

**Mehrsprachigkeit und ihre ethischen  
Dimensionen im klinisch-ambulanten Alltag:  
Dolmetschqualität, Patient\_innen-Autonomie  
und soziale Gerechtigkeit**

Masterarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts  
(MA)

vorgelegt von Anna Windisch, BA

im Rahmen des interdisziplinären Masterstudiums  
Angewandte Ethik  
am Institut für Philosophie an der Katholisch-  
Theologischen Fakultät  
der Karl-Franzens-Universität Graz

Begutachter: Ass.-Prof. Mag. Dr.theol. Hans-Walter  
Ruckenbauer

Graz, 2017

### **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am .....

.....

(Unterschrift)

## *Danksagung*

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Zeit des Schreibens unterstützt haben und meinen Lebensweg bis hierher begleitet haben.

Zuerst möchte ich mich bei Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr.theol. Hans-Walter Ruckenbauer für die wertvolle Betreuung und Unterstützung bedanken. Insbesondere da die Zeit rückwärts lief und Sie mich mit besonnenen Worten der Motivation und Wertschätzung bedachten.

Dank gilt auch Herrn Ass. Prof. Mag. Dr. phil. Dieter W. Halwachs für das Wachstum unter seinen Fittichen, die flexible Arbeitszeitgestaltung und die Expertenmeinung, sowie den wunderbaren Kuchen im Alltag.

Ebenfalls möchte ich mich bei Barbara Schrammel-Leber, Christina Korb und Kerstin Gruber – dem Team der Plurilingualismusforschung am *treffpunkt sprachen* der Karl-Franzens-Universität Graz – für euer Einverständnis in die neuerliche Auswertung der im Rahmen des Projekts *Multilingual Graz* gesammelten Daten. Es ist eine Freude in einem guten Team an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten.

Jakob & Tobi, euch gilt mein Dank für die Korrekturarbeit und freundschaftliche Unterstützung. Ahmad AlTerri & meiner Schwester Andrea – Dank für Motivation.

Dank gebührt auch meinen Großeltern Otto & Gertrude Nöst und meinen Eltern Gertrude & Friedrich Windisch: habt Dank für eure Unterstützung, habt Dank für die Vermittlung eurer Werte und habt Dank für euer Verständnis, eure Liebe und die Freiheit, die ihr mir geschenkt habt.

Besonderen Dank möchte ich aber Dir liebe Katja sagen – unsere Nachtschichten sind wie Urlaub auf Hawaii, unsere Gespräche wie Brennesseljauche für das Gemüsebeet und das bisschen Sternenstaub gehört auch dazu. Danke für deine Unterstützung.

Ich widme diese Arbeit Alexej Di Lenardo, seinem zukünftigen Leben als Koch und all meinen Freund\_innen, die Barrieren überwinden müssen oder mussten.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>II Informationszugang</b> .....	<b>3</b>
2.1 Internet.....	4
2.1.1 Die Ärzt_innen-Suche.....	5
2.1.2 Klinik-Suche & Informationen der Krankenhäuser.....	6
2.1.3 Informationen der steirischen Krankenversicherungen & Informationen zur Patient_innensicherheit.....	7
2.2 Bedarf und Folgen.....	9
<b>III Kommunikation</b> .....	<b>11</b>
3.1 Kommunikationstheorien.....	12
3.1.1 Encoder-/Decoder-Modelle.....	12
3.1.2 Intentionale Modelle.....	13
3.1.3 Modelle der Perspektivenübernahme.....	14
3.2 Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation.....	14
3.2.1 Das Ärzt_innen-Patient_innen-Gespräch.....	14
3.2.2 Modelle der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung.....	17
3.2.2.1 Das paternalistische Modell.....	17
3.2.2.2 Das Konsumenten-/Dienstleistungs-Modell.....	17
3.2.2.3 Das partnerschaftliche/patient_innen-orientierte Modell (shared decision-making).....	18
3.3 Soziale Rollen.....	18
3.3.1 Die Ärzt_innen-Rolle.....	19
3.3.2 Die Patient_innen-Rolle.....	21
3.3.3 Die Dolmetscher_innen-Rolle.....	23
3.3.4 Die Erwachsenen-Rolle – Kind-Rolle.....	24
3.4 Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich.....	25
3.4.1 Ärztliche Schweigepflicht und die Anwesenheit Dritter.....	25
3.4.2 Patient_innen-Information und -aufklärung.....	27
3.4.2.1 Die Selbstbestimmungsaufklärung.....	28
3.4.2.2 Die Sicherungsaufklärung oder therapeutische Aufklärung.....	30
3.4.3 Einwilligung und Abwehr.....	30
3.4.3.1 Einwilligung.....	30
3.4.3.2 Nicht-Einwilligung und Widerruf, Abwehr.....	32
3.4.4 Die Form der Aufklärung.....	33
3.4.5 Verantwortung für Kommunikation zum Zwecke der Aufklärung.....	33
<b>IV Dolmetschen</b> .....	<b>34</b>
4.1 Kommunaldolmetschen.....	34
4.2 Die Sprachbarriere.....	36
4.3 Professionelles Dolmetschen.....	39
4.3.1 Qualitätsmerkmale professioneller Dolmetscher_innen.....	39
4.3.1.1 Neutralität durch professionelle Rollenauffassung.....	39
4.3.1.2 Einhaltung der Schweigepflicht.....	40
4.3.1.3 Koordinationskompetenzen.....	40
4.3.1.4 Institutionelles Hintergrundwissen.....	40
4.3.1.5 Medizinisches Hintergrundwissen & Kenntnis des Fachvokabulars.....	40
4.3.1.6 Fließende Beherrschung der Erst- und Zweitsprache in Wort und Schrift.....	40
4.3.1.7 Die Beherrschung von Dolmetschetechniken.....	41
4.3.1.8 Parasprachliche & prosodische Kompetenzen.....	43
4.3.1.9 Interkulturelle Kompetenzen.....	44

4.3.1.10 Emotionale/psychische Stabilität.....	45
4.3.1.11 Paratranslatorische Aufgaben.....	45
4.3.2 Auftragsvergabe, Finanzierung und Anspruch auf Erstattung – Rechtsgrundlagen.....	46
4.4 Non-professionelles Dolmetschen/Lai_innendolmetscher_innen.....	47
4.4.1 Personal.....	51
4.4.1.1 Medizinisches Klinikpersonal.....	51
4.4.1.2 Allgemeines Klinikpersonal.....	53
4.4.2 Begleitpersonen.....	55
4.4.2.1 Bekannte.....	55
4.4.2.2 Familienangehörige.....	55
4.5 Kinder als Dolmetscher_innen.....	62
4.6 Alternativen.....	70
4.6.1 Telefondolmetschen.....	70
4.6.2 Videodolmetschen.....	76
4.7 Graz.....	81
4.7.1 Ist-Zustand.....	81
4.7.2 Bedarf und Dolmetschausbildung.....	86
<b>V Ethische Diskussion.....</b>	<b>90</b>
5.1 Analyse.....	91
5.2 Bewertung.....	99
5.3 Synthese:Abwägung der Optionen.....	102
<b>VI Zusammenfassung.....</b>	<b>105</b>
<b>VII Literaturverzeichnis.....</b>	<b>108</b>

## Tabellen- & Abbildungsverzeichnis

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Homepages und Sprachangebote der Grazer Kliniken.....	7
Tabelle 2: Professionelle und non-professionelle Dolmetscher_innen.....	39
Tabelle 3: Transkript 1.....	54
Tabelle 4: Transkript 2.....	56
Tabelle 5: Transkript 3.....	58
Tabelle 6: Das österreichische Dolmetschausbildungsangebot und der Sprachbedarf in Graz.....	88
Tabelle 7: Analyse der Handlungsoptionen.....	95
Tabelle 8: Bewertung der Dolmetschqualität.....	96
Tabelle 9: Konflikte der Handlungsoptionen mit den vier ethischen Prinzipien.....	103

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Verständigung durch Dritte".....	49
Abbildung 2: "Begleitpersonen als Sprachmittler_innen".....	50
Abbildung 3: "Krankenhauspersonal als Sprachmittler_innen".....	51

## Abkürzungsverzeichnis

AALSP	<i>Austrian Association of Language Service Providers</i>
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AK	Arbeiterkammer
ÄrzteG	Ärztegesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
ANetPAS	<i>Austrian Network for Patient Safety</i>
BA	Bachelor
BDÜ	Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer
betr.	betreffend
BSG	Blutsicherheitsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
CZ	Tschechisch
DE, dt.	Deutsch
ed.; eds.	editor, editors; Herausgeber_in; Herausgeber_innen
EN, engl.	Englisch
et al.	und andere
etc.	<i>et cetera</i>
EU	Europäische Union
EUNetPAS	<i>European Network for Patient Safety</i>
f., ff.	folgende, die folgenden
GeRS	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HR	Kroatisch
HU	Ungarisch
inkl.	inklusive
interkult.	interkulturell
KaKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KBGG	Kinderbetreuungsgeldgesetz
KJGB	Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsgesetz
lat.	Latein
LKH	Landeskrankenhaus
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
MA	Master
MPG	Medizinproduktegesetz
MRK	Europäische Menschenrechtskonvention
MTD-G	Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste
neg.	negativ
ÖGS	Österreichische Gebärdensprache
Pat	Patient_in
parasprl.	parasprachlich
paratranslat.	paratranslatorisch
PC	<i>Personal Computer</i>
Pers.	Person
prof.	professionell
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RU	Russisch

Sg.	Singular
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel (am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung)
SK	Slowakisch
SLO	Slowenisch
StGB	Strafgesetzbuch
STGKK	Steirische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Versicherungsanstalt der Bauern
UA	Ukrainisch
techn.	technisch
TL	<i>target language</i> ; Zielsprache
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	<i>World Health Organization</i> ; Weltgesundheitsorganisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
WLAN	<i>Wireless Local Area Network</i>
ZÄG	Zahnärztegesetz
zit.	zitiert

## Anmerkungen

1. Zitate in alter Schreibweise werden in jener originalgetreu wiedergegeben.
2. Für eine leichtere Lesbarkeit werden in diesem Text die weiblichen Formen mit einer Modifizierung durch den sogenannten Gender\_Gap gewählt, welcher das Vorhandensein von allen biologischen und sozialen Geschlechtern, sowie Geschlechtsidentitäten anerkennt und sichtbar macht. Eigennamen oder offizielle Bezeichnungen sind hiervon ausgenommen.

# I Einleitung

Österreich ist kein einsprachiges Land, auch wenn die Nationalstaatenideologie eine solche Sichtweise hervorbringen mag. Abgesehen von den anerkannten Minderheitensprachen Burgenlandkroatisch, Romani, Slowakisch, Slowenisch, Tschechisch und Ungarisch sind mehrere hundert verschiedene Sprachen als Erstsprachen in Österreich lebender Menschen anzunehmen. Allein in Graz werden mehr als 150 verschiedene Erstsprachen gezählt (vgl. <http://multilingual.uni-graz.at/projekte/14/sprachenlandschaft-graz.html> [abgerufen am 19.02.2017]). Mehrsprachigkeit ist somit kein exotisches Phänomen sondern gelebte Realität. Sie bildet sich im Alltag je nach sozio-kulturellem Kontext auf verschiedenen Ebenen unterschiedlich stark ab. Gerade in einer basalen Grundversorgungseinrichtung wie der Klinik werden daher Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch unterschiedlichster Bildungsschichten, kultureller Zugehörigkeiten, religiöser Zugehörigkeiten und Sprachniveaus ebenso zu finden sein. Auch wenn Mehrsprachigkeit in vielen Bereichen des Lebens eine Bereicherung darstellt, so kann ein geringes Deutschniveau in der Interaktion mit anderen, einsprachigen Personen eine Sprachbarriere konstituieren, die für eine gelingende Kommunikation überbrückt werden muss. Im klinischen Kontext ist das Funktionieren dieses Informationsaustausches auf diversen Ebenen und über eine Vielzahl von Kommunikationsmitteln und -wegen unabdingbar. So bietet Information über das österreichische Gesundheitssystem Orientierung und Hilfe auf dem Weg zu einer medizinischen Versorgung. Aber auch zur Gewährleistung dieser Versorgung spielt gelingende Kommunikation zum Zwecke des Informationsaustausches in Form des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs – als Anamnese- und Diagnoseinstrument, als Aufklärungsplattform und Ort des Eruiers des Patient\_innen-Willens sowie der Wahrung der Patient\_innen-Autonomie mit dem Ziel einer bestmöglichen Behandlung – eine zentrale Rolle. Sprach- und Kommunikationsbarrieren können hier zu Verständigungsproblemen mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit und das Leben der Patient\_in führen, die es zu verhindern gilt. Im Alltag wird dies zumeist mithilfe von anderen mehrsprachigen Personen des nahen Umfeldes, insbesondere der eigenen Kinder als „Dolmetscher\_innen“ bewerkstelligt. Gründe hierfür können die leichte Verfügbarkeit und das Unterbleiben von Zusatzkosten für professionelle Dolmetscher\_innen sein. Der Einsatz von Lai\_innendolmetscher\_innen birgt jedoch für die Qualität der Dolmetschung und somit die Qualität der Kommunikation Gefahren. So können Missverständnisse oder fehlende Informationen im medizinischen Kontext zu gesundheitlichen Risiken für die anderssprachige Patient\_in führen und jene dadurch einer minderen Versorgungsqualität ausgesetzt werden. Dabei werden Fragen nach Gerechtigkeit und alternativen Handlungsmöglichkeiten aufgeworfen. Im Rahmen dieser Arbeit soll der klinische Alltag im Umgang mit anderssprachigen Patient\_innen an Grazer Ambulanzen näher betrachtet werden. Das zentrale Forschungsinteresse liegt dabei auf der Beantwortung der nachstehenden Fragestellungen:

Gibt es in Österreich eine Gleichberechtigung und Gleichbehandlung von Menschen verschiedener Erstsprachen im medizinischen Kontext?

Wie gestaltet sich der Zugang zu Informationen das Gesundheitssystem und die medizinischen Institutionen betreffend für Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch?

