 1989, von Protesten begleitet – sowohl von Pro-Choice- als auch Anti-Choice-Bewegungen (ibid.: 240f.). Kurz vor der Gesetzesverabschiedung wurde ein Antrag auf eine Volksabstimmung gestellt, der jedoch vom Sejm unter Einfluss der katholischen Kirche, abgelehnt wurde (ibid.: 247f.). Schließlich wurde das neue Abtreibungsgesetz, das einen Schwangerschaftsabbruch bei Gefahr für die Schwangere, unter Vorliegen einer Schädigung des Fötus, oder unter Vorliegen einer kriminellen Tätigkeit erlaubt, am 07.01.1993 verabschiedet (ibid.: 250f.).

In den darauffolgenden Jahren fanden regelmäßig Demonstrationen statt, die nur wenig Aufmerksamkeit erhielten, und erst seit 2000 einen Aufschwung unter dem Namen *manifesty* erlebten (ibid.: 382ff.). Den ersten Höhepunkt erreichten die Proteste gegen polnische Abtreibungsgesetz im Jahr 2016, nachdem mehrere Gesetzesvorschläge zur Verschärfung des Gesetzes beim Sejm eingegangen sind. Die sogenannten Schwarzen Proteste (pl.: *czarne protesty*) fanden am 25.09.2016 statt, und der neu ins Leben gerufene Gesamtpolnische Frauenstreik (pl.: *Ogólnopolski Strajk Kobiet*) rief alle Personen auf, am 03.10.2016, dem Schwarzen Montag (pl.: *czarny poniedziałek*) zu protestieren. Insgesamt sind 150.000 schwarz gekleidete Personen aus Protest gegen die Gesetzesvorschläge auf die Straße gegangen. Drei Tage nach dem Schwarzen Montag wurde der Gesetzesvorschlag abgelehnt (ibid.: 391ff.).

Vier Jahre später, am 22.10.2020 wurde das Anti-Abtreibungsgesetz verkündet. Aufgrund der COVID-Pandemie gab es ein Demonstrationsverbot, dennoch gingen schon am selben Tag unzählige Menschen auf die Straße protestieren (ibid.: 414). Einen Tag nach der Verkündung fanden in ca. 60 polnischen Städten Proteste gegen das neue Gesetz statt (vgl. Szczęśniak 2020), und am 28.10.2023 sogar in 80 Städten innerhalb Polens, und 20 Städten außerhalb von Polen (vgl. Jurszo 2020). An dem Tag wurden von der Polizei 410 Proteste mit schätzungsweise 430.000 Protestierenden verzeichnet (vgl. Dziennik Gazeta Prawna 2020). Die Proteste richteten sich primär gegen den Staat, die rechtskonservative Partei PiS, und die katholische Kirche, und dauerten mehrere Wochen lang (vgl. Szczęśniak 2020).

2.2.2. Mapping der *abortion networks* und *abortion groups* in Europa

In Europa gibt es eine Vielzahl an Organisationen, Vereinen und Kollektiven, die sich für reproduktive Selbstbestimmung der Frau, bzw. von FLINTA*-Personen einsetzen. Die Einsatzbereiche sind bei Pro-Choice-Gruppen sehr unterschiedlich und reichen von Aufklärungsarbeit und Beratung über öffentliche Arbeit in Form von Demonstrationen und PR bis hin zur direkten Unterstützung beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Netzwerke, Gruppen und Personen, die in Form von direkter Unterstützung den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen ermöglichen, werden oft auch als *abortion networks*, *abortion groups*, oder *abortion activists* bezeichnet.

Im Folgenden werden die *abortion networks* und *groups* thematisch sortiert (Netzwerk, Koordination, Versand von Abtreibungspillen, PR, Gruppen in Destinationsländern, Finanzen) vorgestellt.

2.2.2.1. Abortion Without Borders

Abortion Without Borders (dt.: *Abtreibung ohne Grenzen*), gegründet am 11.12.2019, ist eine von sechs Organisationen in Europa, die den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Polen (zu Hause mittels Abtreibungspillen) oder in einem anderen europäischen Land in Kliniken ermöglicht. Zum Netzwerk gehören die Organisationen: *Aborcyjny Dream Team* (ADT, Polen), *Abortion Support Network* (ASN, UK), *Kobiety w Sieci* (KwS, Polen), *Ciocia Basia* (Deutschland), *Women Help Women* (WHW, Polen), *Abortion Network Amsterdam* (ANA, Niederlande), und seit August 2023 auch die Kollektive *Ciocia Wienia* (Österreich), *Ciocia Czesia* (Tschechien) und *SAFE* (UK). Zu den Leistungen des Netzwerks gehören Informationsvermittlung, finanzielle Unterstützung, Übersetzungsdienste, das Organisieren von Unterkünften und individuelle Problemlösungen.

Der Kontakt findet in erster Folge über die Organisation *Kobiety W Sieci*, und in weiterer Folge über die anderen Teilorganisationen des Netzwerks statt:

Wenn Sie uns kontaktieren, werden Sie mit einer Hotline sprechen, die von *Kobiety w Sieci* besetzt ist, die seit 2006 Schwangerschaftsberatung und Informationen über Schwangerschaftsabbrüchen anbietet. Ihr erster Anruf oder Ihre erste E-Mail geht an *Kobiety w Sieci*, die Sie dann mit dem Abortion Dream Team, Women Help Women, *Ciocia Basia*, *Ciocia Czesia*, *Ciocia Wienia*, dem Abortion Network Amsterdam oder dem Abortion Support Network für weitere Hilfe in Verbindung setzt. (AWB o.J.).

Das Netzwerk legt viel Wert auf die Selbstbestimmung der Personen: Es werden keine Fragen zu Beweggründen, persönlicher Geschichte etc. gestellt, auch bei finanzieller Unterstützung. Überdies kämpft AWB für die Entstigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und für das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung (vgl. AWB o.J.).

2.2.2.2. *Kobiety w Sieci*

Kobiety w Sieci (KwS) ist eine 2006 gegründete in Polen ansässige Gruppe, die mit dem Ziel agiert, über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in und außerhalb Polens zu informieren. Zusätzliche Aufgabengebiete umfassen das Informieren über Verhütungsmethoden, sexuelle und reproduktive Rechte und die Zusammenarbeit mit Medien und anderen Gruppen. Der Informationsaustausch fand zunächst über ein Internet-Forum (www.maszwybor.net) und seit 2012 über eine Hotline statt (vgl. WHW o.J.a). KwS fungieren als Erstkontakt beim Netzwerk Abortion Without Borders und sind dort über eine Hotline unter der Nummer +48 22 29 22 597, die 7 Tage die Woche von 8:00 bis 20:00 Uhr erreichbar (vgl. WHW o.J.b).

2.2.2.3. Women Help Women

Women Help Women (WHW) ist eine internationale aktivistische NPO, deren Ziel es ist, den Zugang zu eigenständigen Schwangerschaftsabbrüchen zu vereinfachen. Um dieses Ziel zu erreichen verfolgt WHW vier Ansätze: die *demystification* – das Aufklären von Mythen und die Wissensvermittlung rund um das Thema eigenständige Abtreibungen mit Pillen, die *demedicalization* – Entmedikalisierung der pharmakologischen Abtreibung, die *decriminalisation* – Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und allen damit zusammenhängenden Strafgesetze und die *destigmatisation* – Entstigmatisierung von Abtreibungen (vgl. WHW o.J.c). WHW betreibt eine Website mit Informationen über Abtreibung und reproduktive Rechte in Form von Seiteneinträgen, Blogs, wissenschaftlichen Publikationen, Schulungsunterlagen und viel mehr. Zudem kann man über die Website Abtreibungspillen oder Verhütungsmittel bestellen (vgl. WHW o.J.d).

Zwischen Oktober 2021 und Oktober 2022 hat *WHW* auf 90.000 Nachrichten aus Polen geantwortet und 19.000 Personen zu einer Abtreibung verholfen (vgl. ADT 2022c). *WHW* ist Teil mehrerer Netzwerke wie z. B. *AWB*, *Inroads*, *MAMA Network* (vgl. *WHW* o.J.e), und kooperiert mit rund 40 Kollektiven, Organisationen oder Aktivist:innen (vgl. *WHW* o.J.f).

2.2.2.4. Women on Web

Women on Web (WoW) ist eine kanadische Organisation, die 2005 von der Ärztin Rebecca Gomperts gegründet wurde und den Zugang zu eigenständigen Abtreibungen in etwa 200 Ländern ermöglicht. *WOW* war die erste Organisation, die Telemedizin für Schwangerschaftsabbrüche anwendete. *WOW* betreibt eine Website mit Informationen zum Schwangerschaftsabbruch und der Möglichkeit, Abtreibungspillen im Falle einer Schwangerschaft, und für zukünftige Verwendung zu bestellen. Die Anfragen werden von einem Mediziner:innenteam bearbeitet und bei einer positiven Beurteilung werden die Pillen postalisch verschickt. Für Fragen steht ein Helpdesk zur Verfügung, das in 16 Sprachen Auskunft geben kann (vgl. *WOW* o.J.). Die Gründungsgeschichte von *WOW* wurde unter dem Namen *Vessel* 2014 verfilmt und mehrmals ausgezeichnet (vgl. *Vessel the film* o.J.).

2.2.2.5. Aborcyjny Dream Team

Aborcyjny Dream Team (ADT) ist eine in Polen ansässige und tätige Organisation, die 2016 von der Wissenschaftlerin Natalia Broniarczyk, der Kulturwissenschaftlerin Kinga Jelińska, der Aktivistin Justyna Wydrzyńska und der Anwältin Karolina Więckiewicz gegründet wurde. Letztere hat die Organisation 2022 verlassen. Innerhalb der Organisation sind noch andere Aktivist:innen tätig, die jedoch nicht geoutet sind. Nach außen wird die Gruppe nur von den drei aktiven Gründerinnen vertreten (vgl. ADT o.J.a).

Ziel von *ADT* ist es, generelle Informationen über medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu verbreiten und einen positiven Diskurs über Abtreibung zu schaffen, der auf wahren Erfahrungen basiert. Um das zu erreichen, stellt *ADT* zahlreiche Informationen auf ihrer Website zu Verfügung. Man findet etliche Fakten über den Schwangerschaftsabbruch (vgl. ADT o.J.b), eine Anleitung zum medikamentösen Selbstabbruch (vgl. ADT o.J.c), Möglichkeiten eines Abbruchs im Ausland (vgl. ADT o.J.d), Erfahrungsberichte (*coming out*) von Frauen, die abgetrieben haben (vgl. ADT o.J.e), News rund um das Thema Abtreibung und Politik, Medizin, körperliche Selbstbestimmung, (häusliche) Gewalt und viel mehr (vgl. ADT o.J.f). Die Gruppe ist auch auf den Social-Media-Plattformen Instagram (vgl. ADT o.J.g), Facebook (vgl. ADT o.J.h), Tik Tok (vgl. ADT o.J.i) und Twitter (vgl. ADT o.J.j) aktiv. Der

präsen­te Social-Media-Auftritt ist Teil einer Normalisierungskampagne, durch die das Thema Abtrei­bung ent­stigmati­siert werden soll. ADT bietet auch Workshops, Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Storytelling-Sessions an (vgl. ADT o.J.a).

2.2.2.6. Abortion Support Network

Abortion Support Network (ASN) ist eine 2009 gegründete Wohltätigkeitsorganisation in Großbritannien, die Schwangeren aus unterschiedlichen Ländern in Europa beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch hilft. Das Angebot richtet sich primär an Personen, die für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland reisen. Anfangs bot die Organisation ihre Hilfe Personen aus Irland, Nordirland und Isle of Man, in denen Abtreibungen fast gänzlich verboten waren (vgl. ASN o.J.a). Laut *Amnesty International* reisten zwischen 1980 und 2018 ca. 170.000 Frauen aus Irland nach Großbritannien für einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Amnesty International 2018). Seit die Gesetze in den drei Staaten gelockert wurden, ging die Nachfrage an ASN zurück, und die Organisation erweiterte ihr Hilfsangebot für die Länder Malta, Gibraltar und Polen. Die Hilfe für schwangere Personen aus Polen erfolgt in Kooperation mit *Abortion Without Borders*. Seit 2022 hilft ASN auch zunehmend Personen aus Ländern, wo Abtreibung zwar legal, aber schwer zugänglich ist, bzw. im dritten Trimester nicht durchgeführt wird, wie Rumänien, Ungarn, Tschechien, Frankreich und Spanien. Grundsätzlich können auch Personen aus anderen Ländern Hilfe bei ASN ansuchen. Deren Fälle werden individuell bearbeitet (vgl. ASN o.J.a).

Die Leistungen, die ASN anbieten sind hauptsächlich finanzielle Unterstützung und Beratung bei der Organisation der Reise ins Ausland zur Behandlung. Die Leistungen sind vom Standort, an dem sich die hilfesuchende Person befindet, abhängig (vgl. ASN o.J.b). Personen, die sich in Polen befinden werden gebeten, sich mit *Kobiety w Sieci* in Kontakt zu setzen, die die Anfrage im Rahmen von AWB bearbeiten. Gegebenenfalls wird die Person wieder an ASN zurückgeschickt (vgl. ASN o.J.c). ASN bietet finanzielle und organisatorische Unterstützung für eine Reise ins Ausland für eine Abtreibung an (vgl. ASN o.J.b).

2.2.2.7. Abortion Network Amsterdam

Das Kollektiv *Abortion Network Amsterdam* (ANA) wurde 2018 gegründet und besteht aus freiwilligen Aktivist:innen. ANA ist Teil des Netzwerks AWB und arbeitet eng mit den Gruppen ADT, *Ciocia Basia* und ASN zusammen. Das Kollektiv hilft beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in den Niederlanden und stellt seine Dienste in erster Linie schwangeren Personen aus Ländern, in denen der Zugang beschränkt ist, zur Verfügung. Im Gegensatz zu

anderen europäischen Ländern ist der Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden bis zur 22. Woche straffrei und somit von großer Bedeutung für Betroffene, die sich im 2. Trimester der Schwangerschaft befinden (vgl. ANA o.J.a).

Die Website von ANA listet alle Kliniken in den Niederlanden auf, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten und bietet eine Anleitung zur selbstständigen Organisation der Reise an, mit Infos zu den Kosten, Dokumenten, etc. (vgl. ANA o.J.b). Die Tätigkeiten des Kollektivs umfassen die Terminvereinbarung, Vorbereitung der Dokumente, Reiseplanung inklusive Transport und Übernachtung. Personen, die einen:eine Dolmetscher:in benötigen, können vom Telefondolmetsch-Service der Kliniken Gebrauch machen. Es besteht jedoch auch die Option, einen:eine Dolmetscher:in über ANA zu organisieren, der:die die Patient:in zur Klinik begleitet. Bei Bedarf übernimmt das Kollektiv die Behandlungs- oder Reisekosten. Die Finanzierung erfolgt zum einen Teil über das Netzwerk Abtreibung ohne Grenzen und zum anderen Teil über eigene Spendeneinnahmen (vgl. ANA o.J.c). Im Jahr 2022 wurde ANA von 588 Personen kontaktiert und arrangierte 260 Schwangerschaftsabbrüche (vgl. ANA o.J.d).

2.2.2.8. Ciocia Basia

Ciocia Basia ist ein in Berlin ansässiges Kollektiv, das 2015 gegründet wurde. Ziel des Kollektivs ist es, Personen den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland (hauptsächlich in Berlin) zu ermöglichen. Der Name wurde inspiriert vom kenianischen Kollektiv *Aunty Jane* („Tante Jane“) (vgl. Diehl 2018), welches eine Hotline und eine Website mit Informationen und Beratung über Sex, Verhütung und reproduktive Gesundheit betreibt (vgl. Aunty Jane o.J.). Zu den Aufgaben von *Ciocia Basia* zählen die Reiseplanung, Terminvereinbarung für Abbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatungen, die in Deutschland verpflichtend sind, aber auch das Dolmetschen bei den Terminen, das Übernachten von Personen und finanzielle Unterstützung. Wenn für Schwangere eine Abtreibung in Berlin nicht infrage kommt, kooperiert *Ciocia Basia* auch mit anderen Kollektiven oder Organisationen um einen Abbruch an einem anderen Ort zu ermöglichen (vgl. Diehl 2018). Zwischen Oktober 2021 und Oktober 2022 verhalf *Ciocia Basia* 128 Personen zu einem Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (vgl. ADT 2022c).

2.2.2.9. Ciocia Czesia

Ciocia Czesia (Tante Czesia) ist ein im Oktober 2020 gegründetes Kollektiv, das Personen beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in Tschechien hilft (vgl. Ciocia Czesia o.J.). Die Haupttätigkeit des Kollektivs ist die Vermittlung bzw. die Organisation von Terminen in

vertrauten Abtreibungskliniken in Tschechien und die finanzielle Unterstützung. Bei Bedarf können auch Transport und Übernachtungsmöglichkeiten oder sprachliche Dienstleistungen organisiert werden (vgl. Januszewska 2020).

2.2.2.10. SAFE

SAFE ist ein im Februar 2023 von Mara Clarke (bis Februar 2022 Gründungsmitglied bei *ASN*) und Kasia Roszak ten Hove (Mitglied von *ANA*) gegründeter Abtreibungsfonds. *SAFE* ist Mitglied des *AWB*-Netzwerks. Im Gegensatz zu den anderen in diesem Kapitel genannten *abortion groups*, unterstützt *SAFE* nicht im unmittelbaren Kontakt Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch benötigen, sondern unterstützt die *abortion groups* in deren Arbeit. Die vier Hauptaufgaben von *SAFE* sind das Fundraising und die Distribution von finanziellen Mitteln an aktivistische Gruppen, die beim Abtreibungszugang helfen, das Mapping von geprüften Abtreibungskliniken und grenzüberschreitenden Versorgungsmöglichkeiten, das Sammeln von Informationen über die Arbeitsweisen der Gruppen (*best practice*) und deren Optimierung (z. B. Optimieren der IT-Sicherheit auf aktivistischen Plattformen), die Entstigmatisierung von Abtreibungen und die Verbesserung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. *SAFE* o.J.).