Wie muss ein Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch gestaltet sein, um eine rechtsgültige Form der Aufklärung und Einwilligung sowie Abwehr einer Heilbehandlung zu ermöglichen?

Welchen Einfluss können Sprachbarrieren auf die Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation haben und welche unerwünschten Folgen können daraus entstehen?

Was sind Faktoren einer gelingenden Verständigung und welche Kriterien garantieren eine gute Dolmetschqualität?

Ob und warum kommen Lai\_innen insbesondere Kinder als Dolmetscher\_innen zum Einsatz und welche Konsequenzen hat eine derartige Praxis für alle Beteiligten?



Kann es so zu gelingender Kommunikation kommen und ist der Ist-Zustand wünschenswert? Wenn Nein – welche Alternativen gäbe es, um professionell und angemessen mit der Situation umzugehen?

Wie sind die möglichen Handlungsoptionen der Sprachbarrierenbeseitigung in einer prinzipienethischen Abwägung nach Beauchamp und Childress (1979; 2013) zu bewerten und welche Konsequenzen müssen daraus für den Umgang mit Sprachbarrieren gezogen werden?

Sprachliche Diversität ist auf dem Boden des ehemaligen Vielvölkerreichs ein jahrhundertealtes Faktum; in den letzten Jahren kommt zu den Arbeitsmigrationsbewegungen eine verstärkte Fluchtbewegung aus Kriegsgebieten, wodurch neuerlich Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch nach Österreich kommen. Etwaige Probleme aufgrund von Sprachbarrieren sind folglich kein temporäres Phänomen und bedürfen der Betrachtung im Hinblick auf eine Gefährdung der Gleichbehandlung anderssprachiger Menschen in Bezug auf Grundrechte und die Gewährleistung einer Versorgungsgerechtigkeit in der Medizin. Aber auch in Hinblick auf die Folgen für die dolmetschenden Personen, sei es die allgemeinbedienstete Klinikmitarbeiter\_in, die unbezahlte Zusatzarbeit leistet und ihren Arbeitsplatz für die Dauer der Dolmetschungen verlassen muss, oder das dolmetschende Kind und sein Kind-Sein.

Diese Aspekte sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und auf eine mögliche, aus ethischer Perspektive indizierte, Handlungsalternative hin untersucht werden.

Forschungsmethode ist die Analyse der gewählten Literatur, eine Webanalyse, eine Analyse der im Zuge einer Befragung der Grazer Kliniken qualitativ erhobenen Daten von Korb et al. (2015b)<sup>1</sup> und eine prinzipienethische Analyse und Diskussion nach Beauchamp & Childress (1979; 2013).

### **Gang der Untersuchung und Aufbau der Arbeit**

Einleitend wird in Kapitel II der Zugang zu Informationen das österreichische Gesundheitssystem, die medizinischen Versorgungseinrichtungen und Patient\_innenrechte und Patient\_innenpflichten betreffend thematisiert. Dabei soll eruiert werden, ob ein niederschwelliger Zugang zu Basisinformationen und Informationsbereitstellung auch in anderen Sprachen als Deutsch gegeben ist.

Denn Information beeinflusst die Wahl und folglich die Chancengleichheit in Bezug auf die medizinische Versorgung: Durch fehlende Information kommt es zu einer Selektion, wer welche medizinische Versorgungseinrichtungen kennen kann, aufsucht und folglich bestmöglich behandelt wird. Eine erste Barriere zu gleichwertiger Gesundheitsversorgung entsteht.

In Kapitel III wird gelingende Kommunikation mithilfe von Kommunikationstheorien als erklärbar aber nicht leicht erreichbar definiert. Im Zuge dessen werden mögliche Kommunikationsschwierigkeiten genannt und unter anderem auch verschiedene Ebenen und Aspekte der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehungen sowie der sozialen Rollen der möglichen Beteiligten angeführt.

Sodann folgt die Betrachtung der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Interaktion und des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs aus rechtlicher Sicht. Es wird die Relevanz der Information und der Informationsübermittlung für eine rechtmäßige medizinische Behandlung und Versorgung herausgearbeitet und der Aspekt der Sprachbarriere in Hinblick auf Anamnese, Diagnostik, Aufklärung, Nachbetreuung sowie den Prozess der Entscheidungsfindung thematisiert.

---

1 Die Daten von Korb et al. (2015b) sind einer empirischen Erhebung im Rahmen des Projektes „Sprachliche Vielfalt im Alltag: Initiativen, Herausforderungen und Bedarfe an Grazer Institutionen“ entnommen und wurden mit Einverständnis der anderen Autor\_innen unter den Gesichtspunkten der vorliegenden Arbeit erneut ausgewertet. Im Folgenden wird auf diese Daten als Korb et al. (2015b: *unveröffentlicht*) verwiesen. Für Zugriff auf die Daten wenden Sie sich bitte an das Team des *Forschungsbereichs Plurilingualismus am treffpunkt sprachen* der Karl-Franzens-Universität Graz – <http://pluriling.uni-graz.at/>, E-Mail: pluriling@uni-graz.at.

Auch die Suche nach der Verantwortlichen für eine gelingende Kommunikation und damit die Notwendigkeit einer Dolmetschung wird dargelegt.

Kapitel IV umfasst das Kommunaldolmetschen. Erst wird die Qualität professionellen Dolmetschens und die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten professioneller Dolmetscher\_innen hierfür beschrieben und die Auftragsvergabe, die Finanzierung und die Rechtsgrundlagen geklärt. Dann folgt eine Analyse der tatsächliche Handhabung der Sprachbarrierenbeseitigung, des Einsatzes von professionellen Dolmetscher\_innen *versus* des Einsatzes von Lai\_innendolmetscher\_innen. Letztere werden im Rahmen dieser Arbeit in Klinikpersonal und Begleitpersonen inklusive der vulnerablen Gruppe der mehrsprachigen Kinder unterteilt. Es werden Gründe für den Einsatz, die Qualität der Dolmetschleistung und etwaige Folgen für alle Beteiligten thematisiert.

Im Anschluss erfolgt die Suche nach Alternativen: Telefondolmetschen und Videodolmetschen werden infolge als Möglichkeiten genannt und diskutiert.

Abschließend wird der Umgang mit anderssprachigen Patient\_innen an Grazer Kliniken und die Bedarfe in diesem Zusammenhang anhand einer Auswertung und Analyse von Forschungsdaten einer Befragung von Korb et al. (2015b) eruiert.

Eine Analyse der professionellen Dolmetschausbildungsmöglichkeiten und Kommunaldolmetsch-Ausbildungen sucht zu ergründen, ob eine professionelle Bedarfsdeckung (inkl. der Alternativmethoden – auch im Hinblick auf die zeitliche Komponente) der Sprachen der Bedarfserhebung von Korb et al. (2015b) möglich wäre.

In Kapitel V wird sodann eine ethische Zusammenschau der berührten Problemfelder nach dem prinzipienethischen Modell von Beauchamp & Childress (1979; 2013, 7.Auflage), eine Bewertung der Analyse, des Grazer Ist-Zustandes, geschaffen und eine Empfehlung bzw. ethische Konsequenz gezogen.

Kapitel VI beinhaltet eine Zusammenfassung der verschiedenen Aspekte und Forschungsergebnisse.

## **II Informationszugang**

Im Zuge dieses Kapitels soll der Zugang zu fremdsprachigen Informationen das österreichische Gesundheitssystem, die medizinischen Versorgungseinrichtungen (Kliniken) in Graz, das Versicherungswesen und Wissen die Patient\_innensicherheit betreffend analysiert werden. Denn unser tägliches Handeln wird nicht nur von unseren Notwendigkeiten und den zur Verfügung stehenden Optionen gelenkt, sondern auch durch den Zugang zu Information über mögliche Optionen. Nur so können mögliche Optionen zu tatsächlichen werden. Mangelndes Wissen durch fehlende Information oder strukturelle Probleme beim Informationsbeschaffungsvorgang können daher ein Hindernis im Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen.

Wichtige „Orte“ der Information sind zum einen virtuell das Internet, als nahezu unerschöpfliches Informationsportal mit relativ geringer Zugangsschwelle – dem Besitz oder Zugang zu einem Gerät, mit dem eine Internetverbindung aufgebaut werden kann und den Fähigkeiten jenes Gerät bedienen zu können, sowie der Schrift mächtig zu sein – und zum anderen als persönliche Informationsquelle andere Mitmenschen. Im besten Falle haben sich diese bereits zu Gruppen nach Interessen zusammengetan und dienen so als Anlaufstelle, die Informationen bietet; idealer Weise leicht auffindbar und gekennzeichnet, wie beispielsweise ein Verein, ein Zentrum wie ZEBRA, das interkulturelle Beratungs- und Therapiezentrum in Graz. Hier machen sich Menschen auf die Suche nach Antworten auf Fragen, die ihre Gesundheit und

Gesundheitsverbesserung betreffen. Nach der Recherche, nach der Befragung, werden die gesammelten Informationen analysiert und Entscheidungen getroffen. Entscheidungen wie „Wohin wende ich mich im Notfall“, basierend auf den bis dahin erhaltenen Informationen bezüglich des medizinischen Versorgungssystems und den daraus abgeleiteten Optionen. Diese Optionen der anderssprachigen Patient\_innen spiegeln oftmals jedoch nicht die Realität, sondern einzig die Informationen, die ihnen in ihrer Sprache, oder einer Sprache, derer sie mächtig sind, zur Verfügung gestellt werden. Hier wurzelt die erste Hürde unseres Gesundheitssystems und die erste Barriere am Weg zu einer gleichwertigen medizinischen Versorgung.

## 2.1 Internet

Auf die einzelnen Anlauf- und Informationsstellen (Vereine, Öffentliche Ämter etc.) kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden, da jene vielzählig und divers sind und nach individuellen Präferenzen und individueller Informationslage aufgesucht werden, die bisher nicht erhoben wurden und schwer zu erheben sind.

Im Folgenden soll aber kurz ein Überblick über die online zugänglichen Informationen bzw. die Barrieren zu jenen gegeben werden. Die Daten entstammen einer Internetrecherche, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellt. Die mittels Suchmaschinen-Befragung gefundenen Webseiten wurden in Hinblick auf mögliche Sprachbarrieren und die Beschaffenheit der Barrieren analysiert. Analyse-Fragen waren: „Gibt es anderssprachige Information?“, „Wenn ja, in welchen Sprachen ist sie vorhanden?“ und „Wie ist sie auffindbar? Wie ist sie gekennzeichnet?“.

Zu Beginn wurde Basisinformation bezüglich des österreichischen Gesundheitswesens und -systems als Hilfestellung für die Orientierung der Patient\_innen auf Deutsch und Englisch gesucht. Grundsätzliches Ergebnis der Recherche ist, dass selbst Informationen über das österreichische Gesundheitssystem – seine Strukturen und Funktionen – auf Deutsch schwer gut aufbereitet zu finden sind. Zumeist handelt es sich bei Informationen um Berichte der politisch Verantwortlichen oder Pläne jener, über Vorhaben in den nächsten Zeitperioden. Ein Beispiel wären Broschüren des *Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen* (z.B. Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten (2013): [www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf) [abgerufen am 07.02.2017]), oder die Informationen der *Statistik Austria* (Daten zu Krankenhausaufenthalten, Todesursachen usw.). Nennenswert ist aber eine Kurzzusammenfassung mit dem Titel „Das österreichische Gesundheitssystem im Überblick“ auf der Plattform [www.netdokter.at](http://www.netdokter.at), die auf Deutsch einen einfachen und guten Überblick über das österreichische Gesundheitswesen für die Patient\_innen-Orientierung gibt (vgl. [http://www.netdokter.at/gesundheitswesen-oesterreich-6853429?utm\\_source=netdokter&utm\\_term=gesundheitse&utm\\_campaign=headersearchautocomplete](http://www.netdokter.at/gesundheitswesen-oesterreich-6853429?utm_source=netdokter&utm_term=gesundheitse&utm_campaign=headersearchautocomplete) [abgerufen am 07.02.2017]).

Die Seite des *Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen* ([www.bmgf.gv.at/home](http://www.bmgf.gv.at/home) [abgerufen am 07.02.2017]) ist auch auf Englisch navigierbar (hierfür ist ein „EN-Button“ zu wählen), in der englischen Version findet man unter dem Punkt *Health* und dem Unterpunkt *Healthcaresystem* ([www.bmgf.gv.at/home/EN/Health/Health\\_care\\_system](http://www.bmgf.gv.at/home/EN/Health/Health_care_system) [abgerufen am 07.02.2017]) eine Kurzbeschreibung mit dem Link zu der oben erwähnten Broschüre über das österreichische Gesundheitssystem (2013) auf Englisch ([www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian\\_health\\_care\\_key\\_facts\\_2013.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf) [abgerufen am 07.02.2017]). Um die Bevölkerung auf weitere Informationsseiten zum Thema Gesundheit in Österreich hinzuweisen, sind auf der Seite des Ministeriums Verweise auf andere Seiten wie die Seite der *Gesundheit Österreich GmbH* ([www.goeg.at/de/Start.html](http://www.goeg.at/de/Start.html) [abgerufen am 07.02.2017]), welche ebenso mit einem „Englisch-Versions-Button“ versehen ist, wobei hier Inhalte teils unter Englischer Überschrift auf Deutsch sind und manche Punkte, wie beispielsweise „Factsheets“, gar nicht mit Informationen hinterlegt sind oder sich nicht öffnen lassen. Probleme dieser Art

sind keine Seltenheit bei Internetauftritten, die zur deutschen Version eine englische anbieten. Ein weiterer Hinweis auf der Seite des Bundesministeriums führt zur Informationsseite der AGES – *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit* ([www.ages.at](http://www.ages.at) [abgerufen am 07.02.2017]), welche ebenso einen „EN-Button“ für eine englische Version der Seite bereitstellt; auch hier sind Inhalte teilweise trotzdem nur auf Deutsch erhältlich. Der Link zur Klinik-Suche ([kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) [abgerufen am 07.02.2017]) führt ebenso ausschließlich zu Information in deutscher Sprache. Auch die Seite des allgemeinen Gesundheitsportals ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) [abgerufen am 07.02.2017]) ist auf der Seite des Bundesministeriums verlinkt. Wieder erhält man hier nur Informationen auf Deutsch. Sucht man aber in der vorhandenen Suchmaske (symbolisiert durch eine Lupe) nach „*english*“ oder „*english information*“, so wird man auf einige in Englisch vorhandene Inhalte verwiesen, wie beispielsweise „In: Aktuelles – Österreichs Gesundheitssystem kompakt“, wo man auf eine Seite weitergeleitet wird, auf der im Text auf Deutsch darauf verwiesen wird, dass diese Broschüre auch auf Englisch vorhanden ist. Diese ist aber weder vor Ort einsehbar oder verlinkt – an diese (englischen) Informationen zu kommen ist also nahezu unmöglich. So auch zu Informationen zu Patient\_innenrechten. Diese lassen sich auf dieser Seite ebenso nur auf Deutsch finden (vgl. [www.gesundheit.gv.at/service/broschueren/patientenrechte-infomaterial](http://www.gesundheit.gv.at/service/broschueren/patientenrechte-infomaterial), [abgerufen am 07.02.2017]).<sup>2</sup>

Auch [www.help.gv.at](http://www.help.gv.at) [abgerufen am 07.02.2017], die Plattform für „Amtswege“ in Österreich ist nicht wirklich hilfreich – die englische Version der Seite verweist unter dem Punkt *Social Affaires and Medicine* einzig auf deutsche Informationen und hier nicht einmal auf die selben bzw. nicht auf Informationen im selben Umfang wie in der deutschen Version, die vergleichsweise zum Beispiel einen Link mit Basis-Information zu den österreichischen Patient\_innenrechten oder den Leistungen der österreichischen Krankenversicherung bereit hält.

Wenn die Basisinformationsseiten zumeist einsprachig sind oder nur verkürzte englische Versionen bieten und keinerlei andere Sprecher\_innengruppen berücksichtigen, wie sieht dann die Informationsbreite und der Informationszugang bei anderen wichtigen, den medizinischen Kontext betreffenden, Fragen aus? Im Folgenden sollen kurz die Ärzt\_innen-Suche, die Klinik-Suche und die Informationslage auf den Seiten der Grazer Kliniken sowie den Krankenversicherungen der Steiermark (die Graz betreffen) beleuchtet werden. Damit wäre die Basisinformation über das österreichische Gesundheitssystem, die Anlaufstellen für Patient\_innen (Klinik und Versicherung) und die Informationsausgangslage anderssprachiger in Österreich lebender Menschen kurz umrissen.

### **2.1.1 Die Ärzt\_innen-Suche**

Das *Tool* der Ärzt\_innen-Suche ist ein sehr nützliches und wird auf verschiedenen Webseiten in abgeänderter Form angeboten. Auch diese Aufzählung der hier genannten Seiten stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie ist jedoch ein anschauliches Beispiel für ein sich wiederholendes Phänomen – der Annahme der Monolingualität und Monokulturalität Österreichs.

Als erstes Beispiel möchte ich die Informationsseite der Stadt Graz ([www.info-graz.at](http://www.info-graz.at) [abgerufen am 03.02.2017]) einbringen. Hier findet man unter *Branchen, Gesundheit und Soziales, Allgemeinmediziner – Ärzte – Hausarzt*, Adressen und Telefonnummern von Grazer Ärzt\_innen, welche man mithilfe eines Bezirksauswahl-Feldes nach Bezirken sortieren kann. All das allerdings nur auf Deutsch, denn eine Navigation zu dieser Suche erfolgt eben über die

---

2 Auch Informationen für Reisende oder vorübergehend in Österreich lebende Personen finden sich auf dem rein deutschen Gesundheitsportal ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at)) unter dem Unterpunkt *Services* – ohne zu wissen, dass hier englische Information ist, ist diese nicht auffindbar (vgl. [www.gesundheit.gv.at/service/patient-mobility/member-state-treatment/information-austrian-healthcare-system](http://www.gesundheit.gv.at/service/patient-mobility/member-state-treatment/information-austrian-healthcare-system) [abgerufen am 07.02.2017]).

genannten deutschen Unterpunkte/Begriffe (vgl. [www.info-graz.at/praktischer-arzt-graz-und-umgebung-hausarzt-allgemeinmediziner-aerztin-hausaerztin](http://www.info-graz.at/praktischer-arzt-graz-und-umgebung-hausarzt-allgemeinmediziner-aerztin-hausaerztin) [abgerufen am 03.02.2017]). Über ein rotes Herz-Symbol mit Kardioide am Ende der Seite gelangt man zu Notfallsnummern, ebenfalls nur in Deutsch erläutert (vgl. [www.info-graz.at/sonntagsdienst-notfalldienst-bereitschaft-notdienste-nachtdienst-dienst-sonntag-wochenenddienst](http://www.info-graz.at/sonntagsdienst-notfalldienst-bereitschaft-notdienste-nachtdienst-dienst-sonntag-wochenenddienst) [abgerufen am 03.02.2017]).

Ausschließlich auf Deutsch kann nach Ärzt\_innen auch auf <http://arztsuche.netdoktor.at> [abgerufen am 07.02.2017] oder <http://arztsuche24.at> [abgerufen am 07.02.2017] gesucht werden. Und auch die von der österreichischen Zahnärztekammer bereitgestellte Zahnärzt\_innen-Suchfunktion nach Bezirk ist ausschließlich Deutsch (vgl. [www.zahnaerztekammer.at/patientinnen/zahnarztsuche](http://www.zahnaerztekammer.at/patientinnen/zahnarztsuche) [abgerufen am 07.02.2017]).

Auch in den „Gelben Seiten“ lässt es sich nach Hausärzt\_innen suchen; genau genommen nur nach dem deutschen Begriff *Hausarzt* (da dieser als Branchenkategorie zur Durchsuchung zur Verfügung steht) und Region (vgl. [www.herold.at/gelbe-seiten/graz-stadt/hausarzt](http://www.herold.at/gelbe-seiten/graz-stadt/hausarzt) [abgerufen am 06.02.2017]).

Auf [www.docfinder.at/arztsuche/praktischer-arzt/graz](http://www.docfinder.at/arztsuche/praktischer-arzt/graz) [abgerufen am 07.02.2017] ist unter *Weitere Merkmale* das Geschlecht der Ärzt\_in wählbar, was für diverse kulturelle oder religiöse Gruppen beispielsweise von Vorteil wäre, wäre nicht die Sprachbarriere Deutsch. Wirklich hervorragend ist die Diversität der Suchkriterien auf der Seite der Ärztekammer Steiermark ([www.aekstmk.or.at](http://www.aekstmk.or.at) [abgerufen am 07.02.2017]). Hier kann unter dem Punkt *Ärztinnen- und Ärztesuche* nach *Fachrichtung, Bezirk, Name, Kasse, Öffnungszeiten, Geschlecht, Vorsorge, Barrierefreiheit, Fremdsprache* u.a. gesucht werden, so man all diese Begriffe bis hier auf Deutsch verstanden hat. Das Feld der *Fremdsprachen* bietet als *Drop-down-Feld* eine vorgegebene Auswahl an Möglichkeiten an. Die jeweilige Liste der Ärzt\_innen mit Fremdsprachkenntnissen beinhaltet jedoch noch keinerlei Information über das Sprachniveau der mehrsprachigen Ärzt\_innen.

### **2.1.2 Klinik-Suche & Informationen der Krankenhäuser**

Wie bei der Ärzt\_innen-Suche sind auch alle hier gelisteten Plattformen für eine Klinik-Suche in Österreich ausschließlich auf Deutsch navigierbar. Beispiele hierfür sind die Klinik-Suche auf [www.info-graz.at/kliniken-sanatorien-krankenhaeuser-krankenhaus-private-spitaeler-rehab-ambulanz](http://www.info-graz.at/kliniken-sanatorien-krankenhaeuser-krankenhaus-private-spitaeler-rehab-ambulanz) [abgerufen am 03.02.2017], die Suche auf [www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitsuche/krankenhaussuche/inhalt](http://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitsuche/krankenhaussuche/inhalt) [abgerufen am 07.02.2017] oder die Suche auf <http://kliniksuche.at> [abgerufen am 07.02.2017] – zweite, so einmal gefunden, ist aber intuitiv nachvollziehbar, da gelistet nach Bundesland die Kliniken alphabetisch ohne Erklärungen aufscheinen. Auch [www.netdoktor.at](http://www.netdoktor.at) [abgerufen am 07.02.2017] bietet eine Krankenhaussuche (unter [www.netdoktor.at/gesundheit/soziales/gesundheitswesen-oesterreich-6853429](http://www.netdoktor.at/gesundheit/soziales/gesundheitswesen-oesterreich-6853429) [abgerufen am 07.02.2017]), wobei das einzige Barrierewort „*Spitalsuche*“ ist. Ebenso nur auf Deutsch ist die Plattform *Spitalskompass* ([www.spitalskompass.at](http://www.spitalskompass.at) [abgerufen am 07.02.2017]).

Die meisten Suchergebnisse der Suchplattformen sind alphabetisch geordnet, einzig die Plattform *Spitalskompass* bietet eine Anordnung nach Entfernung und Umkreis zu einem angegebenen Suchort. Im Grunde eine relevante und wichtige Information für Notfälle, die anderssprachigen Personen so entgeht.

Wenn die Krankenhaus-Suche oder genauer gesagt die Navigation durch jene Seiten bis zur Suchfunktion ausschließlich auf Deutsch möglich ist, so verwundert nicht, dass auch die auf den Webseiten der Klinik vorhandenen Informationen kaum mehrsprachig sind.

Um dies zu veranschaulichen folgt eine Liste der Homepages der Grazer Krankenhäuser in alphabetischer Reihenfolge mit den Sprachvarianten der jeweiligen Homepage:



Krankenhaus	HP	Sprachen
Albert-Schweitzer-Klinik	<a href="http://www.ggz.graz.at">www.ggz.graz.at</a>	DE, EN
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder – (Allgemeine Informationen zu den Barmherzigen Brüdern Österreich)	<a href="http://www.barmherzige-brueder.at/site/graz/home">www.barmherzige-brueder.at/site/graz/home</a> ; ( <a href="http://www.barmherzige-brueder.at">www.barmherzige-brueder.at</a> )	DE, EN; (DE, CZ, EN, HU, SK)
Krankenhaus der Elisabethinen	<a href="http://www.elisabethinen.at">www.elisabethinen.at</a>	DE
LKH-Univ. Klinikum Graz	<a href="http://www.klinikum-graz.at">www.klinikum-graz.at</a>	DE, EN (Flaggensymbol)
LKH Graz Süd-West – Süd/Landes Nervenlinik Sigmund Freud	<a href="http://www.lsf-graz.at">www.lsf-graz.at</a>	DE
LKH Graz Süd-West – West	<a href="http://www.lkh-graz-sw.at">www.lkh-graz-sw.at</a>	DE
Privatklinik Graz Ragnitz	<a href="http://www.privatklinik-graz-ragnitz.at">www.privatklinik-graz-ragnitz.at</a>	DE, EN, HR
Privatklinik HANSA	<a href="http://www.privatklinikum-hansa.at">www.privatklinikum-hansa.at</a>	DE
Privatklinik Kastanienhof	<a href="http://www.kastanienhof.at">www.kastanienhof.at</a>	DE
Privatklinik Kreuzschwestern	<a href="http://kreuzschwestern-graz.at">kreuzschwestern-graz.at</a>	DE
Privatklinikum Leech	<a href="http://www.privatklinik-leech.at">www.privatklinik-leech.at</a>	DE, EN, RU, SLO
Sanatorium St. Leonhard	<a href="http://www.leonhard.at">www.leonhard.at</a>	DE, EN, UA
Unfallkrankenhaus Graz der AUVA	<a href="http://www.auva.at">www.auva.at</a>	DE

*Tabelle 1: Homepages und Sprachangebote der Grazer Kliniken [abgerufen am 04.02.2017]*

Die meisten Krankenhäuser bieten Informationen auf Deutsch und nur weniger als die Hälfte der Grazer Kliniken bieten zudem auch Informationen auf Englisch an. Neben Englisch werden auf der Seite der Privatklinik Ragnitz auch Information auf Kroatisch, auf der Seite des Privatklinikums Leech auf Russisch und Slowenisch und auf der Seite des Sanatoriums St. Leonhard auch Informationen auf Ukrainisch zur Verfügung gestellt. Nicht alle Wahloptionen bieten jedoch auch die gewünschte Informationsbandbreite, teilweise ist die anderssprachige Version eine verkürzte.

### **2.1.3 Informationen der steirischen Krankenversicherungen & Informationen zur Patient\_innensicherheit**

Die steirischen Krankenversicherungen haben zahlreiche Broschüren in den verschiedenen Sprachen der Länder, mit denen bilaterale Versicherungs-Abkommen bestehen sowie Ratgeber für Tourist\_innen, Informationen zur Europäischen Krankenversicherungskarte und teils auch fremdsprachige Aufklärungsbögen und Informationen zu Themen wie Schwangerschaft & Geburt etc. online oder in den Ambulatorien der Versicherungen aufliegen (vgl. Korb et al. 2015a:54).

Sucht man jedoch die Internetseiten der Krankenversicherungen auf, so erhält man kaum oder nur vereinzelt anderssprachige Informationen und wenn dann zumeist nur auf Englisch.

### 1. Die *Steirische Gebietskrankenkasse* (StGKK)

Sucht man die Homepage der steirischen Gebietskrankenkasse auf, so ist keinerlei anderssprachige Information vorhanden (vgl. <http://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.711349&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]).

### 2. Die *Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft* (SVA)

Auf der Homepage der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft findet man unter dem Punkt *Info-Service*, der auch von Anderssprachigen aufgrund der Anglizismen in der Überschrift intuitiv angeklickt werden könnte, einen Unterpunkt *Multilingual-Service* (welcher zum Zeitpunkt des Aufrufens der Seite jedoch wegen Wartungsarbeiten leider nicht zugänglich war) vgl. <http://www.sva.or.at/portal27/svaportal/content?contentid=10007.713634&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]).