2.2.3. Ciocia Wienia

Ciocia Wienia (CW) ist ein in Wien ansässiges Kollektiv, das im Sommer 2020 von Aktivist:innen gegründet wurde. Das Kollektiv unterstützt schwangere Personen aus Polen und anderen Ländern beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Zu Beginn ihrer Tätigkeit suchten die Kollektivmitglieder nach einer seriösen Abtreibungsklinik für die Zusammenarbeit, und arbeitete an einem sicheren Kommunikationskanal, bevor sie ihre offizielle Arbeit am 28.09.2020, dem Safe Abortion Day, begannen. In ihren Anfängen unterstützte *Ciocia Basia* aus Berlin das neu geschaffene Kollektiv (vgl. Bayer 2021). Auch der Name *Ciocia Wienia* wurde nach dem Vorbild von *Ciocia Basia* gewählt. *Wienia* ist ein altpolnischer Name und kommt phonetisch Wien oder Wiedeń (dt.: Wien) am nächsten. Auf Deutsch übersetzt heißt die Gruppe “Tante Wienia”.

Das Unterstützungsspektrum des Kollektivs umfasst die „Organisation der Anreise, Unterkunft, Behandlung und Übersetzung“ (*Ciocia Wienia* o.J.a) und finanzielle Unterstützung. Neben dem Schwangerschaftsabbruch bietet *Ciocia Wienia* auch Hilfe bei der Organisation einer anonymen Geburt in Wiener Spitälern an (*Ciocia Wienia* o.J.a), denn in Polen ist weder anonyme Schwangerschaftsvorsorge noch anonyme Geburt im Spital möglich (vgl.

Anonyme Geburt o.J.). Die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* arbeiten ehrenamtlich und teilen sich die Aufgaben individuell, je nach zeitlichen Ressourcen auf (vgl. Nowak 2021).

Schwangere Personen, die Hilfe brauchen, erfahren von der Gruppe entweder über Social Media, über Bekannte, oder über andere *abortion groups*, wenn diese nicht helfen können. Der Erstkontakt erfolgt über Mail, in dem *Ciocia Wienia* über die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs informiert, und Fragen beantwortet. Im Falle einer frühen Schwangerschaft weist *Ciocia Wienia* auf die Möglichkeit hin, einen medikamentösen Abbruch mit Hilfe von *Women Help Women* durchzuführen, sodass eine Reise nach Wien nicht notwendig ist. Wenn sich die Person für eine Behandlung in Wien entscheidet, machen die Aktivist:innen einen Termin in einer Abtreibungsklinik aus (vgl. Bayer 2021). Bei Bedarf organisiert *Ciocia Wienia* auch den Transport oder eine Übernachtungsmöglichkeit, entweder in einem Hotel oder einer privaten Unterkunft. Wenn erwünscht, holt ein:e Aktivist:in die schwangere Person vom Bahnhof ab, begleitet sie zur Klinik und fungiert als Dolmetscher:in (vgl. Nowak 2021). *Ciocia Wienia* bietet auch finanzielle Unterstützung an und übernimmt bei Bedarf die Kosten für den Eingriff oder sonstige Kosten, wie z. B. Transportkosten (vgl. Bayer 2021) oder Übernachtungskosten (vgl. Nowak 2021). Die Kostenübernahmen werden zu 100% von Spendeneinnahmen finanziert (vgl. Sophie 2021). Weitere aktivistische Tätigkeiten von *Ciocia Wienia* sind die Organisation von Demonstrationen und Protesten (vgl. Safe Abortion Day o.J.), Medienarbeit und das Betreiben der eigenen Social-Media-Kanäle (vgl. *Ciocia Wienia* o.J.b; *Ciocia Wienia* o.J.c). Ferner hat *Ciocia Wienia* gemeinsam mit dem österreichischen Verein *Pro Choice* eine informative Website über Abtreibung in Österreich errichtet (vgl. Abortion in Austria o.J.b). Seit August ist *Ciocia Wienia* ebenfalls Teil des Netzwerks Abortion Without Borders (vgl. AWB o.J.).

3. Methodik

In diesem Kapitel werden zunächst die Zielsetzung und die Forschungsfragen der Masterarbeit formuliert. Anschließend wird auf die einzelnen Aspekte des methodischen Dreischritts der Arbeit eingegangen. Weiters wird die Erhebungsmethode für die empirische Studie dargestellt. Schließlich folgt eine Beschreibung der Aufbereitungsmethode, gefolgt von der Auswertungsmethode der erhobenen Daten.

3.1. Forschungsfrage und Ziel der Masterarbeit

Im Mittelpunkt der Masterarbeit stehen die translatorischen und extratranslatorischen Dienstleistungen von Aktivist:innen, die Patient:innen bei der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischen Reisen unterstützen. Ziel ist es, die Tätigkeiten von Aktivist:innen, die Personen bei einer Reise für einen Schwangerschaftsabbruch nach Österreich unterstützen zu untersuchen, und die damit verbundenen Herausforderungen und Lösungsstrategien zu erforschen.

Die erste und zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

- Welche Herausforderungen und Lösungsstrategien gibt es aus Sicht von Aktivistinnen beim Erbringen translatorischer und extratranslatorischer Dienstleistungen für Personen, die im Rahmen einer medizinischen Reise einen Schwangerschaftsabbruch in Wien durchführen möchten?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden folgende Subforschungsfragen herangezogen:

- Welche (translatorischen) Dienstleistungen werden von Aktivist:innen angeboten und von den schwangeren Personen in Anspruch genommen?
- Welche Situationen empfinden Aktivist:innen in ihrer aktivistischen Arbeit als herausfordernd oder stressbehaftet?
- Wie gehen Aktivist:innen mit herausfordernden oder stressigen Situationen um?

3.2. Erhebung

Im Fokus der Forschungsfragen liegen die subjektiven und persönlichen Erfahrungen in der Tätigkeit als Aktivist:in in einem feministischen Kollektiv. Da es sich hierbei um eine „Erkundung subjektiver Lebenswelten“ (Hug & Poscheschnik 2015: 89) einzelner Personen handelt, wurde als Erhebungsmethode das qualitative, halbstandardisierte Interview angewandt.

Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Methoden von Helfferich (2011: 179) erstellt. Da die erhobenen Forschungsdaten als Grundlage nicht nur für diese Masterarbeit, sondern auch für zusätzliche translationswissenschaftliche Publikationen dienen, wurde der Interviewleitfaden gemeinsam mit Dr. hab. Magdalena Bartłomiejczyk (Uniwersytet Śląski in Katowice, Institut für Sprachwissenschaft/Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaft) und Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer (Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaft) zusammengestellt. Die Forschungsfragen wurden in vier Themenbereiche gegliedert, nämlich in Hintergrund der Interviewpartner:in, Herausforderungen und Vorteile der Tätigkeit bei *Ciocia Wienia*, Emotionen sowie Selbstwahrnehmung.

Da die Autorin zuvor als Dolmetscherin für *Ciocia Wienia* tätig war, wurde ein Pilotinterview mit ihr als Interviewpartnerin, und Dr. hab. Magdalena Bartłomiejczyk und Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer als Interviewerinnen in deutscher Sprache geführt. Nach einer Optimierung des Leitfadens wurde er in die Sprachen Polnisch und Englisch übersetzt, um den Interviewpartner:innen die Wahl der Gesprächssprache zu ermöglichen (für den Interviewleitfaden in deutscher Sprache siehe Anhang).

Der Kontakt zu den Interviewpartner:innen von *Ciocia Wienia* wurde von der Autorin hergestellt. Die Autorin lernte einige Kollektivmitglieder im Rahmen der Proteste gegen das im Oktober 2020 in Kraft getretene polnische Abtreibungsverbot kennen. Insgesamt wurden im Zeitraum von November bis Dezember 2022 inklusive des Pilotinterviews dreizehn Personen mündlich interviewt. Neun davon waren Kollektivmitglieder, drei davon waren freiwillige Helfer:innen und eines davon war ein ehemaliges Kollektivmitglied, welches zu diesem Zeitpunkt als freiwillige Helferin fungierte. Der Interviewort sowie die Sprache, in der das Interview durchgeführt wird, wurde den befragten Personen überlassen. Elf Interviews wurden persönlich in den Büros der Universität Wien durchgeführt, und zwei wurden online über Zoom abgehalten. Acht Interviews wurden in polnischer, vier in deutscher, und eines in englischer Sprache geführt. Um die Rahmenbedingungen für alle Interviewpartner:innen möglichst gleich zu gestalten, wurden alle Interviews jeweils von Dr. hab. Magdalena Bartłomiejczyk in der Rolle der Wissenschaftlerin, sowie der Autorin in der Rolle der forschenden Aktivistin bzw. „Insiderin“, durchgeführt. Vor jedem Interview wurden die Teilnehmer:inneninformation anhand eines Informationsschreibens mit der befragten Person besprochen und eine schriftliche Einwilligung eingeholt. Jedes Interview wurde entweder von Dr. hab. Magdalena Bartłomiejczyk oder der Autorin geleitet, mit der Möglichkeit der anderen Interviewerin, sich ins Gespräch einzubringen und vom Leitfaden abweichende oder ergänzende Fragen zu stellen. Die Interviewpartner:innen hatten die Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten oder am

Ende des Interviews zusätzliche Informationen zu teilen, die während des Gesprächs nicht thematisiert wurden.

Die Aufzeichnungen erfolgten bei persönlichen Interviews mit einem Diktiergerät sowie einem Smartphone als Backup und bei Online-Interviews über ein lokales Aufnahmetool in der Zoom-App.

3.3. Aufbereitung

Da die erhobenen Daten auch für andere wissenschaftliche Projekte herangezogen werden, wurde die Datenerhebung größer angelegt, als in die Masterarbeit eingeschlossen werden kann. Aufgrund der großen Menge wurden die Audioaufzeichnungen in Deutsch und Englisch von zwei Kolleg:innen transkribiert. Die Transkriptionen wurden anschließend von der Autorin überprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Anschließend wurden die erhobenen Daten selektiert. Da sich das Forschungsvorhaben auf die Kollektivmitglieder begrenzt, standen acht Interviews für die Auswertung zur Verfügung, aus denen vier Interviews für die Datenanalyse ausgewählt werden sollten. Um möglichst viele Themenbereiche abzudecken, wurden die vier Interviews mit dem höchsten Grad an Themendiversität für die Datenanalyse ausgewählt.

Die erste befragte Person (im Folgenden mit CW1 abgekürzt), spricht im Interview über Abtreibungsgegner:innen, unterschiedliche Abtreibungskliniken, über ihre Arbeits- und Dolmetscherfahrung im Kollektiv sowie über das Bestimmen von eigenen Grenzen. Die zweite interviewte Person (CW2) erzählt von den Anfängen des Kollektivs, der Vernetzung mit anderen Gruppen, von einer herausfordernden Situation bei einem Klinikbesuch und vom Abtreibungsstigma. Die dritte befragte Person (CW3) berichtet über die Arbeit während ihrer Mail-Shifts bei *Ciocia Wienia*, spricht über emotionale Herausforderungen bei der Arbeit mit Patient:innen und über die Zusammenarbeit mit Abtreibungskliniken. Die vierte interviewte Person (CW4) erwähnt in ihrem Interview ebenfalls die Anfänge des Kollektivs sowie ihre eigenen Erfahrungen mit Aktivismus. Sie berichtet auch über Gewaltbeziehungen, die Herausforderungen im Zusammenhang mit anonymer Geburt sowie der Notwendigkeit der Psychotherapie.

3.4. Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgt nach dem Modell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zunächst wurden folgende Analyseeinheiten festgelegt:

- Die Kodiereinheit ist jede vollständige Aussage einer interviewten Person.
- Die Kontexteinheit ist das gesamte Interview einer interviewten Person.
- Die Auswertungseinheit besteht aus vier (im Vorhinein selektierte) Interviews.

Für die Bildung eines Kategoriensystems wurde eine Kombination der deduktiven Kategorienanwendung und der induktiven Kategorienbildung angewandt. Die Hauptkategorien wurden durch die deduktive Kategorienanwendung erstellt, die sich auf die EIPI-Faktoren des DC-S stützt. Textpassagen, die das Thema der Forschungsfrage beinhalten, wurden den einzelnen EIPI-Faktoren zugewiesen. Da in keinem der Interviews paralinguistische Faktoren erwähnt wurden, kommen für die Analyse nur drei der vier EIPI-Faktoren als Hauptkategorien zur Anwendung. Diese lauten wie folgt:

- Kategorie 1: Umgebungsfaktoren
- Kategorie 2: Zwischenmenschliche Faktoren
- Kategorie 3: Intrapersonelle Faktoren

Im weiteren Schritt wurden die Unterkategorien induktiv, durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse hergeleitet, und den Überkategorien zugewiesen. Dazu wurden alle Textpassagen, die den Hauptkategorien zugewiesen worden sind, zunächst ins Deutsche übersetzt (mit Ausnahme der englischen Textpassagen). Daraufhin folgten die Schritte der Paraphrase, der Generalisierung und der Reduktion. Für die Kategorien Umgebungsfaktoren und Intrapersonelle Faktoren konnten die Unterkategorien nach der ersten Reduktion gebildet werden. Hingegen war für die Kategorie Zwischenmenschliche Faktoren eine zweite Reduktion notwendig.

Interview partner:in	Zeilen	Vollständige Aussage	Übersetzung deutsch	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	(Unter-)Kategorie
Nr. 1		Yy Wikipedia, ponieważ wtedy czytam, czytam dokładnie o czym to jest, o czym jest ta/ na czym polega ten aa/ zawsze mi brakuje, zawsze nie wiem jak jest Fehlbildung po polsku. [...] Tak. Ee kiedyś tam znajduję słowa ale zawsze pierwsze co mi przychodzi do głowy to jest to Fehlbildung i w jaki sposób ono powstaje, czyli się douczam też na poziomie medycznym. A ponieważ medycyna ZAWSZE mnie interesowała i dużo na ten temat wiem i ee mój syn studiował/ studiował medycynę i zawsze się wymienialiśmy ee informacjami. Jeżeli ja przeczytałam coś ciekawego to dawałam jemu a on, on mi to, to ee czuję się w tym w miarę kompetentna. Czyli jestem w stanie ocenić na ile moje tłumaczenie jest ee poprawne.	Äh Wikipedia, weil dann lese ich, lese ich genau, worum es geht, worum es bei diesem äh/ mir fehlt immer, ich weiß nie, was <i>Fehlbildung</i> auf Polnisch ist. [...] Ja. Äh, irgendwann finde ich die Worte, aber das erste was mir immer einfällt ist diese <i>Fehlbildung</i> und wie sie zustande kommt, also ich lerne auch auf medizinischer Ebene. Und weil mich Medizin IMMER interessiert hat und, und ich weiß viel darüber und, ähm, mein Sohn stud-/ hat Medizin studiert und wir haben immer, äh, Informationen ausgetauscht. Wenn ich etwas Interessantes gelesen habe, habe ich es ihm weitergegeben, und er, er hat mir das, das, äh, ich fühle mich darin einigermaßen kompetent. Das heißt, ich bin in der Lage zu beurteilen, inwieweit meine Übersetzung, äh, richtig ist.	Liest über bestimmte medizinische Sachen im Internet und tauscht sich mit einem Mediziner aus - fühlt sich dadurch kompetent auf dem medizinischen Gebiet	Weiterbildung im medizinischen Bereich mit Hilfe von Internet und Austausch mit Experten – bessere Kompetenz	Bildet sich im medizinischen Fachgebiet weiter	Medizinisches Fachwissen
	403-412						

Tabelle 1: Auszug aus der Kategorienbildung

Die Unterkategorien wurden der Anzahl der Codes nach sortiert und lauten:

- Kategorie 1: Umgebungsfaktoren
 - Unterkategorie 1.1.: Medizinisches Fachwissen
 - Unterkategorie 1.2.: Ressourcen
 - Unterkategorie 1.3.: Setting
 - Unterkategorie 1.4.: Politik
- Kategorie 2: Zwischenmenschliche Faktoren
 - Unterkategorie 2.1.: Kommunikation und Translation im medizinischen Setting
 - Unterkategorie 2.2.: Kommunikation per E-Mail
 - Unterkategorie 2.3.: Rollenverständnis der Aktivist:innen
 - Unterkategorie 2.4.: Thought World
- Kategorie 3: Intrapersonelle Faktoren
 - Unterkategorie 3.1.: Psychologische und emotionale Reaktionen
 - Unterkategorie 3.2.: Arbeitsbelastung
 - Unterkategorie 3.3.: Risiken und Sicherheit

4. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse in Bezug auf die Forschungsfragen aus Kapitel 3.1. dargestellt. Ein Themenbereich des Interviews bezog sich direkt auf die Herausforderungen der Tätigkeit bei *Ciocia Wienia*, doch auch in den anderen angesprochenen Themenbereichen berichteten die Aktivist:innen von Herausforderungen.

4.1. Kategorie 1: Umgebungsfaktoren

Die Kategorie Umgebungsfaktoren wurde deduktiv, basierend auf den *environmental demands* aus dem DC-S Schema von Dean & Pollard (2013) gebildet. Die befragten Aktivist:innen erzählten von diversen Herausforderungen, die sich auf die Themenbereiche Medizinisches Fachwissen, Ressourcen, Setting, und Politik beziehen, und somit die induktiv hergeleiteten Unterkategorien bilden. Die Unterkategorien medizinisches Fachwissen und Setting ähneln den Subkategorien *personnel or clientele/physical surroundings* und *terminology* der *environmental demands* im DC-Schema (vgl. Dean & Pollard 2013: 5). Ressourcen und Politik werden im Schema nicht als *demands* kategorisiert, betreffen aber das Umfeld der Aktivist:innen und fallen somit in die Kategorie Umgebungsfaktoren.

4.1.1. Kategorie 1.1.: Medizinisches Fachwissen

Der Einsatzbereich der Aktivist:innen liegt größtenteils in der Medizin, wodurch sie im Rahmen ihrer Aufgaben nicht selten mit medizinischem Fachwissen in Berührung kommen. Dies ist insbesondere bei der Terminvereinbarung für einen Abbruch der Fall. Ob ein Eingriff grundsätzlich durchgeführt werden kann, hängt von der Dauer der Schwangerschaft, die in Schwangerschaftswochen (SSW) berechnet wird, ab. Es kann allerdings auch zu Diskrepanzen zwischen der selbstständig errechneten und der tatsächlichen SSW kommen. Die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* determinieren zunächst gemeinsam mit der schwangeren Person die ungefähre SSW und versuchen zu berechnen, ob ein Eingriff in Wien mit den verfügbaren Terminen in einer Abtreibungsklinik zeitlich möglich wäre. Je weiter sich die Schwangerschaft der 14. Woche nähert, desto höher ist das Risiko, dass ein Eingriff verweigert wird. Die Unsicherheit, ob ein Eingriff aufgrund zeitlicher Faktoren stattfinden kann, ist für CW1 ein großer Stressfaktor. In solchen Fällen, erörtert sie mit der betroffenen Person ihre Möglichkeiten und entscheidet gemeinsam mit ihr, ob die Reise für einen Abbruch nach Wien riskiert, und eine potentielle Abweisung in Kauf genommen wird. Als Alternative schlägt sie vor, den Eingriff in einem anderen europäischen Land durchzuführen. Dafür eignen sich insbesondere die Niederlande, da dort ein Schwangerschaftsabbruch deutlich länger möglich ist. Letztendlich entscheidet eine Ultraschalluntersuchung vor Ort, ob der Eingriff tatsächlich durchgeführt wird (vgl. CW1: Z118ff).

Dabei ist die Verantwortung, die Aktivist:innen übernehmen, eine große. Zwar werden an Dolmetscher:innen im Medizintourismus durchaus Erwartungen an außertranslatorische Leistungen (vgl. Iacono 2021: 179ff) und Anforderungen an die Sachkompetenz sowie die institutionelle Kompetenz (vgl. Iacono 2021: 111f) von Patient:innen gestellt, jedoch geht die oben erwähnte Einschätzung über die Wahrscheinlichkeit eines Eingriffs weit über die Erwartungen und Anforderungen an Dolmetscher:innen hinaus.

Andere Determinanten für die Durchführung eines Abbruchs stellen der gesundheitliche Zustand der Patient:in sowie andere Umstände der Schwangerschaft dar. CW1 muss im Rahmen ihrer Arbeit regelmäßig diverse, bislang ihr unbekannte Diagnosen übersetzen. Um sicherzugehen, dass ihre Übersetzung richtig ist, bildet sie sich auch selbstständig auf fachlicher Ebene weiter, indem sie sich im Internet über die jeweiligen Krankheiten bzw. Anomalien des Fötus beziehungsweise Embryos informiert (vgl. CW1: Z394ff). Dass auch fachliches Wissen unter den Aktivist:innen verbreitet ist, bestätigen zwei andere Aktivist:innen. Aktivistin Nr. 3 berichtet von einem großen Wissenskorpus: „we do have a really big body of

knowledge among us“ (CW3: Z370), und einer „knowledge base“ (CW3: Z386), auf der nützliche Informationen gespeichert werden, und bei Bedarf von den Aktivist:innen abgerufen werden können. Im Zweifelsfall halten die Aktivist:innen Rücksprache mit einem Gynäkologen, der basierend auf den vorhandenen Informationen beurteilt, ob der Abbruch in Österreich durchgeführt werden kann (vgl. CW1: Z415ff.).

CW4 vertraut jedoch nicht zu 100% den Kompetenzen der Mediziner:innen. Im Falle von medikamentösen Abbrüchen hat sie manchmal den Eindruck, dass *abortion activists* teilweise besser geschult seien als Mediziner:innen (vgl. CW4: Z561ff.). Diese Annahme bestätigt auch die internationale NGO Medical Students for Choice, die unter anderem die Kenntnisse des ärztlichen Personals in diesem Zusammenhang jedenfalls als verbesserungswürdig erachtet. Auch in Wien werden regelmäßig diverse Workshops von Hochschulgruppen organisiert, in denen angehende Mediziner:innen ihre Fähigkeiten in chirurgischen und medikamentösen Abtreibungsmethoden stärken können (vgl. Der Standard 2019; AusPrinzip o.J.).

4.1.2. Kategorie 1.2.: Ressourcen

Ein Faktor, der die Arbeit der Aktivist:innen beeinflusst, sind die vorhandenen Ressourcen. Der Mangel an sowohl finanziellen, als auch personellen Mitteln stellt jedoch von Zeit zu Zeit ein Problem im Kollektiv dar.

Die Kollektivmitglieder selbst arbeiten ehrenamtlich, bieten jedoch bedürftigen Personen finanzielle Unterstützung in Form von Kostenübernahme der Schwangerschaftsabbrüche, oder der Transport- oder Übernachtungskosten an. Die notwendigen finanziellen Mittel bekommen sie über Spendeneinnahmen oder Förderansuchen. Zwei Aktivist:innen erwähnen jedoch, dass die finanziellen Mittel unzureichend seien. Um die Einnahmen nachhaltig zu sichern, müsse sich das Kollektiv vermehrt dem Fundraising widmen (vgl. CW1: Z317f.) und Förderansuchen beantragen (vgl. CW3: Z602f.). Laut CW3 wirkt sich die finanzielle Lage des Kollektivs auch auf den Arbeitsaufwand aus. Sie berichtet, dass mehr Geld auch weniger Arbeit, und somit mehr personelle Ressourcen für die Aktivist:innen bedeuten würde:

But when, just a simple example, when, um, sometimes, and to save money, we might have to do a bit more work, right. So, uh, if for example, there is a choice to put a person in the hotel or maybe one of us host them, uh, you know, money can solve some of those things. So, if we could, for example, pay every time for a hotel versus host a person. Um. That also, I think contributes to us having more resources to take into the future and not just become very overwhelmed or tired. (CW3: Z600ff.)

Noch höher als die Übernachtungskosten in einem Hotel sind die Preise für Schwangerschaftsabbrüche. Mit dem Argument, dass die Abtreibungskliniken durch *Ciocia Wienia* als „Vermittlerin“ mehr Klient:innen haben, wollten die Aktivist:innen Ermäßigungen für ihre Patient:innen verhandeln. Dies ist ihnen jedoch nicht gelungen (vgl. CW3: Z261ff.). Die Kollektivmitglieder erwägen auch die Option, ihr Kollektiv in einen Verein umzuwandeln, um u.a. durch staatliche Förderungen die finanziellen Mittel der Gruppe zu sichern (vgl. CW1: Z320f.). Dies wäre allerdings nur unter der Aufgabe der Anonymität möglich, weshalb eine Entscheidung diesbezüglich noch aussteht (vgl. CW3: Z590ff.).

Der Mangel an personellen Ressourcen war für die Kollektivmitglieder in den Anfängen seines Bestehens, also ab September 2020, eine große Herausforderung, da der Arbeitsaufwand die Möglichkeiten der Aktivist:innen deutlich überstieg. Zu den fundamentalen Aufgaben, wie E-Mail-Shifts und das Begleiten in die Klinik, kamen unzählige Zusatzaufgaben, wie das Organisieren oder Besuchen von diversen Events, die Teilnahme an organisatorischen Zoom-Calls oder Podiumsdiskussionen sowie das Führen von Pressegesprächen dazu, bei denen die Anwesenheit von *Ciocia Wienia* erwartet wurde. Trotz Zeit- und Energiemangels haben die Aktivist:innen damals auch die Zusatzaufgaben wahrgenommen: „[...] my musiałyśmy chodzić po prostu i musiałyśmy być na tych wydarzeniach“ (CW2: Z453f.)¹. Mittlerweile ist die Anzahl der Kollektivmitglieder höher als zu Beginn und die Aufgaben können besser auf einzelne Personen aufgeteilt werden.

Seit dem Ausbruch des Kriegs in der Ukraine im Februar 2022 hat das Kollektiv einen Anstieg an Anfragen von ukrainisch- und russischsprachigen Personen verzeichnet. Die Kommunikation mit diesen Personen gestaltet sich nicht einfach, da keine der Aktivist:innen diese Sprachen beherrscht. Im Moment wird zur Kommunikation auf Ukrainisch oder Russisch auf maschinelle Übersetzungsmaschinen wie z. B. Google Translate oder DeepL zurückgegriffen, jedoch ist das keine geeignete Lösung für Dolmetschsituationen in der Klinik. Hier müsse das Kollektiv einige ukrainisch- oder russischsprachige Personen engagieren (vgl. CW4: Z576ff.).

4.1.3. Kategorie 1.3.: Setting

Eine der zentralen Aufgaben der Aktivist:innen ist das Begleiten schwangerer Personen in die Abtreibungsklinik. Das Setting, in dem die Arbeit stattfindet, stellte für das Kollektiv insbesondere in seinen Anfängen eine Herausforderung dar.

¹ „[...] wir mussten einfach hingehen und mussten bei diesen Veranstaltungen dabei sein“ (Übers. VSH)

Den Kollektivmitgliedern war aus Berichten über sogenannte *fake clinics* oder *crisis pregnancy centers* in den USA bekannt, dass illegitime „Abtreibungskliniken“ existieren. Solche werden meist von Abtreibungsgegner:innen geführt und haben zum Ziel, ihre Patient:innen davon abzubringen, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen (vgl. Planned Parenthood 2021). Ein großes Anliegen des Kollektivs war es somit, seriöse Kliniken in Wien zu finden, die ihre Patient:innen mit Respekt behandeln (vgl. CW2: Z690ff.). Dafür informierten sich die Aktivist:innen zunächst telefonisch über diverse Abtreibungskliniken in Wien und führten in zweiten Schritt auch persönlich Gespräche mit dem Klinikpersonal. Diese Maßnahmen waren für *Ciocia Wienia* notwendig um sicherzugehen, dass sie ausschließlich mit seriösen Anbietern zusammenarbeiten (vgl. CW2: Z670ff.).

Eine der Aufgaben von Gesundheitsdolmetscher:innen (*healthcare interpreters*) ist es, sich mit der Gesundheitseinrichtung vertraut zu machen, in der der Dolmetscheinsatz stattfindet. Dadurch kann man u.a. herausfinden, welche Regeln in der Einrichtung gelten, wie die Organisationskultur gestaltet ist und auf welche gesundheitlichen Aspekte Wert gelegt wird (vgl. Angelelli 2019: 22f.). Dass die institutionelle Kompetenz ein wichtiger Faktor für einen erfolgreichen Einsatz ist, war auch CW2 bewusst. Sie ist vor ihrem ersten Dolmetscheinsatz vorab in die Klinik gegangen, um sich die Ordinationsräume anzuschauen und sich über den Terminablauf zu informieren. Dies tat sie primär, um einen kompetenten Eindruck bei der schwangeren Person zu erwecken (vgl. CW2: Z357ff.).

4.1.4. Kategorie 1.3.: Politik

Der weiteste Rahmen, der die Arbeitsbedingungen des Kollektivs bestimmt, ist der politische Rahmen. Aktivist:in Nr. 3 erachtet politischen Aktivismus als wichtig, da man dadurch auf Probleme hindeuten, und konkrete Verbesserungsvorschläge äußern kann, mit der Hoffnung, dass sich was ändert: „[...] these are really the conversations and they're very fundamental to how we work“ (CW3: Z549f.).

Der größte Punkt, der die Aktivist:innen aus politischer Sicht beschäftigt, ist der erschwerte Zugang zur medikamentösen Abtreibung und die damit verbundenen überhöhten Kosten. Das Kollektiv sieht die Debatte über selbstständige und medikamentöse Abtreibung als Teil seiner Aufgabe und äußert sich öffentlich dazu. Laut CW 4 könnte man als Kollektiv jedoch noch mehr Druck auf die Politik ausüben (vgl. CW2: Z611ff.; CW4: Z590ff.). CW2 erwähnt als Verbesserungsvorschlag auch das Streichen der Abtreibungsbestimmungen aus dem StGB, und den Verbot von Gebetswachen durch Abtreibungsgegner:innen vor den Abtreibungskliniken (vgl. CW2: Z614ff.).

Um politische Änderungen zu bewirken, organisiert *Ciocia Wienia* zusammen mit anderen Organisationen jährlich eine Demonstration oder Kundgebung am internationalen Safe Abortion Day. Somit treffen sich jedes Jahr am 28. September diverse aktivistische Gruppen an unterschiedlichen Orten in Österreich und fordern lautstark u.a. die von den Aktivist:innen genannte Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches, einen flächendeckenden Zugang zu Abtreibungen sowie deren Kostenübernahme durch den Staat (vgl. Safe Abortion Day o.J.).

4.2. Kategorie 2: Zwischenmenschliche Faktoren

Die Kategorie zwischenmenschliche Faktoren wurde deduktiv, basierend auf den *interpersonal demands* aus dem DC-S Schema von Dean & Pollard (2013), gebildet. Die befragten Aktivist:innen erwähnten mehrere Herausforderungen, die sich auf die Themenbereiche Kommunikation und Translation im medizinischen Bereich, Kommunikation per E-Mail, Rollenverständnis der Aktivist:in und „thought world“ (vgl. Dean & Pollard 2013: 5) beziehen, und somit die induktiv hergeleiteten Unterkategorien bilden. Die Unterkategorie *thought world* entspricht der Subkategorie *thought worlds* der *interpersonal demands* des DC-S Schemas. Dean & Pollard beschreiben die *thought worlds* als eine Sammlung aller Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Gefühle und Verhaltensweisen einer Person, die ihr Denken und die Sicht auf die Welt beeinflussen. *Thought worlds* sind individuell und haben einen großen Einfluss auf die Kommunikation, da diese ausgehend von der Denkweise, also der *thought world* erfolgt. Ein und derselbe Satz kann von zwei unterschiedlichen Personen unterschiedlich aufgefasst werden (ibid.: 6f.). Die Unterkategorien Kommunikation und Translation im medizinischen Bereich und Kommunikation per E-Mail betreffen die zwischenmenschliche Kommunikation vor Ort, bzw. online. Weiters beeinflusst auch das Rollenverständnis der Aktivist:in die zwischenmenschliche Kommunikation.

4.2.1. Kategorie 2.1.: Kommunikation und Translation im medizinischen Setting

Den meisten Herausforderungen begegneten Aktivist:innen während diversen Kommunikationssituationen im medizinischen Setting. Die Situationen beziehen sich sowohl auf Interaktionen zwischen Aktivist:in und Patient:in, zwischen Patient:in und ärztlichem Personal oder Aktivist:in und ärztlichem Personal.

CW 1 betont, dass die Arbeit in der Abtreibungsklinik sich nicht nur auf das Dolmetschen und Übersetzen begrenzt. Wenn sie merkt, dass eine angespannte Stimmung vor dem Eingriff herrscht, gibt sie den Patient:innen auch emotionale Unterstützung (vgl. CW1:

Z155ff.). CW2 berichtet, dass es nicht immer möglich ist, die Stimmung durch ein Gespräch aufzulockern, weil die Patient:innen sich manchmal nicht unterhalten möchten. Solche Situationen lösen in ihr eine Stressreaktion aus. Zur Stressbewältigung lenkt sie sich durch andere Tätigkeiten, wie z. B. lesen, ab (vgl. CW2: Z548ff.).

Zu den Mitarbeiter:innen der Kliniken, mit denen *Ciocia Wienia* arbeitet, haben die Aktivist:innen grundsätzlich ein gutes Verhältnis (vgl. CW1: Z175; CW3: Z255f.). Zwei Aktivist:innen berichten jedoch von unangenehmen Vorfällen in einer anderen Abtreibungsklinik. Während eines von CW2 gedolmetschten Gesprächs mit einem Anästhesisten, hat dieser wiederholt gefragt, wieso die Patient:in so spät zum Abtreiben gekommen sei. Die Aktivist:in hielt die Frage für unangebracht. Einerseits, da in ihr ein Vorwurf mitschwingt, und andererseits aus Gründen der Privatsphäre, da für den Eingriff nicht relevant ist, aus welchem Grund sich die schwangere Person an einem von ihr bestimmten Zeitpunkt für einen Abbruch entschieden hat. Deshalb entschied sie sich dazu, die Frage nicht zu dolmetschen (*zero rendition*) (vgl. CW2: Z229ff.). Eine andere Ärztin hat sowohl im Gespräch mit der schwangeren Person als auch später bei einer Ultraschalluntersuchung mehrmals Aussagen getätigt und Fragen gestellt, die mit Abtreibungsstigma behaftet waren. Diese bezogen sich ebenfalls auf die SSW. Die Ärztin beschuldigte die Person, sehr spät in die Klinik gekommen zu sein. Schließlich begann sie, ihr Angst wegen möglicher Komplikationen zu machen, wie CW2 berichtet:

Em i później zaczęła jakby straszyć tę osobę ee że ee to jest późno i że można mieć bardzo ee ciężkie komplikacje i no można ale ona nie mówiła tego w sposób powiedzmy profesjonalny ee gdzie mówi ,No jest możliwa komplikacja, to jest, nie wiem, jeden do dwóch procent ee ciąży gdzie może dojść do krwawienia i tak dalej', i to nie było w sposób ee profesjonalny powiedziane to było w sposób bardzo stygmatyzujący i ee obwiniający tę osobę że tak późno dokonuje zabiegu. (CW2: Z256ff.)²

CW2 befand sich in einem Dilemma, denn einerseits wollte sie die Aussagen der Ärztin nicht verschweigen, aber andererseits wollte sie nicht, dass die schwangere Person verängstigt wird. Schließlich entschloss sie sich dazu, die Aussage zu dolmetschen, und von sich aus zu

² Ähm, und dann fing sie an, der Person Angst zu machen, ähm, dass ähm, es zu spät ist, und dass es sehr äh schwere Komplikationen geben kann, und das kann man auch, aber sie sagte es nicht auf eine, sagen wir mal, professionelle Art und Weise, ähm, wo sie sagt: ,Also Komplikationen sind möglich, es ist, ich weiß nicht, ein bis zwei Prozent äh, der Schwangerschaften, wo es zu Blutungen kommen kann und so weiter', und es wurde nicht auf, ähm, eine professionelle Art und Weise gesagt, sondern auf eine sehr stigmatisierende Art und Weise, die äh, die Person beschuldigt, dass sie den Eingriff so spät macht. (CW2: Z256ff) (Übers. VSH)

ergänzen, dass Komplikationen sehr selten vorkommen, und dass die schwangere Person keine Angst haben muss (vgl. CW2: Z261).

Solche Situationen sind in der genannten Abtreibungsklinik öfter vorgekommen, weshalb sich das Kollektiv dazu entschieden hat, Kontakt mit den Vertreter:innen der Klinik aufzunehmen und ein Gespräch zu suchen. Die Kollektivmitglieder hatten das Bedürfnis dem ärztlichen Personal zu erklären, wieso ihr Verhalten nicht in Ordnung gewesen war. CW2 berichtet, dass die oben genannte Ärztin nicht bereit für ein Gespräch war (vgl. CW2: Z273ff.), wobei andere Klinikmitarbeiter:innen einem Gespräch mit den Aktivist:innen zugestimmt haben (vgl. CW3: Z309ff.). Der Austausch führten jedoch nicht zum erhofften positiven Ergebnis. Seitdem versucht das Kollektiv nach Möglichkeit diese Klinik zu meiden, da es den Patient:innen ein gutes Umfeld bieten möchte (vgl. CW3: Z317ff.).