### 3. Die *Versicherungsanstalt der Bauern* (SVB)

Besucht man die Internetseite der Versicherungsanstalt der Bauern, so sieht man am unteren Rand der Seite ein Icon mit der Europäischen Flagge und der Beschriftung *Multilingual Information* – hier ist der Zugang zu Informationen in Englisch, Französisch und Italienisch, leicht verständlich aufbereitet und gut ersichtlich platziert (vgl. <https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718054&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]).

### 4. Die *Allgemeine Unfallversicherungsanstalt* (AUVA)

Die AUVA bietet unter dem Punkt *Wir über uns*, Unterpunkt *AUVA Informationen*, den Unterpunkt *English Information* mit Informationen unter anderem zu *Insurance Covering, Safety and Health at Work, First Aid, Rehabilitation* und *Compensations* (vgl. <https://www.auva.at/portal27/auvaportal/content?contentid=10007.670874&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]). Die Navigation zu diesem Unterpunkt kann durch die Suchfunktion mit dem Such-Begriff „*english*“ erfolgen, so kann diese Information eventuell gefunden werden.

### 5. Die *Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter* (BVA)

Die Homepage der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter weist keine anderssprachige Information auf, bei der Suche nach dem Begriff „*english*“ erscheint der Verweis auf ein PDF „*BVA InForm*“, eine Broschüre in englischer Sprache mit Information zur Versicherung und ihren Diensten (vgl. <http://www.bva.at/portal27/bvaportal/content?contentid=10007.676561&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]).

### 6. Die *Pensionsversicherungsanstalt* (PVA)

Sucht man die Homepage der Pensionsversicherungsanstalt (PVA Steiermark) auf, so stellt man fest, dass die Pensionsversicherungsanstalt, die auch Gesundheitsvorsorge oder Rehabilitationen beispielsweise anbietet und bezahlt, oberflächlich erkennbar erst keine anderssprachigen Informationen zur Verfügung stellt – unter dem Punkt *Aktuelles* – findet sich jedoch ein Unterpunkt *Multilingual Information*, der jedoch ausschließlich über Pensionsdinge in anderen Sprachen Auskunft gibt bzw. auf Deutsch auf anderssprachige Materialien hinweist (vgl. [http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content?contentid=10007.707572&portal\\_componentId=gtn6c405862-e8f8-424c-bf51-6fecf17ff1dc&viewmode=content](http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content?contentid=10007.707572&portal_componentId=gtn6c405862-e8f8-424c-bf51-6fecf17ff1dc&viewmode=content) [abgerufen am 06.02.2017]).

## 7. Die *Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau* (VAEB)

Der Internetauftritt der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau enthält keinerlei anderssprachige Information (vgl. <http://www.vaeb.at/portal27/vaebportal/content?contentid=10007.721278&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]).

Einzig der *Hauptverband der Sozialversicherungsträger* bietet direkt unter dem ersichtlichen Unterpunkt der Hauptseite *Multilingual Information* die Informationsbroschüre *Well Insured* in Albanisch, Bulgarisch, Französisch, Englisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch und Ungarisch (vgl. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693656&viewmode=content>; <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.754064&portal.componentId=gneafefa33-6bec-4abd-8bdb-86ac9174a827&viewmode=content> [abgerufen am 06.02.2017]). Doch wie kommt man zu der Information, dass es diese Broschüre gibt? Und wo sie zu finden ist?

Ein wichtiger Aspekt neben Informationen zum österreichischen Gesundheitssystem und zu Orten der Gesundung, Erster Hilfe, und den Krankenversicherungen sind Informationen zur eigenen Sicherheit als Patient\_in. Informationen diesbezüglich findet die österreichische Bürger\_in seit 2008 auf der Seite der Plattform für Patient\_innensicherheit. Die österreichische *Plattform Patientensicherheit* oder ANetPAS - *Austrian Network for Patient Safety*, abzurufen unter [www.plattformpatientensicherheit.at](http://www.plattformpatientensicherheit.at), wurde auf Basis des Projekts EUNetPAS (*European Network for Patient Safety*; 7. EU-Rahmenprogramm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration) und auf Initiative des *Bundesministeriums für Gesundheit* 2008 gegründet und dient laut Internetauftritt der systematischen Bearbeitung von aktuellen Themenfeldern zur Patientensicherheit in Österreich. Zentral seien die Förderung der Patientensicherheit durch Forschung, Koordination von Projekten, Vernetzung und Information (vgl. [www.plattformpatientensicherheit.at/de/plattform.htm](http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/plattform.htm) [abgerufen am 07.02.2017]).

Doch zugänglich sind auch hier nur Informationen in deutscher Sprache. Auch die von der Plattform zur Verfügung gestellten Informationsbroschüren sind nur in Deutsch erhältlich, obwohl die Plattform einige Initiativen im Bereich Videodolmetschen im Gesundheitswesen (siehe Kapitel IV 4.6.2 *Videodolmetschen*) mitinitiierte und förderte und im Rahmen dessen die Relevanz von anderssprachiger Information bereits aufgezeigt wurde.

Betrachtet man die oben geschilderte Informationslage der anderssprachigen Patient\_innen, so verwundert es nicht, dass jene aufgrund mangelnder Information beispielsweise das Konzept Hausarzt\_in nicht kennen und die Ambulanzen zu ihren Anlaufstellen in jeglicher (Not-)Lage erwählen, oder aber im Falle von (Kommunikations-)Schwierigkeiten und den daraus entstehenden Unzufriedenheiten mit der mangelhaften Betreuung, die Ärzt\_in wechseln und durch dieses sogenannte Ärzt\_innen-Hopping weitere, im Grunde vermeidbare, Kosten für die Gesundheitsversorgung entstehen.

## 2.2 Bedarf und Folgen

Auf einer Pressekonferenz (2014) der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) zum Thema: „*Gesundheit 2020 - Patienten im Mittelpunkt!*“, sowie „*Im Fokus: Information und Transparenz*“, wurde die beschriebene Informationsproblematik debattiert. Es wurde der Bedarf eines umfassenden online Patient\_inneninformationsportals, das den Betroffenen ausführliche Informationen zur Verfügung stellt und so zur besten Ansprechpartner\_in führt, kundgetan. Auf dem derzeitigen Informationsportal [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) sind zwar Informationen über gesundes Leben, über Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Informationen über den Aufbau und die Struktur des Gesundheitswesens (auf Deutsch) vorhanden, das Problem der



richtigen Anlaufstelle, der richtigen Ansprechpartner\_in für das jeweilige Problem, die konkreten Beschwerden ist damit jedoch noch nicht gelöst. Auch Martin Gleitsmann, Leiter der Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit der WKO konstatierte: „*Ein interaktives, umfassend informierendes und sachlich fundiertes Patienteninformationsportal fehlt in Österreich. Es ist aber für den Patienten unerlässlich, sich im österreichischen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Wer kennt [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at)? Ein solches Portal muss intensiv beworben werden, um von der Bevölkerung auch entsprechend genutzt werden zu können*“. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der AK Niederösterreich betont: „*Schwachpunkt von [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) ist die Art der Vermittlung der Inhalte: das verwendete Deutsch ist für Personen, deren Umgangssprache nicht Deutsch ist, oftmals schwer verständlich und die derzeitigen Angebote bestehen nur auf Deutsch. Ein erweitertes Angebot zumindest auf Englisch, Türkisch und Bosnisch/Serbisch/Kroatisch wäre wünschenswert*“ (vgl. Pressekonferenz der WKO 2014: "Gesundheit 2020 - Patienten im Mittelpunkt!" Im Fokus: Information und Transparenz 22. September 2014, 10 Uhr, WKO Wien; [https://www.wko.at/Content.Node/iv/presse/wkoe\\_presse/presseaussendungen/Konzept\\_Patient\\_im\\_Mittelpunkt\\_Gesundheit\\_2020\\_Information\\_u\\_.pdf](https://www.wko.at/Content.Node/iv/presse/wkoe_presse/presseaussendungen/Konzept_Patient_im_Mittelpunkt_Gesundheit_2020_Information_u_.pdf); abgerufen am 26.12.2016).

Wichtig wäre daher auch allgemeine Information über das österreichische Gesundheitswesen in anderen Sprachen als Deutsch, denn:

Especially recent immigrants often have limited knowledge how the health system works, what their rights are and what is expected from them in the role of the patient. Implicitly they transfer their experience from their home country to the health system here. This may lead to increased utilization of hospital outpatient clinics, a merely demand for somatic treatment and drugs as well as an underutilization of certain services. In addition, lack of trust in the confidentiality of data may inhibit them to utilize diagnostic services, in particular HIV tests. Also, lack of trust in respectful treatment in institutions, particularly mental health institutions may be a cause of underutilization and resistance towards treatment (Riesberg & Wörz 2008:80).

Nicht nur Kommunikationsschwierigkeiten, sondern auch kulturell bedingte hohe Erwartungen an das Gesundheitswesen, oder durch Fehlinformation und Fehlinterpretation der Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems und den Standards und Möglichkeiten jenes generierte hohe Erwartungen, führen zu Ärzt\_innen-Hopping, wenn die unrealistischen Erwartungen nicht erfüllt werden.

Fehlende Informationen können die Gesundheit Anderssprachiger auch dahingehend beeinflussen und beeinträchtigen, als sie keinen Zugang zu Präventionsmaßnahmen und Aufklärungen finden; es kommt zu einer Unterversorgung, da in vielen andern Kulturen und Ländern das Konzept der Prävention entweder kein gängiges oder kein ähnlich ausgebautes wie in Österreich ist. Daher sind die österreichischen Präventionsmaßnahmen Menschen mit Migrationshintergrund zum Teil gar nicht bekannt oder der Vorteil jener nicht schlüssig – dies kann ebenso ein Grund für das nicht Nutzen der Möglichkeiten in Österreich und einen vermeidbaren schlechteren Gesundheitszustand sein. Aber auch Überversorgung kann eine Folge fehlender Information sein: Überversorgung zeigt sich in der Verordnung von Medikamenten, für die in Wahrheit keine Indikation vorliegt. Oder aber es kommt zu einer Fehlversorgung, die eine falsche Medikation, sowie unnötige Behandlungen oder das Fehlen notwendiger Untersuchungen mit einschließt. Wodurch zum einen die tatsächliche Krankheit und ihre Symptome nicht erfasst und behandelt werden, was eine Chronifizierung zur Folge haben kann. Zum anderen können unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten auftreten, die nicht indiziert sind und womöglich neue Folgen und Erkrankungen hervorrufen. All dies sind Probleme bei Verständigungsbarrieren und Informationsmängeln (vgl. Mane 2004:60).

Daher wäre es wünschenswert, dass Informationen über das Gesundheitswesen und auch die „Machbarkeiten“ und Grenzen dessen in Aufklärungspaketen wie der *Welcome-Box*<sup>3</sup> der Stadt Graz oder in Schulungen/Broschüren zum Thema Gesundheit in vielen Sprachen thematisiert werden, um einer Fehlversorgung oder einem Ärzt\_innen-Hopping entgegen zu wirken und aufzuklären. Information sollte ihren Weg zu den Patient\_innen finden. Hierfür ist eine Niedrigschwelligkeit der Angebotsaufklärung, Präventionsaufklärung, und Gesundheitsedukation notwendig. Denn weitere Folgen von fehlender Information sind auch eine niedrigere Beteiligung am Gesundungsprozess seitens der Patient\_innen, sowie Misstrauen gegenüber der Ärzt\_in oder dem Gesagten und allgemein eine geringere Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung. So gehen Menschen mit Migrationshintergrund oder generell fehlender Information über das Gesundheitswesen auch grundsätzlich eher ins Krankenhaus, selbst in Fällen, in welchen Hausärzt\_innen vollkommen ausreichend wären (vgl. Riesberg & Wörz 2008:75ff.). Die Klinik wird zur Erstanlaufstelle für Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch und somit zum Hauptort des Kommunikationsbedarfs und der Brückensuche.

### III Kommunikation

*Communicatio* lat. für *Verbindung*, *Mitteilung* und lat. *communicare* zu dt. *teilhaben*, *mitteilen* aus dem Adjektiv lat. *communis* für *gemeinschaftlich*, *öffentlich*, bildeten die Basis für die deutschen Entlehnungen dt. *kommunizieren*, mit der Verbbedeutung „durch Mitteilung gemeinschaftlich machen, öffentlich machen“ und *Kommunikation*, mit der Bedeutung von Verständigung und Übermittlung bzw. Austausch von Information.

Kommunikation kann als das Bindeglied zwischenmenschlicher Interaktion bezeichnet werden. Fehlende Kommunikation durch fehlende Kommunikationsmittel und -wege führt nicht nur, aber auch im medizinischen Bereich zu einer Pattsituation: die Patient\_in sucht die Ärzt\_in auf mit einem Anliegen noch unbestimmter oder bereits bestimmter Art, welches jedoch nicht kommunizierbar ist. Es kann von einem implizit erschlossenen Behandlungsauftrag ausgegangen werden,<sup>4</sup> dennoch benötigt die Ärzt\_in Informationen über Art und Schweregrad der angenommenen Krankheit(en) und deren Symptome, um weitere etwaige Maßnahmen einleiten zu können. Kommunikation ist also notwendig, um eine Patient\_in nicht nur bestmöglich, sondern überhaupt rechtmäßig zu behandeln.<sup>5</sup> Doch selbst wenn eine gemeinsame Sprache vorhanden ist und von einer eindeutigen klaren Kommunikation auf einer gemeinsamen Ebene ausgegangen werden kann, kommt es zu Missverständnissen. Daher begann sich die Wissenschaft für Modelle und Ansätze zu interessieren, welche als ein Versuch, dieses Bindeglied Kommunikation zum Bestmöglichen zu steuern, bezeichnet werden können; dies begründete die sogenannten Kommunikationstheorien. Um dies zu verdeutlichen und die Schwierigkeitsgrade, die bei einer Dolmetschung hinzukommen gut darstellen zu können, möchte ich im Folgenden kurz auf ausgewählte Kommunikationstheorien und ihre Ansätze für eine gelingende Kommunikation in *einer* Sprache eingehen.