Die Aktivist:innen tauschen sich in der Gruppe über schwierige Kommunikationssituationen aus, und suchen nach geeigneten Lösungsstrategien der Kommunikation oder Translation:

[...] those situations and then we decide how to deal with that. And I know that, uh, because we talk about it, some interpreters can choose to [...] be a bit more selective, how and what they exactly interpret and how they communicate, communicate to the, to the person that's about have the procedure. (CW3: Z304ff.)

Geeignete Lösungen zu finden ist jedoch ein langer Prozess, der durch Learning-by-doing stattfindet. CW4 befindet sich immer wieder in kommunikativen Situationen, in denen sie nicht weiß, wie sie reagieren soll (vgl. CW4: Z612). Sie erinnert sich an ihren ersten Dolmetscheinsatz in einer Abtreibungsklinik, der rückblickend betrachtet nicht ordnungsgemäß verlaufen ist. Beim medizinischen Gespräch hat die Ärztin den Prozess der medikamentösen Abtreibung in bildhafter Sprache („serce przestanie bić“ (CW4: Z631)³) erklärt. CW4 dolmetschte diese Aussage intuitiv zunächst nicht wörtlich, sondern umschreibend (*divergent rendition*). Nachdem die Ärztin jedoch dieselbe Aussage zum vierten Mal wiederholte, dolmetschte die Aktivist:in diese schließlich, was zur Folge hatte, dass die schwangere Person die weitere Behandlung verweigerte. An diesen Einsatz hat CW4 grundsätzlich schlechte, aber dennoch lehrreiche Erinnerung. Seit diesem Vorfall wägt sie ab, welche Dolmetschstrategie sie in welcher Situation anwendet (vgl. CW4: Z641ff.).

³ „das Herz wird aufhören zu schlagen“ (Übers. VSH)

4.2.2. Kategorie 2.2.: Kommunikation per E-Mail

Ein Großteil der Kommunikation mit Personen, die mit Hilfe von *Ciocia Wienia* für einen Schwangerschaftsabbruch nach Wien reisen, verläuft über den elektronischen Verkehr via E-Mail. Jedes der befragten Kollektivmitglieder hatte in diesem Zusammenhang im Laufe seiner Laufbahn im Kollektiv herausfordernde Kommunikationssituationen.

Zwei Aktivist:innen vergleichen den Kommunikationsstil einiger Personen über E-Mail mit jenem über SMS oder Messenger. Es werden in kurzen Abständen viele einzelne E-Mails mit wenig Inhalt verschickt. Für die Aktivist:innen ist es jedes Mal ein großer Arbeitsaufwand, die E-Mails des Kollektivs abzurufen. Diese sind nämlich auf einem verschlüsselten Programm gespeichert, auf das man nur über einen Computer zugreifen kann und sich hierfür jedes Mal erneut einloggen muss. Das empfindet CW1 an dieser Art des Kommunikationsstils am mühsamsten (vgl. CW1: Z135ff.). CW3 hingegen hatte am Anfang Schwierigkeiten, mit der einsilbigen Kommunikation umzugehen, fühlt sich dadurch aber mittlerweile nicht mehr gestört (vgl. CW3: Z536ff.).

Zwei Aktivist:innen berichten auch von Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund mangelnden Leseverständnisses durch die Kommunikationspartner:innen: „Jest czasem tak, że mam mm że, że jestem na mail’u na przykład i ee osoba pisze pięćset razy, zadaje to samo pytanie, nie czyta ze zrozumieniem, ee w/ już pyta o coś na co jej pięć, siedem razy odpowiada.“⁴ (CW4: Z501ff.) Wenn sie merkt, dass der Austausch mit der schwangeren Person in ihr Ärger oder Müdigkeit hervorruft, legt sie eine Pause ein, um Abstand zu der Situation zu gewinnen. CW3 versucht hingegen, Verständnisschwierigkeiten nicht persönlich zu nehmen, sondern sich entweder davon zu distanzieren oder ihre Gefühle zu akzeptieren (vgl. CW3: Z171). Eine andere hilfreiche Strategie in überfordernden Kommunikationssituationen ist es, die Kolleg:innen aus dem Kollektiv zu bitten, die Kommunikation mit der betroffenen Person zu übernehmen (vgl. CW1: Z146f.; CW3: Z225f.; CW4: Z508).

Eine andere Schwierigkeit, die im Rahmen der Kommunikation über E-Mail auftaucht, ist auf den digitalen Faktor zurückzuführen. CW3 empfindet die Kommunikation aufgrund der fehlenden nonverbalen Kommunikationskanäle als erschwert. In einem face-to-face Gespräch fällt es ihr durch die Körpersprache und die zwischenmenschliche Verbindung

⁴ „Es ist manchmal so, dass ich hmm, dass, dass ich die Mails mache, zum Beispiel und äh, die Person schreibt fünfhundert Mal, stellt die gleiche Frage, liest nicht mit Verständnis, äh fragt etwas, auf das sie fünf, sieben Mal eine Antwort bekommen hat.“ (Übers. VSH)

einfacher, die Emotionen der anderen Person zu erkennen und passend darauf zu reagieren (vgl. CW3: 189ff.).

Herausfordernd sind auch Fälle, in denen Partner:innen oder Dritte im Namen der schwangeren Person mit den Aktivist:innen kommunizieren, da für die Aktivist:innen die Autonomie der schwangeren Person den höchsten Stellenwert hat:

How do we communicate in this way to make sure that all of our requirements, in a sense, are met? So we are certain that the person is making autonomous decision and no one, you know, is in an unsafe situation, while also making sure that we actually can help this person, right? (CW3: Z78ff.)

In solchen Fällen wird innerhalb des Kollektivs nach Lösungen gesucht, und nach Möglichkeit, direkter Kontakt mit der betroffenen Person hergestellt (vgl. CW1: 345ff.).

4.2.3. Kategorie 2.3.: Rollenverständnis der Aktivist:in

Die Kollektivmitglieder berichten, dass das Rollenverständnis der Aktivist:innen sich von Person zu Person unterscheidet. CW1 berichtet über sich selbst, immer Probleme mit Gruppenzugehörigkeiten und Rollenbezeichnungen gehabt zu haben, die sich am Anfang ihrer Tätigkeit bei *Cioccia Wienia* verstärkten. Durch ihren Beitritt ins Kollektiv wurde sie automatisch zur Aktivistin und Feministin, was sie anfangs störte. Mittlerweile hat sie sich daran gewöhnt, in diesen Rollen wahrgenommen zu werden, doch sie selbst würde sich nicht so nennen: „Także ee do tej poz/ do tej pory postrzegam się, JA jako ja ale nie JA jako feministka, ja jako aktywistka. Robię co uważam za stosowne i jeżeli jest mi po drodze z aktywistkami, kolektywem, feministkami to jest w porządku.“⁵ (CW1: Z371ff.)

Das Rollenverständnis der Aktivist:innen von *Cioccia Wienia* ist komplex und für Außenstehende u.a. aufgrund der verschiedenen Aufgabenbereiche nicht immer eindeutig interpretierbar. Grundsätzlich unterstützt *Cioccia Wienia* schwangere Personen beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in Wien durch die Termin- und Reiseorganisation, und sprachliche sowie finanzielle Unterstützung. Alle der befragten Aktivist:innen erwähnen jedoch, dass sich Personen zum Teil Unterstützung in Bereichen erhoffen, die nicht in die Kompetenzbereiche der Aktivist:innen von *Cioccia Wienia* fallen. Am häufigsten handelt es sich dabei um

⁵ „Somit äh, bis je/ bis jetzt sehe ich mich, ich als ICH, aber nicht ich als Feministin, ich als Aktivistin. Ich tue, was ich für richtig halte und wenn das zu den Aktivistinnen, dem Kollektiv, den Feministinnen passt, dann ist es in Ordnung.“ (Übers. VSH)

psychologische Unterstützung. CW2 berichtet, dass die Herausforderung darin besteht, die Grenzen im richtigen Zeitpunkt zu ziehen:

[...] jakby najtrudniejszy moment zawsze jest tego gdzie kończy się ee nasze ee gdzie kończą się nasze mm możliwości, jak bardzo elastyczne jesteśmy i też ee głównie psychicznym ee wsparciem bo oczywiście, jeżeli jest potrzeba, to oczywiście oferujemy jakieś, jakąś formę psychicznego wsparcia ale to nie jest forma profesjonalnego psychologicznego wsparcia [...] ⁶ (CW2: Z421)

Auch Aktivist:innen Nr. 1 und 4. betonen, dass sie den schwangeren Personen nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten psychologischen Beistand bieten. Wenn sie jedoch merken, dass der Bedarf ihre Kompetenzen oder Kräfte überschreitet, empfehlen sie den Personen, sich an eine psychologische Beratungsstelle zu wenden (vgl. CW1: Z178ff.; CW4: Z263). Dabei fällt auf, dass nicht alle Personen professionelle Hilfe annehmen möchten. CW4 erklärt, dass für manche Patient:innen die Vertrauensbildung schwierig sei. Sobald sie sich einer Person aus dem Kollektiv im Rahmen der Kommunikation anvertrauen, möchten sie aufgrund der bereits vorhandenen Vertrauensbasis mit ihr in Kontakt bleiben (vgl. CW4: Z257ff). Diese wird in den Augen der schwangeren Person als Vertrauensperson gesehen. CW4 befand sich des Öfteren in Situationen, in denen Patient:innen ihre persönlichen Probleme oder traumatische Erlebnisse mit ihr geteilt haben. Am schwierigsten empfand sie, ihre eigenen Grenzen aufzuzeigen und den Patient:innen den Kontakt zu professionellen Psycholog:innen zu vermitteln (vgl. CW4: Z263ff.).

Einige Patient:innen begegnen den Aktivist:innen im Kollektiv mit einer *client mentality*, ähnlich wie man es bei diversen Kundendiensten erlebt: „Though sometimes what can come in, it's this, um, maybe a bit of like client mentality and with this, um, impatience and maybe lack of understanding that we are activists with very limited resources and, and time.” (CW3: Z331f.) Sie bittet die Personen daraufhin um Verständnis, dass sie nicht umgehend auf sämtliche Nachrichten antworten kann (vgl. CW3: Z334f.). Darüber hinaus gibt es Personen, die im Organisationsprozess deutlich mehr Unterstützung als andere benötigen, weil sie beispielsweise noch nie mit einem Zug unterwegs waren. Von ihnen werden die Aktivist:innen als „letzte Hoffnung“ oder als „Engel“ angesehen (vgl. CW3: Z337ff.). CW4 erklärt das mithilfe der Machtverhältnisse (*power dynamics*): die Personen sind auf die Aktivist:innen und deren Hilfe angewiesen, und verhalten sich dadurch passiver. Sie selbst versucht dagegen zu

⁶ „[...] sagen wir, der schwierigste Moment ist immer der, an dem, ähm, unsere äh, an dem unsere ähm, Möglichkeiten enden, wie flexibel wir sind und auch, ähm, hauptsächlich psychologische äh Unterstützung, denn klar, wenn nötig, dann bieten wir einen, eine Form von psychologischer Unterstützung, aber es ist keine Form der professionellen psychologischen Unterstützung [...]“ (Übers. VSH)

steuern und die Personen zu Eigeninitiativen zu ermutigen, indem sie sie dazu einlädt, bei der Organisation eines Schwangerschaftsabbruchs teilzuhaben und mitzubestimmen. Insbesondere beim Sprachgebrauch achtet sie darauf, immer die Person mit einzubeziehen: „I często właśnie jak wymieniam z osobami mail’e to piszę: ‚Hej, to zrobimy to, pójdziemy tam‘, używam takich kategorii, które nie mówią: ‚JA dla CIEBIE‘, tylko: ‚MY RAZEM‘“⁷ (CW4: Z212ff). In diesem Zusammenhang hatte CW2 während eines Dolmetscheinsatzes den Eindruck, als würde sie vom medizinischen Personal als Verantwortliche oder Mutter der schwangeren Person gesehen werden, da ihr die Sprecher:innenrolle (vgl. Menz 2015: 79) vergeben wurde. Geäußert hat sich das in Gesprächen mit dem medizinischen Personal, in denen sie adressiert wurde, und nicht schwangere Person (vgl. CW2: Z480ff.).

4.2.4. Kategorie 2.4.: Thought World

Herausfordernd für die Aktivist:innen sind Kommunikationssituationen zwischen Personen mit unterschiedlichen *thought worlds*. Wie man vielleicht nicht vermuten würde, führen auch Abtreibungsgegner:innen Schwangerschaftsabbrüche durch (vgl. CW2: Z553ff.; CW4: Z486ff.). In den meisten Fällen betrifft es Schwangerschaften mit fötalen Anomalien, und die betroffenen Personen sagen offen, dass sie unter anderen Umständen nicht abgetrieben hätten (vgl. CW4: Z184ff.). CW 2 erkennt darin ein sich wiederholendes Schema:

Znaczy że osoby które są przeciw aborcji przyjeżdżają mieć zabieg i jakby to jest taki, taki schemat że em jakby uważają oczy/ zawsze że to jest wyjątek co, ee co się wy/ wydarza, że one mają/ jakby to jest specjalna sytuacja dlatego one potrzebują ee aborcji ale generalnie są przeciw aborcji.⁸ (CW2: Z554ff.)

Grundsätzlich empfinden die Kollektivmitglieder keine negativen Gefühle gegenüber solchen Patient:innen. Auch wenn sie mit deren Weltvorstellungen nicht übereinstimmen, und sich die Kommunikation dadurch manchmal schwierig gestaltet, gehen sie keine Diskussionen ein, um den Personen einen geschützten Raum zu bieten (vgl. CW2: Z560ff.; CW4: Z486ff.). Die Lage gestaltet sich etwas schwieriger, wenn eine Person aus dem Kollektiv mehrere Personen gleichzeitig in die Klinik begleitet, die unterschiedliche Ansichtsweisen zum Thema

⁷ „Und oft, wenn ich mit den Personen E-Mails schreibe, schreibe ich: ‚Hey, wir machen das, wir gehen dorthin‘, ich verwende solche Kategorien, die nicht sagen: ‚ICH für DICH‘, sondern: ‚WIR ZUSAMMEN‘.“ (Übers. VSH)

⁸ „Das heißt, dass Personen, die gegen Abtreibungen sind, hierherkommen, um einen Eingriff zu haben und das ist sozusagen so ein, so ein Schema, dass, ähm sie sozusagen natü/ es ist immer eine Ausnahme, was, äh was pas/ passiert, dass sie/ es ist sozusagen eine besondere Situation, deshalb benötigen sie äh, eine Abtreibung aber generell sind sie gegen Abtreibungen.“ (Übers. VSH)

Abtreibung haben. In solchen Situationen muss sie manchmal die Gesprächsdynamik beeinflussen muss (vgl. CW4: Z189f.).

Die *thought worlds* wirken sich auch auf den Sprachgebrauch aus. CW4 ist aufgefallen, dass Personen mit einer gewollten Schwangerschaft, häufiger von dem „Kind“ als von dem „Fötus“ sprechen. Sie selbst verwendet jedoch immer die medizinisch korrekte Bezeichnung „Fötus“, da sie einen emotionalen Zugang zu der Situation hat. Da CW4 den Gedanken- gang der schwangeren Person nachvollziehen kann und respektiert, korrigiert sie die Person auch nicht (vgl. CW4: Z190ff.).

Gemischte Gefühle rufen bei Aktivist:innen Nr. 2 und 3 die sogenannten „Traurigen Männer“ (pl.: *smutni panowie*) aus. Dabei handelt es sich um Abtreibungsgegner, die Gebets- wachen vor Abtreibungskliniken abhalten. Alleine deren Anwesenheit empfindet CW2 als störend und schämt sich, wenn sie mit Patient:innen an ihnen vorbeigeht (vgl. CW2: Z578ff.). CW1 hingegen hätte jedes Mal beim Vorbeigehen Lust, „ihnen etwas zu sagen“, möchte sich jedoch nicht in Gefahr begeben (vgl. CW1: Z262).

4.3. Kategorie 4.3.: Intrapersonelle Faktoren

Die Kategorie „Intrapersonelle Faktoren“ wurde deduktiv, basierend auf den *intrapersonal demands* aus dem DC-S Schema von Dean & Pollard (2013) gebildet. Die befragten Akti- vist:innen erwähnten mehrere Herausforderungen, die sich auf die Themenbereiche Emotio- nen, Risiken und Sicherheit und Arbeitsbelastung beziehen, und somit die induktiv hergeleite- ten Unterkategorien bilden. Die Unterkategorie Emotionen fasst die Subkategorie *feelings/thoughts* der *intrapersonal demands* zusammen. Da sich die Aktivist:innen oft Ge- danken über mögliche Risiken und Sicherheit der Patient:innen und ihrer eigenen Person ma- chen, ist auch diese Unterkategorie den Intrapersonellen Faktoren zugewiesen. Zuletzt ist die Arbeitsbelastung ein Faktor, der auf die Psyche der Aktivist:innen einen merklichen Einfluss hat.

4.3.1. Kategorie 4.3.1.: Emotionen

Jede der befragten Aktivist:innen ist im Laufe ihrer Zeit im Kollektiv Situationen begegnet, die sich negativ auf ihre Emotionen oder Psyche ausgewirkt haben.

Grundsätzlich lässt sich CW1 aus eigener Sicht nicht einfach aus der Ruhe bringen, da sie an die Arbeit mit hilfsbedürftigen Personen gewöhnt ist. Es gibt dennoch Situationen, die Wut in

ihr auslösen, wie beispielsweise das Nichterscheinen der schwangeren Person zum vereinbarten Termin:

Ale ostatnio się tak właśnie wściekłam (śmieje się) bo pojechałam, ee specjalnie sobie czas wzięłam wolny żeby, ee żeby być tam na tłumaczeniu i po prostu nie przyjechała a przedtem była ta właśnie bardzo, bardzo długa i męcząca korespondencja. I czasami się zastanawiam czy nie są to po prostu troll'e ee zasadzone na nas, które, które nas męczą mejlami.⁹ (CW1: Z278ff.)