---

3 Die *Welcome-Box* der Stadt Graz ist ein Willkommenspaket für neu hinzugezogene Bürger\_innen. Sie beinhaltet unter anderem eine Broschüre mit Basisinformationen zu den Themen Wohnen, Arbeiten, Integration, Bildung, Schule, Gesundheit, Sozialleistungen und Verkehr in Graz, sowie wichtige Adressen und liegt in sechs Sprachen auf: Deutsch, Englisch, Französisch, Bosnisch/Serbisch/Kroatisch, Türkisch und Russisch (vgl. <http://www.graz.at/cms/beitrag/10240624/3722317> [abgerufen am 07.02.2017]).

4 Mehr hierzu siehe Kapitel III 3.5 *Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich*.

5 Mehr hierzu siehe ebenso Kapitel III 3.5 *Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich*.

### 3.1 Kommunikationstheorien

Mit zunehmender Erforschung von Sprache entstanden zahlreiche Kommunikationstheorien und Kommunikationsmodelle, welche sich hinsichtlich ihrer Komplexität und inhaltlichen Schwerpunkte unterscheiden, jeweils inspiriert, genährt und geformt von verschiedenen Wissenszugängen und Entwicklungen verschiedener Disziplinen. Für die Kommunikation, als eines der wichtigsten Mittel der sozialen Interaktion und Basis für die Verständigung zwischen Ärzt\_innen und Patient\_innen, seien hier jedoch nur psychologische Kommunikationsmodelle aufgeführt, welche das Verständnis von Kommunikation nachhaltig geprägt haben: laut Röhner und Schütz (2012) handelt es sich dabei um sogenannte *Encoder-/Decoder-Modelle*, *Intentionale Modelle*, *Perspektivenübernahme-Modelle* und *Dialog-Modelle* (vgl. Röhner & Schütz 2012:passim).

**3.1.1 Encoder-/Decoder-Modelle** beschreiben Kommunikation als einen Prozess, indem eine innere Repräsentation, (wie beispielsweise die Definition oder Bedeutung eines Wortes wie *Zuckerkrankheit*), mithilfe eines *Codes* (hier Sprache) encodiert, d.h. verschlüsselt wird.

Zum Zwecke der Kommunikation wird nun der verschlüsselte *Code* über den Kommunikationskanal zu den Empfänger\_innen der Information geleitet und muss von jenen wieder decodiert/entschlüsselt werden. Diese Art der Kommunikationsprozessbeschreibung ist angelehnt an den Beginn des sogenannten Computerzeitalters und die Prozessabläufe in diesem Metier. Sie fokussiert auf ein umfassendes Verständnis von Kommunikation und sucht nach optimalen Übertragungsmöglichkeiten und Bedingungen für Botschaften. Infolge dessen werden auch sogenannte Störquellen und Probleme anderer Art untersucht, die eine Übermittlung der Botschaft beeinflussen bzw. verhindern können.

Shannon und Weaver haben beispielsweise mit ihrem Transmissionsmodell (1949) eine Basis weiterer intensiver Auseinandersetzung mit Modellen dieser Art geschaffen (vgl. Shannon & Weaver 1949; vgl. Röhner & Schütz 2012:17ff). Ein anderes nennenswertes Kommunikationsmodell dieser Kategorie ist jenes von Schulz von Thun (1981).

Menschliche Kommunikation wird von Schulz von Thun auf jeweils vier verschiedenen Ebenen betrachtet, welche er erstmals 1981 in einem Modell vorstellte. Vier Seiten einer Aussage, vier verschiedene Botschaften werden in diesem Modell unterschieden und im Folgenden in den Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kontext übertragen:

a. Der *Sachinhalt*: Hier handelt es sich um jene Sachinformation, welche die Sender\_in der Empfänger\_in mitteilen möchte. Beispielsweise die Diagnoseaufklärung: die Ärzt\_in teilt der Patient\_in mit, die Auswertung der erhobenen Daten hätte ergeben, sie sei *zuckerkrank*.

b. Die *Selbstoffenbarung*: Sie beinhaltet Informationen über die sendende Person, die sowohl gewollter, als auch unbeabsichtigter Natur sein können. Die Ärzt\_in spricht klar und mit direkten Worten, ihre Haltung ist aufrecht und der Stimmtton ist stark – dies transportiert ihre *Sicherheit* in Bezug auf die Diagnose.

c. Die *Beziehungsaussage*: Die Art und Weise wie jede in die Kommunikation involvierte Person angesprochen wird, gibt Aufschluss darüber, wie die Beziehung definiert wird. Die Ärzt\_in duzt die jung aussehende Patient\_in, jene siezt, wenn sie die Ärzt\_in anspricht, fällt jedoch ebenfalls ins Duzen, wenn der Satzbau für ihre Deutschkenntnisse zu komplex wird. Dies zeigt *Respekt* und symbolisch, dass die unbewusste *Hierarchie* zwischen der Ärzt\_in und Patient\_in eine absteigende ist.

d. Der *Appell*: Eine Nachricht soll die adressierte Person dazu bringen, bestimmte Dinge zu tun oder zu unterlassen, zu denken oder zu fühlen. Die überbrachte *Diagnose* und damit verbundene *Aufklärung* über die Natur der (Zucker-)Krankheit sollen die Patient\_in beispielsweise nicht nur informieren, sondern zu *bestimmtem Handeln* in Bezug auf ihren Körper und die Nahrungsaufnahme *bewegen*.

Entsprechend postuliert von Thun auch vier Arten der Aufnahme einer Botschaft:

a. Die *sachbezogene* Ebene: Wie ist der Sachverhalt zu verstehen? Die Diagnose betrifft mich, meine Gegenwart, Zukunft und mein Handeln in einer bestimmten Art und Weise. Ebenso erklären sich mir nun vielleicht gewisse Beschwerden oder Symptome, ich erhalte Fachinformation und ich kann nun informiert neu agieren.

b. Die *selbstoffenbarungsorientierte* Ebene: Was für eine Person ist das? Ist die Ärzt\_in dominant, forsch, unsensibel oder sich ihrer Sache nur sehr sicher? Kann ich ihr und ihrer Diagnose vertrauen?

c. Die *beziehungsorientierte* Ebene: Wie redet sie mit mir? Wen glaubt sie vor sich zu haben? Wut, Misstrauen oder Geringschätzung können Folgen sein, wenn Botschaften als respektlos aufgenommen werden – keine gute Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung entsteht. Klare einfache Worte und eine verständliche Sprache können aber auch zu Verständnis und Dankbarkeitsgefühlen seitens der Patient\_in führen – eine gute Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung entsteht.

d. Die *Appell-bezogene* Ebene: Was soll ich denken, fühlen, tun? Ich höre, ich soll auf meine Ernährung achten, ich benötige eine dauerhafte medizinische Unterstützung in Form von Medikamenten, ich brauche dennoch keine Sorgen zu haben, wenn ich mich an die vorgegebenen Empfehlungen der Ärzt\_in halte.

All diese Ebenen sind in jeder Aussage unterschiedlich stark ausgeprägt präsent und wirken, ob bewusst oder unbewusst; ein Prozess läuft ab (vgl. Röhner & Schütz 2012:15ff.).

Schwierigkeiten bei der Kommunikation lassen sich häufig so beschreiben, dass die Intention der sendenden nicht der Wahrnehmung der empfangenden Person entspricht. Einer Sender\_in/Ärzt\_in geht es beispielsweise um einen Appell – konkrete Unterstützung (*compliance*<sup>6</sup>) seitens der Patient\_in bei der Behandlung der Krankheit im Alltag zu erhalten; die Empfänger\_in achtet dagegen auf den Beziehungshinweis und drückt Unmut aus, da sie sich bevormundet und in ihren Freiheitsbestrebungen und ihrer Autonomie nicht wahr-, oder ernstgenommen fühlt, oder aber ihre Schwierigkeiten mit der Umsetzung des medizinischen Rates im Alltag als nicht gehört empfindet.

Die Kommunikationsqualität hängt nach Schulz von Thun daher davon ab, wie gut die Entschlüsselung des von Sender\_innen *Gemeinten* gelingt (vgl. Röhner & Schütz 2012:18ff.).

**3.1.2 Intentionale Modelle** fokussieren auf das Gelingen von Kommunikation und damit auf die Übertragung des *Gemeinten*; nämlich wie die Absicht der Sprecher\_in der Rezipient\_in übermittelt werden soll und sowohl Sprecher\_in, als auch Rezipient\_in sich in der übertragenen Botschaft bzw. ihrer Bedeutung einig sind. Wie dies erreichbar sein könnte, sucht Grice (1975) beispielsweise durch die Regeln seines Kommunikationsmodells darzulegen. Grice geht es in diesem Kommunikationsmodell um Kooperationsbereitschaft von Botschaftssender\_in und Empfänger\_in zum Zwecke der Verständigung. Seine Maximen sind die der Qualität (Wahrheit), der Quantität (Maß der Notwendigkeit), der Klarheit (Logik, Vermeidung von Mehrdeutigkeiten) und der Relevanz bei der Übermittlung von Inhalten (vgl. Röhner & Schütz 2012:20f.). Da es selbst bei alltäglicher Kommunikation nur unter starken Anstrengungen möglich ist nach jenen Maximen sprachlich zu handeln, scheint ein Erreichen des Idealfalles auch im klinischen Alltag kaum möglich. Dennoch zeigen diese Maximen wichtige Komponenten gelingender sprachlicher Verständigung auf und spielen im Dolmetschprozess bei der Wahl der Übersetzungsmethode eine große Rolle (siehe Kapitel IV – 4.3.1 *Qualitätsmerkmale professioneller Dolmetscher\_innen*).

6 Unter *compliance* (engl. für Einhaltung, Folgsamkeit) bzw. Komplianz der Patient\_in wird in der Medizin das kooperative Verhalten im Rahmen der Therapie oder Behandlung verstanden und subsumiert. Anders ausgedrückt ist *compliance* die Fähigkeit und Bereitschaft an der Gesundheit und dem Behandlungsprozess aktiv mitzutun. Dieser Begriff ist im Deutschen auch als „Therapietreue“ oder „Adhärenz“ (engl. *adherence* für Befolgen, Festhalten) in der Literatur zu finden.

**3.1.3 Auch Modelle der Perspektivenübernahme** suchen nach Möglichkeiten idealer Kommunikation und idealen Verstehens. Hier jedoch spielt die Bereitschaft der Kommunizierenden „in die Schuhe des anderen zu steigen“ eine zentrale Rolle. Carl Rogers Regeln gelingender Kommunikation, welche von seinen Grundlagen der klientenzentrierten Beratung abgeleitet werden, fallen in diese Modellgruppe. Hier geht Rogers von drei Grundhaltungen für gelingende Kommunikation aus: unbedingte Wertschätzung, Empathie, sowie Echtheit oder Selbstkongruenz (vgl. Röhner & Schütz 2012:28ff).

Doch Kommunikationstheorien sind nicht immer nur auf die Übermittlung von Botschaften zu reduzieren. Dies zeigt die philosophische Herangehensweise von Paul Watzlawick, welcher mithilfe von Axiomen versucht, verschiedene Kernmerkmale zwischenmenschlicher Kommunikation zu erschließen. Dabei steht die Frage im Zentrum, wie menschliche Wirklichkeiten geschaffen werden.

Diese Frage nach Art und Weise der Konstruktion gemeinsamer Wirklichkeit ist das zentrale Element der Dialog-Modelle (vgl. Röhner & Schütz 2012:15f).

Eine Wirklichkeit, die durch die Anwesenheit einer Dolmetscher\_in mitgeformt wird, denn jene dient nicht nur einer Aspekt-Erweiterung einer bereits bestehenden, konstruierten Wirklichkeit, sondern schafft selbst Raum und ist somit mehr als eine Brücke; eine neue, differente Wirklichkeit wird ermöglicht und geschaffen.

## **3.2 Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation**

### **3.2.1 Das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch**

Eine gelingende Kommunikation ist für das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch unabdingbar. Die jeweiligen Gesprächspartner\_innen finden sich zum Zwecke des Informationsaustausches zusammen und suchen gemeinsam nach Wegen einer bestmöglichen Patient\_innen Betreuung. Ziel der Gespräche ist das Finden einer Orientierung für die weitere Vorgehensweise, beginnend mit der Anamnese. Ärzt\_in und Patient\_in benötigen für das gemeinsame Anliegen einer bestmöglichen Behandlung unterschiedliche Informationen. Die Ärzt\_in sucht herauszufinden, was der Grund der Konsultation ist; welche anderen Vorerkrankungen möglicherweise vorhanden sind; Zeitpunkt, Umfang und Art des Symptomauftritts; und was bereits dagegen unternommen wurde (vgl. Prince 1986:14). Die Patient\_in versucht herauszufinden, was mit ihr passiert, was die Symptome bedeuten und welche Diagnose infrage kommt; die Bedeutung der Diagnose und die Folgen für die Patient\_in; (Be-)Handlungsmöglichkeiten; Informationen für eine bestmögliche *compliance*, wie die richtige Medikamentennahme etc. – oder Informationen über Operationsverfahren und mögliche Risiken (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:32f.).

Egger (2007) schreibt, dass Informationen aus einer sorgfältigen Anamneseerhebung in 50% der Fälle für eine Diagnosestellung reichen, mit einer körperlichen Untersuchung können dann insges. 80% der Diagnosen geklärt werden und nur 20% der Fälle benötigen aufwendigere, technische Untersuchungen (vgl. Egger 2007:3, zit. nach Schmidt-Glenewinkel 2013:33). Informationen und die richtige Erhebung und Übermittlung solcher stellen also den wichtigsten Teil des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs dar. So kann das Funktionieren des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs als wichtigster Qualitätsfaktor der Behandlung gesehen werden, da die bestmögliche Behandlung auf den Erhebungen des Gesprächs aufbaut.