In solchen Situationen empfindet CW1 manchmal auch Schuldgefühle gegenüber der Klinik, da der Termin nicht neu vergeben werden kann. Sie versucht jedoch, diese zu unterdrücken, sie nicht für die schwangere Person oder ihre Tätigkeiten verantwortlich ist (vgl. CW1: Z267ff.).

Drei Aktivist:innen berichten von Schwierigkeiten, mit persönlichen Geschichten und Schicksalen der schwangeren Personen umzugehen. Dies ist unter Laiendolmetscher:innen im Gesundheitswesen keine Seltenheit – einer der häufigsten Stressauslöser bei den Dolmetscher:innen ist das Leid der Patient:innen, für die sie tätig sind (vgl. Valero Garcés: 93). CW3 hat sich am Anfang ihrer Tätigkeit bei *Ciocia Wienia* die Schicksale der schwangeren Personen sehr zu Herzen genommen, und sich viele Sorgen um sie gemacht (CW3: Z227ff.). Bei einem „Case“ wurde ihr bewusst, dass sie emotional zu viel involviert war, und sie zum Schutz ihres psychischen Wohlbefindens eine emotionale Distanz zu den Patient:innen aufbauen muss. Seitdem bemüht sie sich, keine persönliche Bindung zu ihnen aufzubauen (CW3: Z489ff.). CW2 empfand die „Cases“ als belastend, bei denen die Schwangerschaft gewollt, aber wegen einem fötalen Defekt abgebrochen werden musste (vgl. CW2: Z207ff.). Ihr hat es geholfen, Personen in solchen Situationen seltener in die Klinik zu begleiten (vgl. CW2: Z297ff.). Auch CW4 merkt an, dass es einen Unterschied bei der emotionalen Arbeit zwischen Fällen mit gewollter, und Fällen mit ungewollter Schwangerschaft gibt. Erstere sind emotional belastender. Dies ist u. a. dadurch bedingt, dass die betroffenen Personen häufig weinen (vgl. CW4: Z522ff.). Situationen, die sie jedoch am meisten belasten sind, wenn minderjährige oder sehr junge Patient:innen nach Österreich abtreiben kommen. Diese Personen müssen nämlich meistens ihre Schwangerschaft geheim halten, und verfügen über wenig Geld (vgl. CW4: Z532). Da sie durch ihre Arbeit den betroffenen Personen hilft, ihr Anliegen zu lösen, ist für sie der Aktivismus zugleich Teil und Lösung der emotionalen Belastung (vgl.

⁹ „Aber neulich bin ich so wütend geworden (lacht), weil ich gefahren, äh, weil ich mir extra freigenommen habe, um ähm, dort zu dolmetschen, und sie ist einfach nicht gekommen, und davor gab es diesen sehr, sehr langen und anstrengenden E-Mail-Verkehr. Und manchmal frage ich mich, ob das nicht einfach nur Trolle äh sind, die man uns auf den Hals gehetzt hat, die uns mit Emails quälen.“ (Übers. VSH)

CW4: Z545). Als andere Bewältigungsstrategien nennt sie auch weinen (vgl. CW4: Z547) oder Psychotherapie (vgl. CW4: Z556).

Um mit emotionalen Belastungen umzugehen, haben die Aktivist:innen zwei kollektive Bewältigungsstrategien gefunden. Eine davon sind Gruppengespräche. Während ihrer zweiwöchigen Treffen tauschen sich die Aktivist:innen untereinander über ihre Gefühle aus: „So, there are very difficult situations and I think what helps is that we have each other, we, we do have plenary meetings every two weeks and um, I feel like there are very honest conversations, even about those difficult feelings.” (CW3: Z204ff.). Eine Zeit lang hat das Kollektiv auch professionelle, psychologische Supervision in Anspruch genommen, die den Aktivist:innen ebenfalls in einem großen Ausmaß half, mit schwierigen Situationen umzugehen. Im Moment findet die Supervision jedoch nicht statt (vgl. CW2: Z300; CW3: 207ff.).

Viele dieser Bewältigungsstrategien für emotionale Belastungen werden auch von professionellen Kommunaldolmetscher:innen angewendet. Interessant ist, dass Gespräche mit Kolleg:innen aus demselben Arbeitsumfeld (*social support*) einen ähnlich hohen Stellenwert als Strategie haben, wie die Gespräche der Aktivist:innen im Kollektiv (vgl. Korpál & Mellinger 2022: 290f.).

4.3.2. Kategorie 4.3.2.: Risiken und Sicherheit

Die Kollektivmitglieder von *Ciocia Wienia* sind aufgrund ihrer Tätigkeit als *abortion activists* von mehreren Seiten gefährdet und müssen auf ihre eigene, und auf die Sicherheit der Patient:innen achten. Einerseits kriminalisiert das polnische Gesetz die Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch, andererseits existieren starke Netzwerke von Abtreibungsgegner:innen oder rechtsradikalen Gruppen, die auch in Österreich eine potenzielle Gefährdung für die Kollektivmitglieder darstellen (vgl. CW2: Z510ff.).

CW2 befand sich schon einmal in einer gefährlichen Situation, da ihre private Handynummer „in die falschen Hände geraten ist“ (CW2: Z504f.). Deshalb teilt sie ihre Handynummer nicht mit Patient:innen, und schützt ihre Identität, indem sie keine privaten Daten über sich preisgibt (vgl. CW2: Z506ff.). Die Aktivist:innen meiden es auch, über Social Media mit den Patient:innen Kontakt zu haben, damit dort keine vertraulichen Informationen gespeichert werden, an die man einfachfach gelangen könnte. Für die Kommunikation mit den Patient:innen ist das sicherste Kommunikationsmittel die E-Mail (vgl. CW2: Z470), doch auch hier werden spezielle Sicherheitsmaßnahmen getroffen. Laut CW4 kann die polnische Polizei oder Staatsanwaltschaft auch ohne richterliche Verfügung die Durchsuchung von E-Mails über polnische Betreiber anfordern, was für Patient:innen und Aktivist:innen negative

Konsequenzen haben könnte (CW4: Z423ff.). Daher verwenden die Aktivist:innen eine verschlüsselte E-Mail-Plattform, und löschen alle E-Mails regelmäßig. Untereinander kommunizieren sie über den zweifach verschlüsselten Messenger Signal (CW4: Z426f.).

Eine Person aus dem Kollektiv berichtet auch von ihrer Angst vor möglichen Komplikationen oder Ereignissen, auf die sie keinen Einfluss hat, und die gesundheitliche oder rechtliche Folgen mit sich bringen könnten. Sie erzählt von einem rezenten Einsatz bei einer anonymen Geburt, in dem die schwangere Person plötzlich in Ohnmacht gefallen ist. Dies hat das Kollektivmitglied in großen Stress versetzt hat (vgl. CW4: Z235ff.). Die Ängste kehren immer wieder zurück. CW4 versucht sich in solchen Momenten in Erinnerung zu rufen, dass verschiedene Situationen passieren können, die sie weder beeinflussen, noch verhindern kann (vgl. CW4: Z246ff.).

4.3.3. Kategorie 4.3.3.: Arbeitsbelastung

Die Arbeit von *Ciocia Wienia* ist unbezahlt und wird von den Aktivist:innen in ihrer Freizeit oder auf Kosten anderer Verpflichtungen verrichtet. Aktivist:in Nr. 2 schätzt den Arbeitsaufwand für ihre Arbeit im Kollektiv auf mindestens 10 Stunden wöchentlich. Sie selbst hat keine Schwierigkeiten mit ihrer Zeiteinteilung, da sie Teilzeit arbeite. Ihrer Einschätzung nach wäre die aktivistischen Tätigkeit neben einer Vollzeitarbeit schwierig unterzubringen (vgl. CW2: Z587). Dies wird von CW4 bestätigt. Sie selbst arbeitet Vollzeit und hat Schwierigkeiten bei der Zeiteinteilung. Wenn es im Kollektiv viel Arbeit gibt, verschiebt sie ihre entgeltliche Arbeit entweder auf einen späteren Zeitpunkt, oder verrichtet diese in der Nacht (vgl. CW4: Z132ff.).

Einen Großteil der Zeit und Energie der Aktivist:innen Nr. 1 und 3 nehmen E-Mail-Shifts in Anspruch. Wenn die Arbeitsbelastung der Aktivist:innen zu viel wird, und sie Pause brauchen, übergeben sie diese an ihre Kolleg:innen (vgl. CW1: Z20ff.; CW3: Z151ff.). Auf Unterstützung der Kolleg:innen konnten die damals neuen Kollektivmitglieder auch während ihrer allerersten E-Mail-Shifts zählen, die sie als besonders überfordernd beschreiben (vgl. CW1: Z53ff.; CW3: Z430). Laut CW3 ist dies den vielen neuen Eindrücken geschuldet. Sie berichtet aber, dass die anfangs kräftezehrende Arbeit allmählich einfacher zu bewältigen wird, da sich viele Arbeitsabläufe wiederholen (vgl. CW3: Z426ff.).

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Studie zusammengefasst und miteinander verglichen. Die Fragestellung bezog sich auf die Herausforderungen und Lösungsstrategien, denen die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* im Rahmen ihrer aktivistischen Tätigkeit begegnen. Obwohl sich die Tätigkeitsbereiche und Hintergründe der Aktivist:innen voneinander unterscheiden, konnten dennoch einige Ähnlichkeiten hinsichtlich herausfordernder Situationen und Lösungsstrategien beobachtet werden.

5.1. Umgebungsfaktoren

Quantitativ wurden Herausforderungen im Zusammenhang mit Umgebungsfaktoren am seltensten von den befragten Aktivist:innen angegeben.

Medizinisches Fachwissen ist für die Arbeit im Kollektiv in einem gewissen Ausmaß erforderlich. Bevor die Aktivist:innen für die Patient:innen einen Termin in der Abtreibungsklinik ausmachen, holen sie grundlegende Informationen über die Dauer der Schwangerschaft und ihren Gesundheitszustand, bzw. über etwaige Anomalien des Fötus ein. Ein klarer Teil der Agenda der Aktivist:innen ist die Einschätzung, ob ein Schwangerschaftsabbruch mit den medizinischen Gegebenheiten in Österreich möglich ist und zeitgerecht stattfinden kann, oder ob das Risiko einer Verweigerung des Eingriffs hoch ist, und der schwangeren Person ein Abbruch in einem anderen Land empfohlen werden kann. Die Kollektivmitglieder übernehmen damit bewusst viel Verantwortung. Die endgültige Entscheidung nach Wien zu kommen, fasst die schwangere Person. Vor Ort entscheiden die Mediziner:innen anhand einer Ultraschalluntersuchung und dem medizinischen Gespräch, ob der Eingriff durchgeführt werden kann. Aufgrund der Ungewissheit ist die Zeit bis zum ärztlichen Urteil für die Aktivist:innen mit viel Stress verbunden.

Keine der befragten Aktivist:innen besitzt eine medizinische Ausbildung. Um ihr Wissen zu erweitern und eine bessere Risikoeinschätzung und Kompetenz zu erwerben, bilden sich die Aktivist:innen selbstständig im medizinischen Bereich weiter und tauschen sich untereinander über nützliche Informationen aus.

Der Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen stellt auch eine Schwierigkeit für das Kollektiv dar, und hat Auswirkungen auf die Arbeitsweise der Aktivist:innen. Wenn wenige finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, müssen die Kollektivmitglieder Prioritäten bei den Ausgaben setzen. Eine Möglichkeit ist z. B. weniger Geld für Unterkünfte

auszugeben, und stattdessen die Patient:innen bei sich übernachten zu lassen. Diese Lösung ist jedoch nicht optimal, da sie mehr Arbeit für die Aktivist:innen bedeutet.

Versuche, die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche mit den Kliniken zu verhandeln, sind bislang gescheitert. Das Kollektiv akquiriert Spenden über GoFundMe oder über Förderansuchen. Um eine nachhaltige Einnahmequelle zu haben, wägen die Mitglieder von *Ciocia Wienia* die Lösung ab, das Kollektiv in einen Verein umzuwandeln. Damit könnte das finanzielle Problem gelöst werden. Eine Entscheidung steht noch aus, da mit einer Vereinsgründung die 100%ige Autonomie und Anonymität des Kollektivs verloren gehen würden.

Der Mangel an personellen Ressourcen tritt im Kollektiv immer wieder auf. Insbesondere am Anfang des Bestehens von *Ciocia Wienia* überstiegen die Aufgaben der Aktivist:innen ihre personellen und zeitlichen Ressourcen. Durch die Aufnahme neuer Mitglieder ins Kollektiv konnte ein Ausgleich gefunden werden. Seit dem Kriegsausbruch in der Ukraine wurde die Nachfrage von ukrainisch- und russischsprachigen Personen größer. Die Schwierigkeit liegt in der Kommunikation mit diesen Personen, da keines der Kollektivmitglieder diese Sprachen beherrscht. Im Moment greifen die Aktivist:innen auf maschinelle Übersetzungsmaschinen wie Google Translate oder DeepL zurück, jedoch ist das keine nachhaltige Lösung, um mit ukrainisch- und russischsprachigen Personen zu kommunizieren. Um eine qualitätsvolle Kommunikation zu gewährleisten ist es notwendig, ukrainisch- und russischsprachige freiwillige Dolmetscher:innen zu finden, die für Dolmetschereinsätze in den Kliniken zur Verfügung stehen, bzw. soweit finanziell möglich, professionelle Dolmetscher:innen einzustellen.

Die Qualität der Leistung und das Wohlbefinden der Patient:innen steht für die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* an oberster Stelle. Eine der ersten Herausforderungen des Kollektivs war es, seriöse Abtreibungskliniken in Wien zu finden, mit denen die Aktivist:innen zusammenarbeiten können. Basierend auf persönlichen Gesprächen mit dem Personal, wählten die Aktivist:innen ihrer Einschätzung nach die besten Gesundheitseinrichtungen für eine Zusammenarbeit aus. Um für die Zukunft gut vorbereitet zu sein, besuchte eine Person aus dem Kollektiv vor ihrem ersten Einsatz die Klinik mit dem Ziel, das Personal, den Ablauf und die Umgebung kennenzulernen. Sich mit den Settings der Institution vertraut zu machen sollte Teil der Vorbereitung professioneller und ehrenamtlicher Dolmetscher:innen sein, um eine hochqualitative Dolmetschleistung zu erbringen.

Eine wichtige Aufgabe, die das Kollektiv verfolgt, ist politische Arbeit. Durch diese kann es auf Nachteile aufmerksam machen, und bessere Rahmenbedingungen für Patient:innen im Abtreibungskontext erkämpfen. Ein Punkt, der die Aktivist:innen besonders

beschäftigt, ist der erschwerte Zugang zur medikamentösen Abtreibung in Österreich. Hier bestehen Forderungen nach der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, einem niederschweligen Zugang zu Abtreibung, der Kostenübernahme durch den Staat und viel mehr. Um dies zu erreichen, müsste das Kollektiv stärker Druck auf die Politik ausüben. Nicht im Interview erwähnt aber dennoch eine Form der politischen Arbeit, die das Kollektiv ausübt, ist die Zusammenarbeit von *Ciocia Wienia* mit anderen österreichischen Pro-Choice Gruppen im Rahmen von Demonstrationen (vgl. Safe Abortion Day o.J.), oder zum Erstellen von Informationskampagnen (vgl. Abortion in Austria o.J.b) (siehe Kapitel 2.2.3.).

5.2. Zwischenmenschliche Faktoren

Den häufigsten Herausforderungen begegneten die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* in Kommunikationssituationen im medizinischen Setting und der Kommunikation per E-Mail.

Kommunikative Situationen im medizinischen Kontext unterscheiden sich zur Alltagskommunikation darin, dass sie einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Patient:innen haben, und dadurch auch emotionale Faktoren stark mitspielen (vgl. Bechmann 2014: 2f.) (siehe Kapitel 1.2.1.). Schwangerschaftsabbrüche sind ein zeitlich kritischer Eingriff, der sich auf die Emotionen und Kommunikation von sowohl Patient:innen als auch ärztlichem Personal auswirkt.

Eine der Herausforderungen ist es, eine gute Kommunikationsbasis mit nervösen Patient:innen aufzubauen. Hierfür richten sich die Aktivist:innen nach den Bedürfnissen der Patient:innen. Wenn sie merken, dass Bedarf besteht, unterstützen die Aktivist:innen die Patient:innen emotional. Wenn die Patient:innen keine Interaktion eingehen möchten, wird das respektiert.

Das Wohlbefinden der Patient:innen hat einen sehr hohen Stellenwert. Dies lässt sich auch anhand der geschilderten Kommunikationssituationen mit dem medizinischen Personal erkennen. Die Aktivist:innen berichteten von Dolmetschsituationen, in denen sich Mediziner:innen unprofessionelle Art und Weise äußerten. In solchen Fällen wägen die Aktivist:innen ab, ob sich die Aussagen auf die Patient:innen negativ auswirken, oder ihnen Schaden zufügen könnten. Je nach Einschätzung wenden die Aktivist:innen unterschiedliche (Dolmetsch-) Strategien an: die Aussage nicht dolmetschen, etwas von sich aus dazusagen, nicht wörtlich, sondern umschreibend dolmetschen. Um Konfliktsituationen in Zukunft zu meiden, versuchte das Kollektiv zunächst, die Vorfälle mit dem Klinikpersonal zu klären. Nach gescheiterten

Versuchen entschied es sich, keine Termine für Schwangerschaftsabbrüche mehr in dieser Klinik zu buchen.

In der Kommunikation mit Patient:innen per E-Mail liegt die größte Herausforderung, mit bestimmten Kommunikationsstilen umzugehen. Nicht selten bestehen die E-Mail-Nachrichten der Patient:innen aus wenigen Sätzen mit wenig Inhalt, auf die die Aktivist:innen keine geeigneten Antworten formulieren können. Die Kollektivmitglieder vergleichen diese Art von Nachrichten mit SMS- oder Messenger-Chats und empfinden solche Kommunikation als mühsam. Ebenfalls ermüdend sind Konversationen per E-Mail, in denen von den Patient:innen immer wieder dieselben Fragen gestellt werden. Wenn die Kommunikation zu beschwerlich wird, übergeben die Aktivist:innen den Kontakt mit Patient:innen an ein anderes Kollektivmitglied.

Eine andere Herausforderung in der Kommunikation über den elektronischen Verkehr sind die fehlenden nonverbalen Signale. Dadurch gestaltet sich das Finden der richtigen, an die Patient:innen angepasste Ausdrucksweise, schwieriger. Als eine andere herausfordernde Situation wurde die Kommunikation über Dritte erwähnt. Aus Sicherheitsgründen der Patient:innen, wird der Kontakt über Dritte gemieden. Wenn möglich, soll der Kontakt direkt mit der schwangeren Person stattfinden.

Andere Herausforderungen, die zwischenmenschliche Faktoren betreffen, sind die unterschiedlichen Auffassungen der Aktivist:innen-Rolle und unterschiedliche *thought worlds* der Patient:innen oder Abtreibungsgegner:innen.

Aufgrund eines unterschiedlichen Rollenverständnisses der Aktivist:innen kann die Kommunikation schwierig verlaufen. Am häufigsten berichteten die Kollektivmitglieder von Patient:innen, die eine psychologische Unterstützung bewusst oder unbewusst von den Aktivist:innen erwarteten. Das passiert oft, wenn die Aktivist:innen die einzigen Vertrauenspersonen der Patient:innen sind, mit denen sie ihre persönlichen Geschichten teilen. Keines der Kollektivmitglieder fühlt sich jedoch kompetent genug, professionelle psychologische Hilfe anzubieten. Zum Teil hatten die Aktivist:innen Schwierigkeiten, die Grenzen ihrer Unterstützung für sich selbst zu ziehen, oder diese mit den Patient:innen zu kommunizieren. Es passiert auch, dass medizinische Personal ein verfälschtes Rollenbild der Aktivist:innen hat, und diese als verantwortliche Personen für die Patient:in wahrnimmt.

Eine Aktivist:in bezieht die Patient:innen mit in den Organisations- und Entscheidungsprozess hinein mit dem Ziel, eine partnerschaftliche und gleichwertige Beziehung mit ihnen aufzubauen, und sie so zu bestärken.

Eine andere Herausforderung für die Kollektivmitglieder ist die Kommunikation mit Patient:innen mit anderen *thought worlds*. Es kommt öfter vor, dass Patient:innen grundsätzlich gegen Abtreibungen sind, ihre Situation jedoch als Ausnahme sehen, und dennoch einen Schwangerschaftsabbruch durchführen möchten. Unter anderen Umständen würden die Aktivist:innen möglicherweise Diskussionen mit ihnen eingehen, halten sich jedoch meistens zurück. Sie möchten den Patient:innen in der Klinik ein „Safe Space“ bieten, und keinen zusätzlichen emotionalen Stress verursachen.

Abtreibungsgegner:innen, die vor den Kliniken Gebetswachen abhalten, haben zwar nicht direkten Kontakt mit den Aktivist:innen, rufen in ihnen aber gemischte Emotionen aus. Eine Aktivist:in schämt sich vor den Patient:innen, wenn sie an Abtreibungsgegner:innen vorbeigeht, eine andere Aktivist:in würde sie am liebsten konfrontieren, hält sich jedoch zurück, da sie sich nicht in Gefahr begeben möchte.

5.3. Intrapersonelle Faktoren

Einige Aufgaben oder Umstände der aktivistischen Arbeit haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Psyche der Aktivist:innen.

Viele Aktivist:innen berichten von Schwierigkeiten im Umgang mit negativen Emotionen. Selten passiert es, dass Patient:innen nicht zum vereinbarten Termin in der Klinik erscheinen. Eine Person aus dem Kollektiv verspürt in solchen Fällen Wut, da die ganze Energie, die sie in die Koordination hineingesteckt hat, verschwendet geht.

Die häufigste Ursache für emotionale Belastungen der Aktivist:innen sind die persönlichen Schicksale der Patient:innen. Als schwierige Situationen wurden von den Aktivist:innen z. B. fötale Defekte bei gewollten Schwangerschaften, oder junge Patient:innen, die ihre Schwangerschaft vor der Familie geheim halten müssen, genannt.

Zur Bewältigung emotionaler Belastungen gibt es im Kollektiv unterschiedliche Strategien. Die am häufigsten genannte Bewältigungsstrategie war das Gespräch im Kollektiv. Effektiv, aber in letzter Zeit von den Aktivist:innen nicht in Anspruch genommen war auch die professionelle psychologische Supervision. Die Strategien einzelner Aktivist:innen zur Bewältigung emotionaler Belastungen sind Distanz zu den Patient:innen zu bewahren, und keine „Cases“ mehr zu übernehmen, die emotional schwierig zu verarbeiten wären.

Da die Aktivist:innen in einem umstrittenen Bereich arbeiten, ist ihr Sicherheitsrisiko erhöht. Im Gegensatz zu Polen müssen sie keine strafrechtlichen Konsequenzen für die Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch fürchten, jedoch stellen in Österreich rechtskonservative

Gruppen und Abtreibungsgegner:innen eine potenzielle Gefahr für sie dar. Um sich selbst und die Patient:innen zu schützen, nutzen die Kollektivmitglieder sichere und verschlüsselte Kommunikationskanäle und teilen ihre privaten Handynummern nicht mit fremden Personen. In der Öffentlichkeit schützen sie ihre Identität. Ein Risikofaktor, auf den die Aktivist:innen jedoch keinen Einfluss haben ist der medizinische Eingriff in der Klinik. Eventuelle gesundheitliche Konsequenzen verursachen bei einer Person aus dem Kollektiv Ängste, die sie nur durch gutes Zureden minimieren kann.

Neben der emotionalen Belastung wirkt sich auch die Arbeitsbelastung negativ auf einige Aktivist:innen aus. Die aktivistische Arbeit wird unbezahlt in der Freizeit der Kollektivmitglieder verrichtet, doch die Zeiteinteilung gestaltet sich zum Teil schwierig. Da es sich bei Schwangerschaftsabbrüchen um einen zeitkritischen Eingriff handelt, muss eine Person aus dem Kollektiv von Zeit zu Zeit ihre geplanten Termine verschieben, um die aktivistische Arbeit zu erledigen. Eine Aufgabe, die besonders viel Energie in Anspruch nimmt, und zeitweise als Belastung wahrgenommen wird, ist die E-Mail-Shift. Wenn der Arbeitsaufwand die Möglichkeiten der Aktivist:innen übersteigt, können die Aufgaben aber an die Kolleg:innen übergeben werden.

6. Conclusio

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es aufzuzeigen, welchen Herausforderungen Aktivist:innen beim Erbringen translatorischer und extratranslatorischer Dienstleistungen für schwangere Personen gegenüberstehen, die für einen Schwangerschaftsabbruch nach Wien reisen, und welche Lösungsansätze sie hierfür entwickelt haben.

Zu diesem Zweck wurde im ersten Teil der Arbeit eine theoretische Grundlage erstellt, die sich mit den Kernthemen Medizintourismus, Schwangerschaftsabbrüche und Aktivismus auseinandersetzt.

Im ersten Kapitel wurde zunächst der Medizintourismus von anderen Formen medizinischer und touristischer Reisen abgegrenzt. Daraufhin wurde die gesetzliche Lage in Europa zur 2011 in Kraft getreten Patient:innenmobilität erläutert und der Einfluss des Medizintourismus auf den Wirtschaftsmarkt, sowohl weltweit, als auch in Europa, untersucht. Anschließend wurden die Beweggründe für medizintouristische Reisen näher betrachtet. Diese unterscheiden sich je nach geographischer und gesetzlicher Lage. Im Falle von Schwangerschaftsabbrüchen sind die gesetzlichen Regelungen im eigenen Staat ausschlaggebend für medizintouristische Reisen. In diesem Zusammenhang wurden auch die Dienstleistungsketten im Medizintourismus und die Stakeholder:innen näher betrachtet.

Um eine Brücke zum Dolmetschen im Medizintourismus zu bilden, widmete sich ein Kapitel der medizinischen Kommunikation, die sich durch ihren institutionellen Charakter sehr von der Alltagskommunikation unterscheidet. Weiters wurden unterschiedliche medizinische Gesprächsformen und Textsorten näher untersucht. Anschließend wurde auf das Dolmetschen im Medizintourismus eingegangen. In der translationswissenschaftlichen Literatur ist dieses Thema noch unterrepräsentiert. Präsentiert wurde eine der wenigen Studien in dieser Thematik von Iacono (2021), deren Fokus auf den Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscher:innen im Medizintourismus in Deutschland und in Österreich liegt.

Anschließend wurde das zweite Kernthema der Arbeit, Schwangerschaftsabbrüche, näher untersucht. Zuerst wurden die Begriffe Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung und Abtreibungstourismus aus sprachlicher und aktivistischer Sicht erläutert. Einen erheblichen Einfluss auf medizinische Reisen aus Polen in andere europäische Länder hatten die Änderungen des Abtreibungsgesetzes 2020 in Polen. Darauf wurde im Kapitel über die gesetzliche Lage in Polen eingegangen. Zum Vergleich wurde auch die Gesetzeslage in Österreich vorgestellt.

Im letzten Teil des theoretischen Abschnittes wurde das dritte Thema, Aktivismus, sowohl im translationswissenschaftlichen, als auch im Abtreibungskontext beleuchtet. Dafür

wurden zunächst die Zusammenhänge zwischen Non-professional Interpreting and Translation und aktivistischem Dolmetschen vorgestellt, und ein kurzer Überblick über die bekanntesten aktivistischen Translationsgruppen gegeben. Es wurde auch eine Studie präsentiert, die das aktivistische Dolmetschen in medizinischen Settings untersucht (vgl. Aguilar-Solano 2015). Danach wurde das Demand Control Schema von Dean & Pollard (2013) dargestellt, anhand dessen die Herausforderungen (*demands*) und Ressourcen (*controls*) des (aktivistischen) Dolmetschens eruiert werden können. Dieses Schema bildet die Grundlage für die Kategorienbildung im empirischen Teil dieser Masterarbeit. Zum Abschluss des theoretischen Teils wurden die Ursprünge der Pro-Choice-Bewegung erläutert, und ein Überblick über die bekanntesten *abortion networks* und *abortion groups* in Europa sowie des Wiener Kollektivs *Ciocia Wienia*, dessen Aktivist:innen im Rahmen dieser Masterarbeit befragt worden sind, gegeben.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche weisen darauf hin, dass das Thema Dolmetschen im Medizintourismus, insbesondere im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen, unterrepräsentiert ist.

Im zweiten Teil dieser Masterarbeit wurden die Ergebnisse der empirischen Studie vorgestellt. Im Rahmen der Studie wurde eine qualitative Befragung von dreizehn Aktivist:innen des Kollektivs *Ciocia Wienia* durchgeführt. Die Fragestellungen bezogen sich auf den Hintergrund der Aktivist:innen, auf Herausforderungen in ihrer Tätigkeiten bei *Ciocia Wienia* sowie auf Emotionen und auf die Selbstwahrnehmung. Mithilfe des Interviews konnten die Fragestellungen dieser Masterarbeit beantwortet werden.

Im Zuge der Aufbereitung wurden die vier Interviews mit dem höchsten Grad an Themendiversität für die Datenanalyse selektiert. Die Datenauswertung erfolgte nach dem Modell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Aufbauend auf dem DC-S Modell (vgl. Dean & Pollard 2013) wurden vier Hauptkategorien für die Auswertung deduktiv erstellt, und die Unterkategorien durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse hergeleitet. Die Hauptkategorien betreffen die Umgebungsfaktoren, zwischenmenschliche Faktoren und intrapersonelle Faktoren.

Insgesamt zeigte sich, dass die Aktivist:innen sich der Herausforderungen in ihren Tätigkeiten bewusst sind, und an kollektiven Lösungsstrategien arbeiten.

Eine große Verantwortung und Herausforderung zugleich zeigt sich in Situationen, in denen die Aktivist:innen mit ihrem medizinischen Wissen und den Informationen über den Gesundheitszustand der schwangeren Person einschätzen, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Wien möglich wäre, oder ob ein Abbruch in einem anderen Land empfohlen wäre. Um eine

bessere Risikoeinschätzung abgeben zu können, bilden sich die Aktivist:innen selbstständig im medizinischen Bereich weiter und tauschen nützliche Informationen untereinander aus. Einen Teil der Verantwortung übernahmen die Aktivist:innen bewusst bei der Wahl der Abtreibungskliniken, mit denen sie zusammenarbeiten. Um den Patient:innen die beste gesundheitliche Versorgung zu bieten, prüften die Kollektivmitglieder zu Beginn ihrer Tätigkeit einige Kliniken im Hinblick auf die Seriosität und wählten die besten medizinischen Einrichtungen für eine Zusammenarbeit aus.

Ein immer wiederkehrendes Thema sind die Ressourcen im Kollektiv. *Ciocia Wienia* hat keine nachhaltige Einnahmequelle und müsste ihren Fokus laut Aktivist:innen stärker auf Fundraising oder Förderansuchen legen. Ebenfalls besteht erhöhter Bedarf an ukrainisch- oder russischsprachigen freiwilligen Dolmetscher:innen. Der Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen konnte von den Aktivist:innen bisweilen durch Notlösungen wie Sparmaßnahmen oder mit Hilfe von maschinellen Übersetzungsmaschinen überbrückt werden.

Der erschwerte Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Wien, der sich durch die geringe Anzahl an Abtreibungskliniken und verfügbaren Terminen manifestiert, wird von den Kollektivmitgliedern im Rahmen ihrer politischen Arbeit thematisiert. Wie man am Beispiel Polens erkennen kann, kann der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen nicht als selbstverständlich angenommen werden. Dies trifft auch für Österreich zu, da der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch verankert ist. Aus diesem Grund ist auch die politische Arbeit von *Ciocia Wienia* gesellschaftlich relevant.

Herausforderungen zwischenmenschlicher Natur wurden von den Aktivist:innen am häufigsten erwähnt. Mehrere Aktivist:innen berichteten von Konfliktsituationen in einer Abtreibungsklinik, die auf die unprofessionelle Art des medizinischen Personals zurückzuführen war. Die Aktivist:innen sind sich einig, dass Aussagen von Klinikmitarbeiter:innen nicht wörtlich gedolmetscht werden müssen, wenn die schwangere Person dadurch negativ beeinflusst würde. Herausfordernde Kommunikationssituationen werden in der Gruppe analysiert, und ein Lösungsweg gefunden. Aufgrund wiederholt auftretender Probleme in der Klinik wurde die Zusammenarbeit beendet.

Darüber hinaus birgt die Kommunikation per E-Mail mit schwangeren Personen oft Schwierigkeiten vielfältiger Natur. Einerseits berichten Aktivist:innen von einem Kommunikationsstil verglichen mit SMS oder Messenger, andererseits von Verständnisschwierigkeiten. Wenn das Kommunizieren mit den betroffenen Patient:innen für die Aktivist:innen zur Belastung wird, bitten sie ihre Kolleg:innen aus dem Kollektiv, die Konversation weiter zu führen.

Auch die fehlenden nonverbalen Signale und die Unsicherheit, ob der E-Mail-Verkehr auch tatsächlich mit der Patient:in stattfindet, stellt eine Herausforderung dar.

Die Aktivist:innen werden von Patient:innen mit unterschiedlichen Rollenbildern konfrontiert. Oft werden sie beispielsweise als Vertrauenspersonen betrachtet. Dabei besteht die Schwierigkeit für die Aktivist:innen insbesondere darin, ihre (Kompetenz-)Grenzen aufzuzeigen und einzuhalten.

Überraschend ist die Tatsache, dass auch Abtreibungsgegner:innen Schwangerschaftsabbrüche durchführen und offen über ihre Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen sprechen. Auch wenn die Aktivist:innen anderer Meinung sind, gehen sie keine Diskussionen ein, sondern versuchen allenfalls die Situation zu entschärfen.

Schließlich berichteten die Aktivist:innen von intrapersonellen Herausforderungen. Alle Aktivist:innen erlebten zumindest einmal während ihrer aktivistischen Tätigkeit starke emotionale Belastung. Diese hänge zumeist mit den persönlichen Schicksalen der Patient:innen zusammen, und ist keine Seltenheit bei Dolmetscher:innen im Gesundheitsbereich. Eine kollektive Bewältigungsstrategie für emotionale Belastungen sind Gruppengespräche. Der Zusammenhalt der Gruppe ist auch bei Arbeitsbelastung Teil der Lösung. Wenn ein Kollektivmitglied Pause von der aktivistischen Tätigkeit braucht, kann es die Arbeit an eine andere Person aus dem Kollektiv übergeben.

Zuletzt wurden auch diverse Risiken der Arbeit im Rahmen des Kollektivs thematisiert. Da die Aktivist:innen Anfeindungen von einigen Personengruppen fürchten, halten sie ihre Identität und Daten geheim. Das erschwert zum Teil die Kommunikation, ist jedoch ein wichtiger Faktor, um die aktivistische Arbeit weiterhin in Sicherheit verrichten zu können.

Alles in allem zeigt sich, dass die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* eine große Bandbreite an Aufgaben übernehmen, und das Dolmetschen nur einen kleinen Teil davon ausmacht. Dennoch ist der Großteil der Herausforderungen, denen sie begegnen, auf kommunikative Situationen zurückzuführen. Die Kollektivmitglieder sind im ständigen Austausch untereinander und versuchen so, Lösungsstrategien für unterschiedlichste Herausforderungen gemeinsam zu erarbeiten.

Viele oben genannten Herausforderungen, denen die Aktivist:innen gegenüberstellen, ließen sich durch politische Maßnahmen und finanzielle Förderungen lösen. Weiterführende Forschung im Bereich des aktivistischen und medizinischen Dolmetschens könnte zudem das Verständnis der Kommunikationssituationen im Abtreibungskontext fördern, und zu neuen Erkenntnissen beitragen.