Gesprächsziele des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs sind seitens der Ärzt\_in nicht nur Information und Verantwortungsabgabe (bzw. die rechtliche Notwendigkeit der Aufklärung), sondern auch psychologischer Natur: Ängste abbauen, Vertrauen aufbauen, und eine größtmögliche *compliance* zu erreichen, um erfolgreich helfen zu können.

Das System der Stufenaufklärung soll seit den 80er Jahren dazu dienen, Patient\_innen bestmöglich zu informieren und aufzuklären. Die Stufenaufklärung beinhaltet zwei Stufen: zuerst erhält die Patient\_in schriftliche Informationsunterlagen mit Grundinformationen zu ihrer Erkrankung, ihrer Diagnose, oder geplanten Operation etc. und danach findet ein persönliches Aufklärungsgespräch statt. Gerade im Routinefall bzw. bei immer gleich ablaufenden medizinischen Vorgehensweisen kann diese Methode eine sehr gute Möglichkeit darstellen Patient\_innen aufzuklären, da erst eine gewisse Zeit nach dem Erhalt der schriftlichen Informationsunterlagen das Aufklärungsgespräch stattfindet und die Patient\_in somit bereits informiert in das Gespräch gehen kann und gezieltere Rückfragen stellen kann. Möglich ist dies, weil mittels der Stufenaufklärung verhindert wird, dass die Patient\_in aufgrund der Informationsflut eines alleinigen Aufklärungsgesprächs überfordert ist.

In der Praxis entspricht die Handhabung jedoch aufgrund von Zeitmangel oder anderen systeminternen Ablaufvorgaben nicht dem Idealfall. Das Aufklärungsinformationsblatt wird zumeist während des Aufklärungsgesprächs ausgehändigt und mit der Unterzeichnung der Einwilligung und Bestätigung der ausreichenden Aufklärung abgehakt (vgl. Meyer 2004:68). Hier kann von einer vertanen Chance für eine gelingende Aufklärung gesprochen werden, da die Idee der Stufenaufklärung gut, die Umsetzung jedoch aufgrund von systemeigenen Prozesskomplifikationen nicht realisierbar ist.

Berichte der derzeitigen Lage in Österreich zeigen die Grenzen der Möglichkeiten einer Stufenaufklärung für anderssprachige Patient\_innen auf. Aufklärungsbögen für bestimmte medizinische Vorgänge sind oftmals in verschiedenen Sprachen vorhanden, es zeigt sich jedoch, dass diese nicht immer tatsächlich vor Ort leicht verwendet werden können, da entweder der „Lagerort“ oder Information über den Zugang zu jenem nicht immer oder nicht allen bekannt sind. Und das trotz Bestrebungen innerhalb der Krankenanstalten, welche eine Vernetzung und bessere Nutzung mehrsprachiger Aufklärungsbögen in ganz Österreich voran zu treiben suchen. Sind Aufklärungsbögen in anderen Sprachen als Deutsch vorhanden, so in den gängigen *high prestige* Sprachen wie Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, aber auch Russisch, Kroatisch und Türkisch. Wenn man von Sprache als sozio-kulturellem Reflex ausgeht, zeigt sich hier die soziolinguistische Realitätswiderspiegelung der Gesellschaft und der vergesellschafteten inneren Hierarchie von Ethnien, Ländern und ihren Sprachen und dem damit verbundenen Prestige. Wir sehen welche Sprachen es wert sind, repräsentiert zu werden und welche Nachbarn es wert sind, unsere Gedanken an Hilfestellungen zu wenden und tatsächlich anderssprachige Materialien zur Bewerkstelligung des Alltags zu generieren – und das trotz Schengen-Raum, EU und jahrhundertelanger Nachbarschaft mit bestimmten Volksgruppen und Konfrontation mit deren Sprachen. Ganz zu schweigen von jenen Sprachen, die nur vereinzelt von Bewohner\_innen Österreichs gesprochen werden, denn ist die Sprecher\_innenanzahl zu gering, werden für diese Sprache keine Aufklärungsbögen gefertigt. Auch dass generell nur weniger als die Hälfte der Sprachen weltweit überhaupt eine Schrift haben ist ein Problem. Ebenso stellt die Tatsache, dass andere Kulturen eine wesentlich höhere Rate an Analphabet\_innen aufweisen ein Problem schriftlicher Aufklärung dar. Hier ist die Produktion von Aufklärungsbögen daher entweder nicht möglich oder sinnfrei, da sie bei Analphabet\_innen nicht zu Anwendung kommen können.

So lassen sich von den mehr als 150 verschiedenen in Graz gesprochenen Sprachen nur 10 in den Aufklärungsbögen der im Rahmen einer Bedarfserhebung von Korb et al. (2015) befragten Kliniken finden (vgl. Korb et al. 2015a:34ff.).

Doch selbst wenn es anderssprachige Aufklärungsbögen gibt, bleibt vieles für eine direkte Kommunikation offen: individuelle Diagnose- und Anamnesegespräche übersteigen die Möglichkeiten eines vorgefassten Bogens, ebenso beinhaltet ein Papier keine Gelegenheit für Rückfragen – ein Gespräch ist daher unumgänglich.

Kennzeichen eines Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs sind zum einen (a) eine gewisse Hierarchie, selbst in einer partnerschaftlichen Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung, (b) die Fachsprache und (c) bestimmte Rahmenbedingungen.

a) Hierarchie: Die Kommunikation zwischen Ärzt\_in und Patient\_in ist keine Kommunikation auf Augenhöhe, sondern auf verschiedenen Hierarchieebenen: die Ärzt\_in als Vertreter\_in einer Institution gibt den Rahmen vor und hat die Expert\_innen-Rolle inne, die Patient\_in ist in einer hilfsbedürftigen Positionen und hat die Lai\_innen-Rolle inne. Des weiteren beeinflussen auch Geschlecht und Kultur der Beteiligten diese Hierarchie.

Trotz der patriarchalen Grundstruktur unserer Gesellschaft ist es in den westlichen Ländern keine Besonderheit, wenn die Ärztin weiblich ist. In anderen Kulturen wird Frauen weniger Wert gegeben und Respekt gezollt, Patienten solcher Kulturen „lassen sich von einer Ärztin nichts sagen“. Oder das Geschlecht spielt aufgrund der Religion eine Rolle und Frauen dürfen/sollen nicht von Ärzten untersucht werden.

b) Fachsprache: lateinische Begriffe, latinisierte oder deutsche Fachbegriffe und Hybride, sowie vereinzelt Anglizismen und eine große Anzahl an Fachbegriff-Abkürzungen bilden die Fachsprache, den Technolekt der Ärzt\_innen. Je nach Quelle kann von insgesamt bis zu 500.000 medizinischen Termini ausgegangen werden (vgl. Wiese 1998:1279f. zit. nach Schmidt-Glenewinkel 2013:31).

Auch die Verwendung der Fachsprache gestaltet sich je nach Adressat\_innengruppe unterschiedlich: entweder auf der wissenschaftlichen Ebene, wie in einem Forschungslabor in Form einer Wissenschaftssprache, in der Kommunikation zwischen Ärzt\_in und dem medizinischen Personal als fachliche Umgangssprache/Technolekt oder in der Kommunikation zwischen Ärzt\_in und Patient\_in in Form einer lai\_innenbezogenen Sprache (vgl. Lippert 1979, zit. nach Schmidt-Glenewinkel 2013:32).

Aber auch die an die Lai\_innen angepasste Fachsprache ist selbst für (bildungsfernere) deutschsprachige Personen nicht leicht verständlich, sodass der Zugang zu fachlich-professionellem Wissen für einen großen Teil der deutschsprachigen Bevölkerung bereits mit einer sprachlichen Hürde verbunden ist.

c) Übervolle Warteräume und Mangel an Personal sowie Zeitmangel setzen oftmals ebenso als Rahmenbedingung die Art der Kommunikation als eine effizienzorientierte und strukturierte fest (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:32).

Für Ärzt\_innen ist das Gespräch mit Patient\_innen, auch mit neuen, in gewisser Form Routine und vertraut. Zudem lenkt die Ärzt\_in die Gesprächssituation mittels diagnostisch-relevanter Fragen und behält somit die Führung. In der Gesprächsführung wählt die Ärzt\_in bewusst möglichst neutrale und wertfreie Begriffe und Formulierungen in den Fragestellungen, darauf abzielend die Patient\_in nicht vor den Kopf zu stoßen und Schuld- und/oder Schamgefühle zu vermeiden, um eine vertrauensvolle, offene Atmosphäre zu erzeugen. Diese dient der Optimierung von Informationsflüssen. Dolmetscher\_innen sind daher dazu angehalten, dieses Format in der jeweiligen anderen Sprache weiter zu tragen. Geschieht dies nicht, so kann das die Gespräche erheblich beeinträchtigen und zu einem Informationsverlust für die Ärzt\_in durch einen Vertrauensverlust (oder grundsätzlich fehlendes Vertrauen) seitens der Patient\_in führen. Eine gute Zusammenarbeit und Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung ist dann nicht mehr möglich und eine bestmögliche Versorgung der Patient\_in folglich ebenso wenig. Wenn nun Lai\_innen, insbesondere Kinder dolmetschen, gehen diese Ebenen oft verloren und die Botschaft wird auf die reine Inhaltsebene reduziert, ebenso, im oben genannten Sinne, zum Nachteil der Patient\_in (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:34).

### **3.2.2 Modelle der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung**

Sowohl die langjährige medizinische Fachausbildung und Praxiserfahrung, als auch die emotional zumeist angespannte Situation der Hilfesuchenden bedingen, dass sich zwischen Ärzt\_innen und ihren Patient\_innen ein Gefälle ergibt. Daraus folgt, dass die Kommunikation zwischen den beiden Parteien nicht unbedingt „auf Augenhöhe“ stattfinden kann, wenn die Person mit Wissensvorteil (die Ärzt\_in) nicht bewusst Anstrengungen des Ausgleichs bzw. der Aufklärung anstrebt. Grundsätzlich zeigte sich in den letzten Jahren eine Veränderung in der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Interaktion: von der alten, stark durch den Einfluss der Ärzt\_innen geprägten Kommunikation hin zu einer zunehmend partnerschaftlichen Kommunikation; eine Entwicklung vom Paternalismus zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Idealerweise endet hier diese Entwicklung nicht. Zusätzlich zum gemeinsamen Entscheiden und Teilen der Verantwortung der therapeutischen Konsequenzen, geht der Trend in Richtung Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstmanagement der Patient\_innen – weit über die Grenzen der *compliance* hinaus.

In den nächsten Unterkapiteln sollen nun das paternalistische Modell, das Konsument\_innen-, bzw. Dienstleistungsmodell und das partnerschaftliche Modell der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung kurz erläutert werden.

#### **3.2.2.1 Das paternalistische Modell**

In einem paternalistischen Modell der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung entscheidet alleinig die Ärzt\_in für die Patient\_in. Patient\_innen verhalten sich passiv und vertrauen der Expertise der behandelnden Ärzt\_innen. Aufgrund der sich wandelnden Blickweise auf das auch subjektiv empfundene Wohl der Patient\_in und welche Dimensionen dieses mit einschließen kann, wird dieses Modell zur Zeit in Österreich hauptsächlich in Situationen angewandt, die ein solches aufgrund von fehlender Autonomie und Entscheidungsfähigkeit bzw. dessen Ausdruck, erfordern. Beispiele hierfür wären Notfälle mit nicht-ansprechbaren Personen oder akute Psychosen, Selbst-, und/oder Fremdgefährdung. Diese Veränderung im Hinblick auf die Autonomie und das subjektive Wohl der Patient\_in ist auch im Recht ersichtlich, welches die Einzelne vor ungewollten Eingriffen schützt und eine starke Legitimation für oben genannte Notfälle erfordert (mehr hierzu siehe Kapitel III – 3.5 *Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich*).

#### **3.2.2.2 Das Konsumenten-/Dienstleistungs-Modell**

Dieses Modell beschreibt die Situation als einen Marktschauplatz, an welchem sich die Angebote der Ärzt\_innen und die nicht nur gesundheitlich bedingten Nachfragen und Bedürfnisse der Patient\_innen treffen. Es wird von einem Informationsbedürfnis der Patient\_in ausgegangen, und die Aufgabe der Ärzt\_in ist es, jene Informationen, falls nicht vorhanden, in Erfahrung zu bringen und zur Verfügung zu stellen. Hernach entscheidet die Patient\_in auf Basis der erhaltenen Information und das medizinische Personal setzt die Wünsche der Patient\_innen um. In diesem reinen Dienstleistungsmodell ist die Zufriedenheit der Kund\_innen das primäre Ziel, welche als vollkommen eigenverantwortlich in Situationen sich selbst überlassen werden, die nachhaltig ihr Leben beeinflussen und verändern könnten. Gerade bei Behandlungsoptionen, die mehrere nicht gleichwertige Möglichkeiten aufweisen, ist eine freie Wahl als bedenklich zu bewerten. Problematisch ist dies ebenso, da den Patient\_innen bei der Informationsbereitstellung nie wirklich volles Wissen über alle Aspekte einer Erkrankung, Behandlung etc. kommuniziert werden kann und jenen die Abschätzung der Folgen und Risiken daher oftmals schwerfällt. Zudem sind Patient\_innen eben Betroffene und emotional involviert, wodurch sich rationales Abwägen und eine Entscheidungsfindung besonders bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen als schwierig erweist.



Auch aufgrund von anderen Prinzipien, ethischen Gerechtigkeitsbestrebungen und der österreichischen Grundvorstellung von Medizin als keiner reinen Wunschmedizin, kann dieses Modell als unzureichend und nicht dem Wohle der Einzelnen, sowie nicht dem Wohle einer Gesellschaft dienend angesehen werden.