Bibliographie

- Abortion in Austria (o.J.a). Methoden und Kosten. <https://abortion-in-austria.at/de/methoden-und-kosten/> (Stand: 23.07.2023).
- Abortion in Austria (o.J.b) Information und Unterstützung für Menschen, die eine Abtreibung benötigen. <https://abortion-in-austria.at/de/start/> (Stand: 23.07.2023).
- Abucewicz, Urszula (2021). Aborcja może być pierwszym tematem, który podzieli opozycję. "Nie będziemy stawiać nikogo pod ścianą". <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,189571,30311728,czy-podejscie-do-aborcji-podzieli-zwyciezcow-kosiniak-kamysz.html> (Stand: 17.10.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.a). O ADT. <https://aborcyjnydreamteam.pl/o-nas/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.b). 101 faktów o aborcji. <https://aborcyjnydreamteam.pl/aborcja-fakty-101-faktow/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.c). Aborcja farmakologiczna. <https://aborcyjnydreamteam.pl/aborcja-w-domu/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.d). Aborcja za granicą. <https://aborcyjnydreamteam.pl/aborcja-za-granica/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.e) "Miałam aborcję" - wasze historie. <https://aborcyjnydreamteam.pl/mialam-aborcje/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.f). Aktualności. <https://aborcyjnydreamteam.pl/aktualnosci/> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team [aborcyjnydream] (o.J.g). Aborcyjny Dream Team. [Instagram-Profil] <https://www.instagram.com/aborcyjnydream/?hl=de> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (o.J.h). Aborcyjny Dream Team. [Facebook-Profil] https://www.facebook.com/aborcyjnydreamteam/?locale=pl_PL (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team [aborcyjnydreamteam] (o.J.i). ADT. [Tik Tok-Profil] <https://www.tiktok.com/@aborcyjnydreamteam> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team [aborcyjnydream] (o.J.j). ADT. [Twitter-Profil] <https://twitter.com/aborcyjnydream> (Stand: 23.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (2022a). Działaczka Aborcyjnego Dream Teamu stanie przed sądem za pomoc w aborcji. W tle historia przemocy domowej. <https://aborcyjnydreamteam.pl/dzialaczka-aborcyjnego-dream-teamu-stanie-przed-sadem-za-pomoc-w-aborcji-w-tle-historia-przemocy-domowej/> (Stand: 22.07.2023).

- ADT – Aborcyjny Dream Team (2022b). Zrobiłabym jak Justyna! <https://aborcyjnydreamteam.pl/jak-justyna/> (Stand: 22.07.2023).
- ADT – Aborcyjny Dream Team (2022c). Aborcja bez Granic: najnowsze dane 2021-2022. <https://aborcyjnydreamteam.pl/aborcja-bez-granic-najnowsze-dane-z-2021-2022/> (Stand: 23.07.2023).
- Aguilar-Solano, Maria (2015). Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: a study on interpreters' personal narratives. *The international journal of translation and interpreting research* 7 (3), 132–148.
- Amnesty International (2018). LEGALISIERUNG VON SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IST EIN GROSSER SCHRITT VORWÄRTS. <https://www.amnesty.ch/de/laender/europa-zentralasien/irland/dok/2018/legalisierung-schwangerschaftsabbruch-schritt-vorwaerts> (Stand: 23.07.2023).
- ANA – Abortion Network Amsterdam (o.J.a). Mission. https://abortionnetwork.amsterdam/?page_id=35 (Stand: 23.07.2023).
- ANA – Abortion Network Amsterdam (o.J.b). Need an abortion? https://abortionnetwork.amsterdam/?page_id=8 (Stand: 23.07.2023).
- ANA – Abortion Network Amsterdam (o.J.c). Important information. https://abortionnetwork.amsterdam/?page_id=565 (Stand: 23.07.2023).
- ANA – Abortion Network Amsterdam (o.J.d). <https://abortionnetwork.amsterdam/> (Stand: 23.07.2023).
- Angelelli, Claudia (2015). *Study on public service translation in cross-border healthcare*. Luxembourg: Publications Office.
- Angelelli, Claudia (2019). *Healthcare interpreting explained*. London/New York: Routledge.
- Anonyme Geburt (o.J.). Anonyme Geburten in Europa. <https://anonymegeburt.at/anogeb-eur-map/> (Stand: 23.07.2023).
- Antonini, Rachele & Cirillo, Letizia & Rossato, Linda & Torresi Ira (2017). Introducing NPIT studies. In: Gambier, Yvez & Pöchhacker, Franz. (eds.) *Non-professional Interpreting and Translation*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1–26
- Antonini, Rachele (2021). Non-professional translators and interpreters. In: Gambier, Yves & van Doorslaer, Luc (eds.) *Handbook of translation studies. Volume 5*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Pub. Co, 171–176.
- APA-OTS (2009). Mifegyne-Zulassung in Italien: GynäkologInnen begrüßen diesen Schritt. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20090731_OTS0122/mifegyne-zulassung-in-italien-gynaekologinnen-begruessen-diesen-schritt (Stand: 21.07.2023).

- arznei-telegramm (1991). HINDERNISSE FÜR ERPROBUNG VON RU 486 (MIFEPRISTON [MIFEGYN]) ÜBERWINDBAR. https://www.arznei-telegramm.de/html/1991_12/9112110_01.html (Stand: 21.07.2023).
- ASN – Abortion Support Network (o.J.a). About ASN. <https://www.asn.org.uk/about/> (Stand: 23.07.2023).
- ASN – Abortion Support Network (o.J.b). Get Help. <https://www.asn.org.uk/get-help/> (Stand: 23.07.2023).
- ASN – Abortion Support Network (o.J.c). Get Help – I’m in Poland. <https://www.asn.org.uk/poland/> (Stand: 23.07.2023).
- Aunty Jane (o.J.). Home. <https://www.auntyjane.org/> (Stand: 23.07.2023).
- AusPrinzip (o.J.). #AusPrinzip Veranstaltungen besuchen. <https://www.ausprinzip.at/veranstaltungen> (Stand: 11.10.2023).
- AWB – Abortion Without Borders (o.J.). Abortion Without Borders. <https://abortion.eu/> (Stand: 23.07.2023).
- Baker, Mona (2013). Translation as an Alternative Space for Political Action. *Social Movement Studies* 12 (1), 23–47.
- Bartłomiejczyk, Magdalena & Pöllabauer, Sonja (2022). COMMUNICATION NEEDS IN CIRCUMVENTION MEDICAL TOURISM: MULTILINGUAL WEBSITES OF ABORTION CLINICS. *Linguistica Silesiana* 43, 237–256.
- Bayer, Florian (2021). Die „Wiener Tanten“ helfen beim Schwangerschaftsabbruch. <https://fm4.orf.at/stories/3013391/> (Stand: 23.07.2023).
- Bechmann, Sascha (2014). *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Bennhold, Katrin & Pronczuk, Monika (2022). Poland Shows the Risks for Women When Abortion Is Banned. <https://www.nytimes.com/2022/06/12/world/europe/poland-abortion-ban.html> (Stand: 06.05.2023).
- Berg, Waldemar (2008). *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Białk-Wolf, Anna & Kirsch, Frank-Michael (2017). Fremdsprachliche Anforderungen und interkulturelle Erfahrungen bei der Behandlung ausländischer Patienten. In: Kirsch, Franz-Michael & Juszczak, Jens. (Hg.) *Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 71–113.
- Boéri, Julie (2020). Activism. In: Baker, Mona & Saldanha, Gabriela. (eds.) *Routledge Encyclopedia of Translation Studies. Third Edition*. London/New York: Routledge, 1–5.

- Boscher, Leonore (2017). Patientenvermittler – Chance und Risiko. In: Kirsch, Franz-Michael & Juszczak, Jens. (Hg.) *Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 114–131.
- Botterill, David & Guido Pennings & Tomas Mainil (eds.) (2013). *Medical tourism and transnational health care*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bühning, Kristin & Meyer, Bernd (2015). Ärztliche Gespräche mit MigrantInnen. In: Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas. (Hg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/München/Boston: DE GRUYTER, 300–316.
- Butow, Phyllis N. & Sze, Ming & Eisenbruch, Maurice & Bell, Melaine L. & Aldridge, Lynley J. & Abdo, Sarah & Tanious, Michelle & Dong, Skye & Iedema, Rick & Vardy, Janette & Hui, Rina & Boyle, Francis & Liauw, Winston & Goldstein, David (2013). Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients. *Patient Education and Counseling* 92 (2), 246–252.
- Center for Reproductive Rights (o.J.a). After Roe Fell: Abortion Laws by State. <https://reproductiverights.org/maps/abortion-laws-by-state/> (Stand: 17.10.2023).
- Center for Reproductive Rights (o.J.b). The World's Abortion Laws. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (Stand: 02.08.2023).
- Center for Reproductive Rights (2022). European Abortion Laws. A Comparative Overview. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/10/15381_CRR_Europe_October_2022.pdf (Stand: 21.07.2023).
- CHANGES for women & Ciocia Wienia & Pro Choice Austria & Vemina (2023). Gemeinsames Statement von CHANGES for women, Ciocia Wienia, Pro Choice Austria und Vemina anlässlich der Schließung des pro:woman Ambulatoriums. <https://www.pro-choiceaustria.at/wp-content/uploads/2023/03/Statement-prowoman-Schliessung-deen.pdf> (Stand: 22.07.2023).
- Chrzczonowicz, Magdalena (2021). Po wyroku TK z pomocy inicjatywy Aborcja Bez Granic skorzystało 17 tys. Osób. <https://oko.press/od-wyroku-tk-z-pomocy-aborcyjnego-dream-teamu-skorzystalo-17-tys-osob> (Stand: 22.07.2023).
- Chrzczonowicz, Magdalena (2023a). Koniec procesu Justyny Wydrzyńskiej. Sąd uznał ją winną "pomocnictwa w aborcji". <https://oko.press/koniec-procesu-justyny-wydrzynskiej-sad-uznal-ja-winna-pomocnictwa-w-aborcji> (Stand: 22.07.2023).

- Chrzczonowicz, Magdalena (2023b). Mowa końcowa Wydrzyńskiej: Jestem niewinna. Państwo jest winne – zawiodło mnie, Annę i miliony kobiet. <https://oko.press/mowa-koncowa-wydrzynskiej-jestem-niewinna-panstwo-jest-winne> (Stand: 22.07.2023).
- Ciocia Czesia (o.J.). O nas. <https://ciociaczesia.pl/onas/> (Stand: 23.07.2023).
- Ciocia Wienia (o.J.a). Ciocia Wienia aus Wien. <https://ciociawienia.net/de#about> (Stand: 23.07.2023).
- Ciocia Wienia [ciociawienia] (o.J.b). Ciocia Wienia. [Instagram-Profil] <https://www.instagram.com/ciociawienia/?hl=de> (Stand: 23.07.2023).
- Ciocia Wienia (o.J.c). Ciocia Wienia. [Facebook-Profil] https://www.facebook.com/ciociawienia/?locale=de_DE (Stand: 23.07.2023).
- Cohen, Glenn (2012). Circumvention tourism. *Cornell Law Review* 97 (6), 1309–1398.
- Cohen, Glenn (2014). *Patients with Passports*. New York: Oxford University Press.
- Connell, John (2011). *Medical Tourism*. Wallingford: CABI.
- Connell, John (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science and Medicine* 124, 398–401
- Crezee, Ineke (2013): Introduction to healthcare for interpreters and translators. *The international journal of translation and interpreting research* 7 (2), 98
- De Zordo, Silvia & Mishtal, Joanna & Zanini, Giulia & Gerdt, Caitlin (2023). “The first difficulty is time”: The impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe. *Social Science & Medicine* 321, 115760
- Dean, Robyn K. & Pollard, Robert Q. Jr. 2013. *The Demand Control Schema: Interpreting as a practice profession*. North Charleston: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Der Standard (2019). Studierende üben in Papaya-Workshops den Schwangerschaftsabbruch. <https://www.derstandard.at/story/2000106898301/studierende-ueben-in-papaya-workshops-den-schwangerschaftsabbruch> (Stand: 11.10.2023).
- Diehl, Sarah (2018). TANTE BARBARA HILFT POLINNEN. <https://www.emma.de/artikel/tante-barbara-hilft-polinnen-336041> (Stand: 23.07.2023).
- DMWV – Deutscher Medical Wellness Verband (o.J.). Deutscher Medical Wellness Verband. <https://www.dmwv.de/> (Stand: 18.07.2023).
- Doctors for Choice Germany e.V. (o.J.). Schwangerschaftsabbruch oder Abtreibung? <https://doctorsforchoice.de/ueber/begriffe/abbruch-abtreibung/> (Stand: 20.07.23).
- DUDEN (o.J.). Medizin. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Medizin> (Stand: 17.07.2023).

- Dziennik Gazeta Prawna (2020). Komendant Główny Policji o protestach: zatrzymano blisko 80 osób; prowadzonych jest ponad 100 postępowań ws. dewastacji.
<https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1494857,komendant-glowny-policji-o-protestach-zatrzymano-blisko-80-osob-prowadzonych-jest-ponad-100-postepowan-ws-dewastacji.html> (Stand: 23.07.2023).
- Eisele, Ines (2023). Abtreibung: Die USA ein Jahr nach dem Ende von Roe v. Wade.
<https://www.dw.com/de/abtreibung-die-usa-ein-jahr-nach-dem-ende-von-roe-v-wade/a-66005435> (Stand: 18.10.2023).
- Entscheidung 1999/34/EG. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1999:009:0023:0047:DE:PDF> (Stand: 17.07.2023).
- ESCAP (2009). Medical Travel in Asia and the Pacific. Challenges and Opportunities.
<https://de.scribd.com/document/158181361/ESCAP-2009-Medical-Travel-in-Asia-and-the-Pacific-Challenges-and-Opportunities#> (Stand: 17.07.23).
- Europäische Kommission (2015). Special Eurobarometer 425: Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union. Report, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the European Commission, Directorate-General for Health and Consumers (SANCO), <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2034> (Stand: 19.07.2023).
- Facebook (o.J.) #jakJustyna. [Hashtag] <https://www.facebook.com/hashtag/jakjustyna/> (Stand: 22.07.2023).
- Faúndes, Anibal & Shah, Iqbal H. (2015). Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131, 56–59.
- FEDERA (2023a). POTRZEBUJĘ ABORCJI – PORADNIK. <https://federa.org.pl/aborcja-poradnik/> (Stand: 21.07.2023).
- FEDERA (2023b). DWA LATA OD WEJŚCIA W ŻYCIE WYROKU TK: PEŁEN DOSTĘP DO ABORCJI POTRZEBNY NATYCHMIAST. <https://federa.org.pl/dwa-lata-po-wyroku-tk/> (Stand: 21.07.23).
- FEDERA (2023c). KOMENTARZ DO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI USTAWY O PLANOWANIU RODZINY, OCHRONIE PŁODU LUDZKIEGO I WARUNKACH DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY. <https://federa.org.pl/komentarz-do-sprawozdania-z-ustawy-2022/> (Stand: 21.07.2023).
- Fiala, Christian (2011) "Abtreibungstourismus" in Europa: Unfreiwillige Reisen für eine medizinische Grundversorgung. *Pro Familia Magazin* 39 (3), 10–12.
- Fonds Soziales Wien (o.J.) Finanzielle Unterstützung bei Schwangerschaftsabbruch, Fachzentrum Soziale Leistungen - MA 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht.

- [https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100594#:~:text=Die%20MA%2040%20%C3%BCbernimmt%20die,in%20%C3%96sterreich%20aufhalten%20\(ausgenommen%20Asylwerberinnen\)](https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100594#:~:text=Die%20MA%2040%20%C3%BCbernimmt%20die,in%20%C3%96sterreich%20aufhalten%20(ausgenommen%20Asylwerberinnen)) (Stand: 23.07.2023).
- Freitag, Barbara (2016). Kommet zu uns, ihr Leidenden dieser Welt! <https://www.falter.at/heureka/20161027/kommet-zu-uns-ihr-leidenden-dieser-welt/92e4f22cb3> (Stand: 02.08.2023).
- Gesetz über die Familienplanung, den Schutz des menschlichen Fötus und die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch, Dz. U. 1993 Nr 17 poz. 78 idF Dz. U. z 2022 r. poz. 1575. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930170078/U/D19930078Lj.pdf> (Stand: 21.07.2023).
- Gesundheit.gv.at (o.J.a). Frühgeburt. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsvorbereitung/fruehgeburt.html> (Stand: 21.07.2023)
- Gesundheit.gv.at (o.J.b). Schwangerschaftsabbruch. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/info/schwangerschaftsabbruch.html> (Stand: 21.07.2023).
- Głuszak, Katarzyna (2023). Nie tylko Iza z Pszczyny i Dorota z Nowego Targu. Lista ofiar przepisów antyaborcyjnych rośnie. <https://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/nie-tylko-iza-z-pszczyny-i-dorota-z-nowego-targu-lista-ofiar-przepisow-antyaborcyjnych-rośnie-aa-dkE1-xkUh-XZUh.html> (Stand: 17.10.2023).
- Gmiterek-Zabłocka, Anna (2022). Podziemie aborcyjne: zabiegi w nielegalnych klinikach to już przeszłość, dziś walka toczy się o pigułki. <https://notesfrompoland.com/2022/06/13/podziemie-aborcyjne-zbiegi-w-nielegalnych-klinikach-to-juz-przeszlosc-dzis-walka-toczy-sie-o-pigulki/> (Stand: 22.07.2023).
- Hagen, Lara & Retter, Maria (2023). Zugang zu Abtreibungen in Vorarlberg langfristig abgesichert. <https://www.derstandard.at/story/2000143086312/zugang-zu-abtreibungen-in-vorarlberg-langfristig-abgesichert> (Stand: 22.07.2023).
- Hall, C. Michael (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review* 66 (1), 4–15.
- Helfferrich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Hug, Theo & Poscheschnik, Gerald (2015). *Empirisch forschen: Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Stuttgart: UTB.

- Iacono, Katia (2019). *Dolmetschen im Medizintourismus in Deutschland und Österreich. Anforderungen und Erwartungen an die DolmetscherInnen*. Dissertation, Universität Wien.
- Iacono, Katia (2021). *Dolmetschen im Medizintourismus. Anforderungen und Erwartungen an DolmetscherInnen in Deutschland und Österreich*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Illing, Kai-Torsten (2009). *Gesundheitstourismus und Spa-Management*. München: Oldenbourg.
- Instagram (o.J.) #jakjustyna. [Hashtag] <https://www.instagram.com/explore/tags/jakjustyna/top/> (Stand: 22.07.2023).
- Januszewska, Paulina (2020). Kiedy matka Polska zawodzi, na ratunek spieszą ciocie z zagranicy. <https://krytykapolityczna.pl/kraj/ciocia-czesia-basia-wienia-aborcja/> (Stand: 23.07.2023).
- Jurszo, Robert (2020). 80 miast w Polsce, 20 na świecie. Strajk Kobiet się nie zatrzymuje. Gdzie odbywają się protesty? <https://oko.press/80-miast-w-polsce-20-na-swiecie-strajk-kobiet-sie-nie-zatrzymuje-gdzie-odbywaja-sie-protesty> (Stand: 21.07.2023).
- Juszczak, Jens (2017). Russische Patienten in deutschen Kliniken: Erfahrungen und Herausforderungen. In: Kirsch, Franz-Michael & Juszczak, Jens. (Hg.) *Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 36–70.
- Karasek, Robert A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative science quarterly* 24 (2), 285–308.
- Kastein, Julia (2022) Nach umstrittenem Urteil: Abtreibungstourismus in den USA. <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/abtreibungstourismus-in-den-usa-nach-umstrittenen-urteil,THPFCx0> (Stand: 20.07.23).
- Kirsch, Frank-Michael (2017). Warum Medizintourismus? In: Kirsch, Franz-Michael & Juszczak, Jens. (Hg.) *Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache 7–35.
- Kletečka-Pulker, Maria (2013). Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin, Lukas & Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich H. J. (Hg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verl. Österreich, 45–70.