### **3.2.2.3 Das partnerschaftliche/patient\_innen-orientierte Modell (*shared decision-making*)**

Dieses Modell der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Interaktion beinhaltet drei Phasen, in welchen eine gute Gesprächsatmosphäre – die Möglichkeit einer klaren offenen Kommunikation – ein wichtiger Bestandteil der Vorgehensweise ist. Der erste Part ist das Darlegen der (subjektiv) empfundenen Krankheitssituation, der angenommenen Theorien und der persönlichen Präferenzen der Patient\_in. Der zweite Part ist jener der Ärzt\_in, hier werden Untersuchungsergebnisse besprochen und Therapieempfehlungen dargelegt. Im Anschluss findet der dritte Part – der gemeinsame – statt: es kommt zur Erarbeitung einer individuellen gemeinsamen Lösung. Im weiteren wird dieser Prozess – wie in der Fachsprache üblich – als *shared decision-making* bezeichnet. Hier wird nicht nur auf den Wissensvorteil der Ärzt\_in geachtet, sondern auch auf die autonome Entscheidung der Patient\_in. Im Idealfall gehen Ärzt\_innen aktiv im Gespräch auf ihre Patient\_innen zu, vermitteln ihr Fachwissen, empfehlen aus ärztlicher Sicht optimale Handlungsoptionen, nehmen aber ebenso die Entscheidungen der Patient\_innen akzeptierend an. Ein sich daraus ergebender Vorteil zeigt sich auch in der *compliance* der Patient\_innen, welche steigt, da sie in die Ausarbeitung eines Handlungsplanes miteinbezogen werden.

In der heutigen medizinischen Praxis wird diese Vorgehensweise forciert. Es zeigt sich, dass individuelle Lösungen, dem individuellen Patient\_innen-Wohl entsprechend und individuellen Werthaltungen entgegenkommend, bevorzugt werden und somit die Autonomie der Patient\_innen ein klarer Wert unserer gegenwärtigen Gesellschaft darstellt, was sich in der Präferenz dieses Modells widerspiegelt.<sup>7</sup>

## **3.3 Soziale Rollen**

In Bezug auf die Kommunikation zwischen Ärzt\_in und Patient\_in, seien auch soziale Rollen und die Erwartungen an jene erwähnt, da sie das Handeln, somit auch das sprachliche Handeln und damit die Qualität der Kommunikation beeinflussen:

Eine Rolle ist ein sozial definiertes Verhaltensmuster, das von einer Person, die eine bestimmte Funktion in einer Gruppe hat, erwartet wird (Stroebe, 2003:723).

Weiter erläutert Stroebe:

Rollen sind größtenteils von dem bestimmten Individuum, das sie innehat, unabhängig. Die erwarteten Verhaltensweisen sind die gleichen, gleichgültig, über welche persönlichen Merkmale der Rolleninhaber verfügt (Stroebe, 2003:723).

Eine Rolle umfasst somit „[...] die Gesamtheit der Verhaltenserwartungen, die an den Inhaber einer bestimmten Position im Netzwerk der sozialen Beziehungen gerichtet werden“ (Faller 2006a:37).

Diese Verhaltenserwartungen und die tatsächlich mit gewissen Rollen verbundenen Verhaltensmuster lassen uns Situationen besser einschätzen und vermitteln uns ein Gefühl von Vertrautheit und (Erwartungs-)Sicherheit durch eine gewisse Berechenbarkeit von Menschen in bestimmten Rollen. Dennoch sind die Handlungsspielräume und Dimensionen bereits in einer sozialen Rolle groß und der Mensch befindet sich zudem auch immer in mehr als nur einer

---

<sup>7</sup> Siehe hierzu auch Vogel & Faller 2006:155ff.

Rolle: eine Ärzt\_in, welche selbst an Krebs erkrankt ist, ist beispielsweise Expert\_in, Ärzt\_in und Patient\_in zugleich. Oder eine Ärzt\_in kann einerseits in ihrer Rolle als Ärzt\_in den Patient\_innen verpflichtet sein, eine bestmögliche Lösung für ein Problem zu finden und andererseits der Dienstgeber\_in als Angestellte, die Ressourcen sorgsam und sparsam zu verwenden. Hier können sich somit auch innerhalb einer Person Rollenkonflikte auftun.

### 3.3.1 Die Ärzt\_innen-Rolle

Die Ärzt\_innen-Rolle ergibt sich im Grunde aus dem Bedarf der Patient\_innen-Rolle. Dieser Bedarf ist durch eine Vorstellung von Krankheit und Gesundheit und dem Bedürfnis nach Gesundheit geprägt und richtet sich nun in Form von Erwartungen und Hoffnungen an die Ärzt\_in.

Die Aufgaben der Ärzt\_in in ihrer Rolle sind abhängig von den Bedürfnissen der Patient\_innen und den sozialen, somit moralischen, kulturellen, und religiösen Vorstellungen der jeweiligen Epoche. Heute hat die westliche Medizin nicht mehr ausschließlich das vollständige Heil, die vollkommene körperliche und seelische Gesundheit zum Ziel. Auch Schönheitsideale dürfen zum Teil ein Aspekt davon sein, auch reine Schmerzlinderung in der Palliativmedizin kann ein valides medizinisches Ziel sein. Heilung und Beistand – am Individuum und dem Volk, der Volksgesundheit und den ökonomischen Möglichkeiten orientiert und kontextsensitiv gewählt – sind der Kern der Rolle. Historisch tun sich vielerlei Dimensionen des Ärzt\_innen-Seins auf: so waren sie beispielsweise Priester\_innen, Hexen, Druid\_innen, Kräuterfrauen, Heiler\_innen, Lehrer\_innen, Mönche und Nonnen; Künstler\_innen, Forscher\_innen und Entdecker\_innen – im Dienste der Leidenden und der Wissenschaft. Immer in der Sphäre der zeitlich einzuordnenden Wissenschaft, mit Fokus auf seelisch-geistigen Aspekten oder rein mechanisch-physischen Vorgängen (vgl. Wolf 2009:40). Von rein religiös geprägten Dimensionen von Krankheit in Ursache und Wirkung, bis hin zu Erkenntnissen von genetischer Veranlagung und Erbgesetzen. Verbunden mit den unterschiedlichen Rollen in den vergangenen Epochen waren auch diverse soziale Wertigkeiten und gesellschaftliche Stellungen: religiös verehrte oder geächtete Gruppen mit Stätten des Wirkens wie Tempeln und Klöstern oder unter Repressionen wie der Inquisition.

Gerade im 19. Jahrhundert erlebte die Ärzt\_innen-Rolle durch den naturwissenschaftlich geprägten Fortschritt eine einschneidende Veränderung. Der ursprüngliche Fokus des Beistandes der Kranken (Subjekt Kranke) verlagerte sich zu einem Fokus auf Heilung einer Krankheit (Objekt Krankheit) eines Menschen mit (unter anderem) Krankheiten (vgl. Kampits 1996:9ff.)

Auch heute wird der Aufgabenbereich der Ärzt\_innen in Österreich von unseren westlichen, aufgeklärten, moralischen Idealen geprägt oder durch religiöse Vorstellungen (wie im Bereich der Fristenlösung) beeinflusst und durch temporär post-diskursiv festgelegte rechtliche Grenzen geregelt. Innerhalb dieser rechtlichen Festschreibungen und ihrer historischen Aufzeichnung lassen sich daher soziale und ethische Debatten und Entwicklungen sehen, es können Änderungen durch neue Ergebnisse in der Forschung und sozial-politische, sowie ökonomische Verschiebungen entdeckt und anhand der Betrachtung der vergangenen Rechtslage ausgemacht werden.

Zurzeit scheint ein Trend nach mehr Integration und Ganzheitlichkeit innerhalb der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit mit einem bio-psycho-sozialen Menschenbild einher zu gehen. Dabei kommt es in den einzelnen Bereichen der Medizin zunehmend zu einer Spezialisierung und Subspezialisierung, und damit zu einer größeren fachlichen Expertise, sodass es auch eine entgegengesetzte Bewegung zur ganzheitlichen Sicht von Patient\_innen, im Sinne einer partiellen Problemlösungsorientierung der Ärzt\_innen der Spezialgebiete kommt, so eine Vernetzung der medizinischen Dienstleister\_innen nicht gelingt.

Zudem entsteht durch die Finanzierungsstrategien der medizinischen Leistungen der Österreichischen Krankenkassen zunehmend mehr Druck auf Ärzt\_innen, welche nun *weniger* Zeit für umfassendere Tätigkeiten eines komplexen, multidimensionalen Aufgabenfeldes für

*mehr* Patient\_innen zur Verfügung haben. Und da Zeit als Ressource die Qualität der Kommunikation beeinflusst, beeinflusst das auch die Qualität der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung.

Dennoch genießt der Stand der Ärzt\_innen, resultierend aus der gesellschaftlich sehr wichtigen Funktion der mit den außerordentlichen Kompetenzen verbundenen Verantwortung, seit Jahrhunderten ein hohes Ansehen. Das Bild der „Gött\_in in weiß“ in der Umgangssprache zeugt noch von der sozialen Hochstellung dieser Berufssparte. Mit dieser Periphrase wird die unbegrenzte, scheinbar wundersame Wirkungsmacht der Ärzt\_innen aufgezeigt, der Verantwortungsaspekt des Berufsstandes bleibt außer Acht. Teil dieser Verantwortung ist das Handeln mit der standesgemäßen Sorgfalt nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschungen. Ein Teil dieser Verantwortung ist auch das Gewährleisten der verantwortungsbewussten Entscheidungsfindung durch das Schaffen der hierfür nötigen Strukturen, sowie das Einhalten und Schaffen der Behandlungsgrenzen durch die Rechte der Patient\_innen und deren Autonomie.

Auch wenn in Notsituationen die ethisch gut vertretbare Lösung von Problemen oftmals allein in der Hand des medizinischen Personals liegt, kann im ruhigeren klinischen Alltag davon ausgegangen werden, dass es eine bewusste, konsentische Entscheidungsfindung mit der Patient\_in gibt. Dies geschieht in Form eines Prozesses mithilfe von ausführlicher Kommunikation. Daher ist es die Aufgabe der Ärzt\_in, eine passende Gesprächsatmosphäre zu schaffen, um die nötige Nähe für Vertrauen und die Möglichkeit für Rückfragen zu gewährleisten. Dies gilt als Basis für eine moderne partnerschaftliche Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung und die geteilte Entscheidungsfindung. Es entsteht gewissermaßen eine geteilte Verantwortung für den jeweiligen Teil, die jeweilige Rolle: Beratungsleistung und Informationsweitergabe durch die Ärzt\_in und informierte, autonome Entscheidung seitens der Patient\_in.

Auch Parsons' soziologische Verhaltenserwartungen an die Ärzt\_in (1951) zeigen laut Faller (2006b) wichtige Aspekte auf:

- **Kompetenz:** spezifische Fachkompetenz für die Diagnosestellung und therapeutische Entscheidungen
- **Affektive Neutralität:** Rationalität, positive Zuwendung zur Patient\_in, Kontrolle von Sympathien und Antipathien
- **Universalismus:** uneingeschränkte Hilfsbereitschaft (unabhängig von Religion, Geschlecht, sozialer Herkunft o.ä.)
- **Funktionale Spezifität:** kein Ausnutzen der Ärzt\_innen-Rolle, Kenntnis der Grenzen der eigenen Fachkompetenz
- **Altruismus/Kollektivitätsorientierung:** Gemeinwohlorientierung, dem Kollektiv dienen

Weitere Erwartungen nach Buddeberg und Buddeberg-Fischer (2004) sind:

- **Respekt und Beschränkung** auf den gestellten Auftrag, jedoch keine reine „Machbarkeitsmedizin“
- **Wirksamkeit:** Wahl von Maßnahmen mit wissenschaftlich erwiesener Wirksamkeit
- **Zweckmäßigkeit:** Abwägung des Verhältnisses von erwünschter Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen
- **Wirtschaftlichkeit:** kostenbewusstes Handeln

(vgl. Faller 2006b; Buddeberg & Buddeberg-Fischer 2004; zit. nach Wolf 2009:41).

Dabei kann es zu immer neuen Rollenerwartungen durch immer schwieriger zu finanzierende, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der Spitzenmedizin kommen (vgl. Borgetto 2006:1965ff.).

### 3.3.2 Die Patient\_innen-Rolle

Das Wort *Patient\_in* kommt von lat. *patiens, patientis*, und bedeutete *erduldend, erleidend*. Leid ist somit eine konstituierende Komponente des Patient\_innen-Seins. Der Weg beginnt zumeist mit Beschwerden oder Symptomen, wenn sodann eine medizinische Praxis aufgesucht wird und Ärzt\_innen konsultiert werden, dann begibt sich der Mensch mit Symptomen oder Beschwerden in die Rolle der Patient\_in. Als solche\_r ist der Mensch informationssuchend, und heil- und beistandsbedürftig. Mit all den sozio-kulturellen Dimensionen der Vergangenheit und des Kontextes ist die Patient\_in den Ärzt\_innen ein Gegenüber und tritt in einen Dialog, um gemeinsam mit Ärzt\_innen nach Lösungen für ihre Situation zu suchen. Generell hat sich die Patient\_innen-Rolle in den letzten Jahrzehnten jedoch stark verändert: die Lebenserwartung der Menschen ist gestiegen, Zivilisationskrankheiten haben sich verändert, chronische Krankheiten werden häufiger, der Wandel der Ernährungsweisen führte zu positiven als auch negativen Effekten auf die Volksgesundheit, aber auch die medizinischen Möglichkeiten sind durch den Fortschritt der Wissenschaft auf allen Ebenen stark erweitert worden. Hinzu kommen die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung über das Internet und die zunehmende Mündigkeit durch individualistische Gesellschaftswerte und eine bidirektionale Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation.