- Kolbeck, Cornelia (2018). Medizintourismus: Die Suche nach dem spendablen Scheich. <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/medizintourismus-die-suche-nach-dem-spendablen-scheich> (Stand: 18.07.2023).
- Köpl, Regina (2001). State Feminism and Policy Debates on Abortion in Austria. In: McBride Stetson, Dorothy. (ed.) *Abortion Politics, Women's Movements, and the Democratic State: A Comparative Study of State Feminism*. Oxford: Oxford University Press, 17–38.
- Korpal, Paweł, and Christopher D. Mellinger (2022). Self-care Strategies of Professional Community Interpreters. An Interview-based Study. *Translation, Cognition & Behavior* 5 (2), 275–299.
- Krozlik-Matthei, Katja (2019) Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/290793/abtreibungen-in-der-debatte-in-deutschland-und-europa/> (Stand: 20.07.23).
- Lampert, Anna Maria (2023). CHANGES for women. Eine Privatinitiative füllt Lücken im Gesundheitssystem. *Juridikum: die Zeitschrift für Kritik – Recht – Gesellschaft* 2, 246–249.
- Leitner, Katharina (2013). „Tschuschen-Ordi“ oder „Vorzeigepaxis“? Dolmetschen im niedergelassenen ärztlichen Bereich. In: Kaelin, Lukas & Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich H. J. (Hg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verl. Österreich, 135–154.
- Lunt, Neil & Carrera, Percivil (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 66 (1), 27–32.
- Marsch für'n Arsch (o.J.). Home. <https://marschfuernarsch.noblogs.org/> (Stand: 23.07.2023).
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Menz, Florian (2015). Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas. (Hg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/München/Boston: DE GRUYTER, 75–92.
- MTA – Medical Tourism Association (o.J.). Medical Tourism Association. <https://www.medicaltourismassociation.com/> (Stand: 18.07.2023).
- Nowak, Marta (2021). *Ciocia Wienia: Pomagamy Polkom przy aborcji i anonimowym porodzie w Wiedniu*. <https://oko.press/pomagamy-polkom-przy-aborcji-i-porodzie-w-austrii> (Stand: 23.07.2023).

- Oesterreich.gv.at (o.J.). Schwangerschaftsabbruch. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/frauen/schwangerschaftsabbruch.html> (Stand: 23.07.2023).
- ÖGF – Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (o.J.). Schwangerschaftsabbruch. <https://oegf.at/schwangerschaftsabbruch/> (Stand: 22.07.2023).
- Operation Karriere (2018). „Die Welt zu Gast in deutschen Kliniken“ <https://www.operationkarriere.de/karriereweg/von-beruf-arzt/die-welt-zu-gast-in-deutschen-kliniken.html> (Stand: 18.07.2023).
- Ordo Iuris (2022). Kolejna rozprawa przeciwko Justynie Wydrzyńskiej. Świadkowie ponownie się nie stawili. <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/kolejna-rozprawa-przeciwko-justynie-wydrzynskiej-swiadkowie-ponownie-sie-nie-stawili> (Stand: 22.07.2023).
- Ormond, Meghann (2015). Solidarity by demand? Exit and voice in international medical travel – the case of Indonesia. *Social Science & Medicine* 124, 305–312.
- PBB – Patients Beyond Borders (o.J.). Patients Beyond Borders. <https://www.patientsbeyondborders.com/> (Stand: 18.07.2023).
- Planned Parenthood (2021). What are Crisis Pregnancy Centers? <https://www.plannedparenthood.org/blog/what-are-crisis-pregnancy-centers> (Stand: 12.10.2023).
- Ploier, Monika (2012). Zuweisung gegen Entgelt. *Journal für Hypertonie – Austrian Journal of Hypertension* 16 (3), 36–37.
- plStGB – Polnisches Strafgesetzbuch, Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 idF Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339, 2600, z 2023 r. poz. 289, 403, 818, 852. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970880553/U/D19970553Lj.pdf> (Stand: 21.07.2023).
- Pöchhacker, Franz (2013). Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht In: Kaelin, Lukas & Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich H. J. (Hg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verl. Österreich, 103–117.
- Pöchhacker, Franz (2015). User expectations. In: Pöchhacker, Franz. (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 430–432.
- Pro Choice Austria (o.J.). Forderungen. <https://www.prochoiceaustria.at/> (Stand: 23.07.2023).
- Quast, Ellen Marie-Louise (2009). *Das Geschäft mit der Gesundheit: Analyse des medizintouristischen Angebots für den Quellmarkt Deutschland*. Hamburg: Diplomica Verlag.

- Reisewitz, Julian (2015). *Rechtsfragen des Medizintourismus: Internationale Zuständigkeit und anwendbares Recht bei Klagen des im Ausland behandelten Patienten wegen eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Reiter, Paulina (2023). Aktywistka oskarżona o pomoc w aborcji: "Nie żałuję. Ta kobieta była w strasznej sytuacji". <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,182090,28270066,aktywistka-oskarzona-o-pomoc-w-aborcji-nie-zaluje-ta-kobieta.html> (Stand: 22.07.2023).
- Risku, Hanna (1998). *Translatorische Kompetenz: Kognitive Grundlagen des Übersetzens als Expertentätigkeit*. Tübingen: Stauffenburg.
- RICHTLINIE 2011/24/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES (2011). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DE:PDF> (Stand: 17.07.2023).
- RL 2011/24/EU (2022). Studie zur Unterstützung der Evaluierung der Richtlinie 2011/24/EU zur Gewährleistung der Patientenrechte in der EU in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/98cda01d-d4be-11ec-a95f-01aa75ed71a1/language-de/format-PDF/source-289615009> (Stand: 18.07.2023).
- Rulle, Monika (2005). Der europäische Gesundheitstourismus im Kontext veränderter Rahmenbedingungen. *Spektrum Freizeit: Forum für Wissenschaft, Politik & Praxis* 27, 130–142.
- SAFE (o.J.). About. <https://www.supportingabortions.eu/about-us> (Stand: 23.07.2023).
- Safe Abortion Day (o.J.). Safe Abortion Day. <https://www.safeabortionday.at/> (Stand: 13.10.2023).
- Schlintl, Johanna (2023). „Eine Frist, keine Lösung“. Abtreibung in Recht und Praxis in Österreich und die reproduktiven Rechte von Schwangeren. Eine Bestandsaufnahme. *Juridikum: die Zeitschrift für Kritik – Recht – Gesellschaft* 2, 235–245.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/75710091486B2822C12588EF0034990C/%24File/2758.pdf> (Stand: 21.07.2023).
- Sethna, Christabelle (2011). All Aboard? Canadian Women's Abortion Tourism, 1960–1980. In: Krasnick Warsh, Cheryl. (ed.) *Gender, Health, and Popular Culture: Historical Perspectives*. Waterloo, Ont.: Wilfrid Laurier University Press, 89–108.

- Sethna, Christabelle & Davis, Gayle (Hg.) (2019). *Abortion across borders: transnational travel and access to abortion services*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Setton & Prunč (2015). Ethics. In: Pöchhacker, Franz. (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 144–148.
- Sophie (2021). Die polnischen Aktivist*innen von *Ciocia Wienia* im Interview: radikale Unterstützung bei Abtreibungen in Österreich. <http://purpurr.at/ciocia-wienia/> (Stand: 23.07.2023).
- Staggenborg, Suzanne (1991). *The Pro-Choice Movement: Organization and Activism in the Abortion Conflict*. New York: Oxford University Press.
- StGB, BGBl 60/1974 idF BGBl I 223/2022.
- Strzyżyńska, Agnieszka (2023). Polish court convicts activist for helping woman get abortion pills. <https://www.theguardian.com/global-development/2023/mar/14/polish-court-convicts-activist-for-helping-woman-get-abortion-pills> (Stand: 22.07.2023).
- Szcześniak, Agata (2020). „Boję się żyć w Polsce”, „Nasza godność, wasza podłość”. Tak protestuje Polska. <https://oko.press/tak-protestuje-polska> (Stand: 21.07.2023).
- Szcześniak, Małgorzata (2021). W Polsce aborcja jest praktycznie niedostępna. A u naszych sąsiadów? <https://www.medonet.pl/zdrowie,w-polsce-aborcja-jest-praktycznie-niedostepna--a-u-naszyc-sasiadow-,artykul,86764859.html> (Stand: 17.10.2023).
- von Hein, Matthias (2018). „Riesengeschäft Medizintourismus“ <https://www.dw.com/de/das-riesengesch%C3%A4ft-mit-dem-medizintourismus-in-deutschland/a-42114866> (Stand: 18.07.2023).
- Valero Garcés, Carmen (2015). The Impact of Emotional and Psychological Factors on Public Service Interpreters: Preliminary Studies. *Translation & Interpreting* 7 (3), 90–102.
- Vessel the film (o.J.). Home. <https://vesselthefilm.com/> (Stand: 23.07.2023).
- Wantuch, Dominika & Pitoń, Angelika & Starmach, Piotr (2023). Sprawa śmierci 33-letniej ciężarnej Doroty. Szpital, w którym kobieta zmarła, ma relikwie Jana Pawła II i nie wykonuje aborcji. <https://zakopane.wyborcza.pl/zakopane/7,179294,29846610,sprawa-smierci-33-letniej-ciezarnej-doroty-szpital-w-ktorym.html> (Stand: 21.07.2023).
- Weinreich, Cornelia (2015). Fachinterne und fachexterne Textsorten in der Medizin. In: Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas. (Hg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/München/Boston: DE GRUYTER, 398–404.
- Wężyk, Katarzyna (2021). *Aborcja jest*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.

- Whittaker, Andrea & Chee, Heng Leng (2015). Perceptions of an ‘international hospital’ in Thailand by medical travel patients: Cross-cultural tensions in a transnational space. *Social science & medicine* 124, 290–297.
- WHO – World Health Organization (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de (Stand: 17.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.a). (Polska) Kobiety w Sieci. <https://womenhelp.org/pl/page/409/poland-kobiety-w-sieci> (Stand: 23.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.b). EUROPA. <https://womenhelp.org/pl/page/384/europa> (Stand: 23.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.c). kim jesteśmy. <https://womenhelp.org/pl/page/346/kim-jeste%C5%9Bmy> (Stand: 23.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.d). Home. <https://womenhelp.org/> (Stand: 23.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.e). networks. <https://womenhelp.org/en/page/742/networks> (Stand: 23.07.2023).
- WHW – Women Help Women (o.J.f). These organizations, collectives and individuals partner with Women Help Women. <https://womenhelp.org/en/page/349/these-organizations-collectives-and-individuals-partner-with-women> (Stand: 23.07.2023).
- WoW – Women on Web (o.J.). Who We Are. <https://www.womenonweb.org/en/page/521/who-we-are> (Stand: 23.07.2023).

Anhang – Interviewleitfaden

Einstieg in das Gespräch

Sich bedanken; Erklärung zur Einverständniserklärung; Hinweis auf Anonymität

Fragen

Thema: Hintergrund der Interviewpartner:innen

- Welche Sprachen sprechen Sie? Woher beherrschen Sie diese Sprachen? Welche ist Ihre Muttersprache?
- Wie lange arbeiten Sie schon für CW?
- Wie würden Sie Ihre Aufgaben und Aktivitäten bei CW beschreiben? Spielt Dolmetschtätigkeit eine große Rolle dabei?
- Wie viele Klient:innen haben Sie betreut bzw. betreuen Sie normalerweise?
- Wie lange dauern Ihre Einsätze normalerweise?
- Haben Sie eine Ausbildung im Dolmetschen und/oder eine spezielle Schulung für Ihre Tätigkeit bei der Gruppe oder bei der Klinik?
- Haben Sie in Ihrer Ausbildung oder Berufserfahrung Fähigkeiten erworben, die Sie in Ihrer Tätigkeit bei CW brauchen?
- Was hat Sie motiviert, bei CW aktiv zu werden?
- Wie/auf welcher Basis wird die Arbeit in der Gruppe aufgeteilt?
- Wie teilen Sie Ihre Zeit zwischen Beruf, Freizeit und aktivistischer Arbeit auf?

Thema: Herausforderungen und Vorteile der Zusammenarbeit

- Welche Situationen empfinden Sie als herausfordernd/stressig/schwierig? Warum?
- Haben Sie für solche Situationen bestimmte Lösungsstrategien? Können Sie Beispiele nennen?
- Welche Situationen empfinden Sie persönlich als positiv/gewinnbringend?
- Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit den anderen Personen, mit denen Sie bei Ihrer Tätigkeit zu tun haben, beschreiben?
 - Wie werden Sie von den Klient:innen Ihrer Meinung nach wahrgenommen? Was würden Sie sich in diesem Bereich wünschen?
 - Wie werden Sie vom medizinischen Personal bzw. anderen Dienstleister:innen wahrgenommen? Was würden Sie sich in diesem Bereich wünschen?
- Gibt es Situationen, in denen Sie nicht sicher sind, wie Sie sich richtig verhalten sollten/in denen Sie es schwierig finden, Grenzen zu ziehen? Wie lösen Sie solche Situationen?

- Gibt es Situationen, in denen von Ihnen erwartet, etwas zu dolmetschen oder etwas zu tun, was Ihrer Meinung nach keine Aufgabe für Sie in Ihrer Funktion als Dolmetscher:in/Aktivist:in ist?
 - Haben Sie aus derartigen Gründen jemals den Einsatz als Dolmetscher:in verweigert oder unterbrochen?
- Gibt es Aufgaben, denen Sie sich nicht gewachsen fühlen oder gefühlt haben, und Sie sie trotzdem übernommen haben? Wenn ja, warum?
- Wie gewährleisten Sie, dass Anonymität gewahrt bleibt?

Thema: Emotionen

- Bauen Sie zu manchen Klient:innen eine emotionale Verbindung auf? Wenn ja, wie äußert sich dies?
- Möchten Klient:innen eine emotionale Verbindung zu Ihnen bauen? Bleiben Sie mit Klient:innen manchmal auch nach Einsätzen im Kontakt?
- Gibt es Klient:innen oder Personal, die bei Ihnen negative Gefühle erwecken?
 - Wie gehen Sie damit um?
- Fühlen Sie sich verantwortlich für die Klient:innen?
- Ist Ihre Tätigkeit für CW manchmal für Sie persönlich belastend?
- Falls ja, wie gehen Sie damit um? Wie schützen Sie sich selbst?

Thema: Selbstwahrnehmung

- Sehen Sie sich als Expert:in in Ihrem Tätigkeitsbereich bei CW? Warum ja/nein?
- Wo und wie sehen Sie die Notwendigkeit für weitere Aktivitäten? Wo und wie würden Sie gerne noch stärker aktiv sein?
- Sehen Sie sich in manchen Situationen mehr als Dolmetscher:in und mehr als Aktivist:in?

Ausklang

- Haben Sie noch Erfahrungen/Eindrücke, die Sie für relevant oder interessant halten und uns mitteilen möchten?

Abstract Deutsch

Aufgrund des restriktiven Abtreibungsverbotes in Polen, sind einige schwangere Personen gezwungen, für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu fahren. Diese werden in den Zielländern häufig von aktivistischen Gruppen in ihrem Vorhaben unterstützt.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Herausforderungen und Lösungsstrategien translatorischer und extratranslatorischer Dienstleistungen des aktivistischen Kollektivs *Ciocia Wienia*, das schwangere Personen beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Wien unterstützt.

Der theoretische Rahmen liefert Erkenntnisse aus den drei Hauptthemenbereichen Medizintourismus, Aktivismus und Schwangerschaftsabbrüche, welche auch aus dolmetschwissenschaftlicher Perspektive beleuchtet werden. Die empirische Studie liefert Ergebnisse aus der qualitativen Befragung der Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* zu den Herausforderungen, denen sie in ihrer Arbeit begegnen, und den erarbeiteten Lösungsstrategien. Die Analyse der Ergebnisse erfolgte unter Anwendung des Demand Control Modells von Dean & Pollard (2013).

Zentrale Erkenntnisse der Arbeit sind, dass die Aktivist:innen von *Ciocia Wienia* am häufigsten Herausforderungen in kommunikativen Situationen, u.a. in Dolmetschsituationen begegnen. Andere Herausforderungen betreffen die Umgebungsfaktoren (z. B. Setting oder Politik), oder intrapersonelle Faktoren (z. B. emotionale Belastung). Für den Umgang mit Herausforderungen haben die Aktivist:innen größtenteils kollektive, und vereinzelt individuelle Lösungsstrategien entwickelt.

Abstract Englisch

Due to the restrictive abortion ban in Poland, some pregnant people are compelled to travel abroad for an abortion. These individuals are often supported in their endeavors by activist groups in the destination countries.

The following master's thesis examines the challenges faced by, strategies of translational adopted, and extratranslational services provided by the activist collective *Ciocia Wienia*, which supports pregnant people in accessing abortion in Vienna.

The theoretical framework of the thesis provides insights from three main thematic areas of medical tourism, activism, and abortion, which are also examined from an interpreting perspective. The empirical study provides results from a set of in-depth interviews with the activists of *Ciocia Wienia*. It investigates challenges the activists face in their work and problem-solving strategies they have developed. The forthcoming analysis is based on the Demand Control Model by Dean & Pollard (2013).

Accordingly, the results indicate that the activists of *Ciocia Wienia* frequently encounter challenges in communicative situations, which also include interpreting. Further, remaining challenges mentioned by the activists relate to environmental (e.g. setting or politics), or intrapersonal (e.g. emotional stress) factors. The activists have developed a set of collective solution strategies, and a few individual solution strategies in order to deal with the challenges.