Dennoch bleibt ein spürbares Ungleichgewicht gegenüber dem medizinischen Personal, da Patient\_innen nicht nur krank sind oder Krankheiten haben und damit verbunden oftmals in ihrer sozialen Rolle eingeschränkt sind, sondern auch weil ein mehr oder weniger großes Informationsungleichgewicht herrscht, welches die behandelnde Ärzt\_in nach Informations- und Wissenserwerb in vielen Jahren des Studiums und der beruflichen Praxis, mithilfe von situationsadäquater Aufklärung und Informationsgabe, auszugleichen sucht. In der Realität ist dies nur begrenzt möglich und hängt von mehr als nur dem Willen der Mediziner\_innen ab. Doch nicht nur spezielle soziale Rollen einer Person können eingeschränkt sein, die Person selbst kann durch Schmerz oder andere physische oder psychische Gegebenheiten nicht in der Lage sein, die rationale, erwachsene, und mündige Patient\_in zu leben, die sie im Grunde im Kontext unserer Sozialisation sein sollte. Die Sozialisation spielt auch in Hinblick auf die Art und Weise der Bedürfnisse eine Rolle, denn jene verändern sich mit der Vermittlung von Werten. So haben beispielsweise moderne Patient\_innen aufgrund des westlichen Wertes der Autonomie, welcher sozial und rechtlich verankert ist, das Bedürfnis (mit) zu entscheiden, was mit ihrem Körper (psychotherapeutisch auch Geist) passiert. Dieses Bedürfnis kann je nach Patient\_in unterschiedlich stark ausgeprägt sein, dennoch ist so die Verantwortung über den Verlauf der Erkrankung/Gesundheit nicht alleinig eine der Ärzt\_in oder der Patient\_in. Das westlich favorisierte, partnerschaftliche Modell der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung wird dadurch mithilfe des *Shared-decision-making*-Prozesses realisiert.

Doch Menschen unterscheiden sich, abgesehen von dem jeweiligen vorliegenden Krankheitsbild, im Kranksein, als auch in ihrer Krankheit. Zudem unterscheiden sie sich auch darin, wie sie ihre Symptome beschreiben, was einerseits in der sehr individuellen Form der Wahrnehmung liegen kann - sehr sensibler *versus* weniger guter Zugang zum eigenen Körper – andererseits aber auch von Persönlichkeitseigenschaften oder aber von der Fähigkeit, sich rhetorisch zu artikulieren, abhängen mag. Beides ist ebenso geprägt durch die Sozialisation, auch in Bezug auf das Geschlecht der Patient\_in. Manchen Patient\_innen fällt es leicht, akkurat zu beschreiben, was ihre Problemlage und ihr Anliegen ist, andere neigen zur Dissimulation oder Aggravation. Doch nicht nur das Unter-, oder Übertreiben stellt eine Herausforderung für die Ärzt\_innen dar, sondern auch jene Menschen, die sich weigern, die Rolle der Kranken einzunehmen, nicht zur

Patient\_in werden, da sie sich und/oder anderen nicht eingestehen, dass sie tatsächlich krank sind und Hilfe benötigen. Hier kann ein anderes Bild von Gesundheit und Krankheit durchaus ebenso von Bedeutung und Ursache für die persönliche vs. (westlich) professionelle Einschätzung und Zuordnung der Kranken-Rolle sein (vgl. Wolf 2009:37ff.).

Wenn also kulturelle Aspekte auf die Kranken-, bzw. Patient\_innen-Rolle Einfluss nehmen, so stellt sich die Frage, ob nun der anderssprachigen Patient\_in ebenso besondere Rolleneigenschaften zukommen: Es kann davon ausgegangen werden, dass die Abhängigkeitslage der Kranken-Rolle durch erschwerte Kommunikation die Hilfsbedürftigkeit vergrößert und die Vulnerabilität somit ebenso wächst. Trotz der Sprachkenntnisse in ihren (Erst-)Sprachen und anderen Fähigkeiten der Patient\_in ist eine Brücke notwendig. Verstärkt wird dieser Aspekt der Unvollständigkeit und Bedürftigkeit der Anderssprachigen mit Verantwortungsabgabe durch die mehrheitsgesellschaftliche Erwartungshaltung der monolingualen Österreicher\_innen: Menschen, die in Österreich leben, müssen die Österreichische Nationalsprache beherrschen, oder zumindest erlernen.

Die Gruppe der anderssprachigen Patient\_innen setzt sich jedoch aus Tourist\_innen, in Österreich lebenden Menschen anderer Nationalität, sowie Nachfolgenerationen von Immigrant\_innen und österreichischen Minderheiten mit anderer Erstsprache als Deutsch zusammen. Und da bei den Patient\_innen, die täglich in medizinischen Anlaufstellen vorstellig werden, nicht davon ausgegangen werden kann, dass jene ausschließlich Tourist\_innen sind und die in Österreich lebende Anzahl an Menschen anderer Nationalität wächst, ist die Gruppe anderssprachiger Patient\_innen eine heterogene. Hier greift die Erwartungshaltung an die anderssprachigen Patient\_innen zu kurz, da sie nicht miteinbezieht, dass Menschen anderer Erstsprache womöglich sehr wohl Deutsch erlernt haben, jedoch dennoch Schwierigkeiten oder Unsicherheiten in Situationen haben, die Fachvokabular oder emotional belastenden Aspekte mit sich bringen. Zudem ist der Unmut anderssprachigen Patient\_innen gegenüber – aufgrund des zusätzlichen Bedarfs einer Übersetzer\_in – auch aus dem Grund nicht gerechtfertigt, da jene ebenso wie andere, die das medizinische Hilfswerk nutzen, in den Sozialtopf Versicherung einzahlen oder nicht einzahlen und somit ein Recht auf gleiche Behandlung und Hilfestellung haben.

Die Krankenrolle bringt für die Kranke, abhängig von Art und Schwere der Erkrankung jedoch auch „Privilegien“ mit sich. In erster Linie sei das bereits erwähnte Recht auf die Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen genannt: Aufgrund der Unmöglichkeit, sich aus reiner Willenskraft heraus zu heilen, kann der Kranken ihre Hilfsbedürftigkeit und Unfähigkeit normalen Rollenverpflichtungen nachzukommen, nicht vorgeworfen werden und jene nicht zur Verantwortung gezogen werden; selbst wenn sie die Erkrankung fahrlässig mitverschuldet haben mag. Um der Gesellschaft keinen Schaden zuzufügen und Missbrauch durch Simulation zu verhindern, sollte dieser gesellschaftlich unerwünschte Zustand schnellstmöglich aufgelöst werden. Hierfür ist die Legitimation der Rolle sowie das Beginnen des (auf-)lösungsorientierten Handelns, das Aufsuchen professioneller Hilfe, notwendig. Ein Genesungswille ist also vorausgesetzt und die nun eingenommene oder innehabende Patient\_innen-Rolle wird im besten Falle eine temporäre (vgl. Borgetto 2006:1966f.).

Generell hat die Patient\_in, was ihre sozialen Rollen in der Gesellschaft betrifft, die Verpflichtung, so rasch wie möglich wieder „gesund“ zu werden, denn „Krankheit“ verursacht enorme Kosten im Gesundheitssystem (Untersuchungen, Operationen, Therapien, Kuren...) aber auch volkswirtschaftlich (Krankenstände, vorzeitige Alterspension...) gesehen (Wolf 2009:37ff.).

### 3.3.3 Die Dolmetscher\_innen-Rolle

Was charakterisiert die soziale Rolle der Dolmetscher\_in? Welche Anforderungen und Aufgaben sind ihr zugeordnet und welchen Unterschied macht die Profession im Vergleich zum Lai\_innen-Ausgangspunkt? Zunächst soll auf die Rolle, Funktionen und Aufgaben einer professionellen Dolmetscher\_in eingegangen werden. Professionell meint in diesem Kontext mit entsprechender Ausbildung und staatlicher Verifizierung bzw. abgelegter Externist\_innenprüfung in der Profession, aber auch sehr erfahrene Lai\_innendolmetscher\_innen mit großem Fachwissen.

Eine Herangehensweise der Beschreibung der sozialen Funktion und Rolle professioneller Dolmetscher\_innen zeigt Wadensjö (1992) in ihrem Werk „*Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*“. Hier sucht sie die Definition der Rolle über die Tätigkeit und die daraus folgende Funktion festzumachen: In einer Situation, in der mindestens drei Personen zugegen sind, wovon zwei der Personen in der Gesprächssituation aufgrund des Fehlens einer gemeinsamen Sprache auf die dritte, mehrsprachige Person als Dialogübersetzer\_in zurückgreifen, ist diese dritte Person in der Rolle der Dolmetscher\_in. Ihre Aufgabe ist das (bidirektionale) Interpretieren des Gesagten und Übertragen des Gehörten in die andere Sprache. Die Dolmetscher\_innen-Rolle beinhaltet also auch die Komponente der Koordination, der Ermöglichung des Gesprächs und unterscheidet sich hierdurch von den Rollen der anderen Gesprächsteilnehmer\_innen (vgl. Wadensjö 1992:65ff.).

Auch durch eine partielle Übernahme der Hörer\_innen-, und Sprecher\_innen-Rolle für die Person (Patient\_in) und die damit verbundene Aufgabe des Initiierens des Sprecher\_innen-Wechsels, ist eine Dolmetscher\_innen-Rollen-Tätigkeit. Aber bei näherer Betrachtung ist auch das Sprechen aus sich selbst, als aktives Handeln im Diskurs, als Autor\_in, durch die Dolmetscher\_in immer wieder Teil der Interaktion der drei Akteur\_innen.

Das sprachliche Handeln der Dolmetscher\_in und damit ihre Positionierung im System der Gesprächsbeteiligten und des Ablaufes ist auch vom Professionalisierungsgrad und der institutionellen, medizinischen oder dolmetschbezogenen Erfahrungswelt der Dolmetscher\_in abhängig. So zeigten Untersuchungen von Bolden (2000) laut Meyer (2004:23ff), dass der Erfahrungsgrad von an einem Klinikum angestellten, professionellen Dolmetscher\_innen im Hinblick auf den Ablauf eines Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs und die Relevanz gewisser Fragen der Mediziner\_in, sowohl die Wahrnehmung als auch das sprachliche Handeln, durch das Wissen um relevante Bestandteile des Gesprächs bzw. Ziele der Befragung, veränderte. Dies bedeutet, dass Dolmetscher\_innen gezielter nachfragen, der Ärzt\_in gleich tuend die Lebens-, und Leidensbereiche der Patient\_in abtasten und aktiv am Gespräch zwischen Ärzt\_in und Patient\_in teilnehmen. Hier können durch solches Handeln zwei gegenläufige Effekte wahrgenommen werden: zum einen zeigt die zielgerichtete Befragung mithilfe der erfahrenen Dolmetscher\_in, dass relevante Informationen systematischer und lückenloser gesammelt werden, zum anderen bleibt, aufgrund der dennoch vorhandenen Wissensasymmetrie von Dolmetscher\_in und Ärzt\_in die Gefahr, dass von der Dolmetscher\_in als unwichtig gestufte Informationen, aufgrund aktiven Auslassens in der Dolmetschung, nicht den Weg zur Ärzt\_in finden. Für die Ärzt\_in kann diese Information jedoch von Bedeutung sein (vgl. Meyer 2004:23ff).

Gesellschaftliche Erwartungen, Berufsideale und Erwartungen der betroffenen Nutzer\_innen der Dolmetscher\_in in ihrer Rolle und mit ihrem Wissen, ihren Fähigkeiten, die ihre Funktion konstituieren, sollen im Kapitel 4.3 *Professionelles Dolmetschen* näher betrachtet werden. Grundsätzlich ist die Rolle der Dolmetscher\_in eine vermittelnde, verbindende und dienende – wie die Worte Sprachmittler\_in, Dolmetschdienst etc. auch anschaulich spiegeln. Dennoch ist eine Dolmetscher\_in mehr als eine Sprach- und Kulturmittler\_in, denn jene Rolle oder Funktion kann in bestimmtem Ausmaße auch eine Lai\_in einnehmen und ausfüllen. Hier ist also der Grad an Professionalisierung, das Ausmaß der Erfahrung, das erlernte Wissen ein Grenzmarker zur Lai\_indolmetscher\_in, welche ebenso eine vermittelnde, verbindende Funktion innehaben kann.

Beiden ist die Kenntnis von mehr als einer Sprache und Kultur inne. Zumeist zeigt jedoch auch die Art der Beauftragung und die Entlohnung der Tätigkeit, sowie die rechtliche Verankerung einen Aspekt der Rolle und der sozialen Erwartungen an sie.

Berufsdolmetscher\_innen werden direkt beauftragt, haben eine fundierte Ausbildung, erhalten ein Honorar und unterstehen ihren Standesregeln und den Rechtsvorschriften ihrer Profession. Lai\_innen-Dolmetscher\_innen haben, so sie erwachsen sind, zumeist eine andere Profession inne oder gehen hauptberuflich anderer Arbeit nach. Sie erhalten kein extra Gehalt für ihre Sprachmittlungstätigkeit und sind rechtlich daher anders einzustufen und im Falle anders zur Rechenschaft zu ziehen. Zumeist sind zweitäre Mitarbeiter\_innen des Umfeldes, in dem gedolmetscht wird: Menschen aus dem sozialen Umfeld der Personen für die gedolmetscht werden soll und hier besonders oft Verwandte bzw. Kinder. Obwohl hier einige Rollen und somit auch Rollenerwartungen sich überschneiden, wird dennoch von Lai\_innendolmetscher\_innen dasselbe verlangt und erwartet wie von professionellen Dolmetscher\_innen. Das Bewusstsein über die verborgenen Problematiken und Ungerechtigkeiten scheint hier nicht besonders ausgeprägt zu sein, oder aber von der (scheinbaren) Notwendigkeit der Erfüllung dieser Tätigkeit überdeckt zu werden. Weitere Aspekte finden sich in Kapitel IV – 4.3.1 *Qualitätsmerkmale professioneller Dolmetscher\_innen*.

### **3.3.4 Erwachsenen-Rolle – Kind-Rolle**

Bisher wurde in der Darlegung der sozialen Rollen der Faktor Alter oder Verwandtschaft noch nicht miteinbezogen. Beide Faktoren sind konstituierende Elemente der Elternrolle und der Kind-Rolle sowie der Eltern-Kind-Beziehung. Alter positioniert eine Rolle in der Dimension Zeit, die nur in eine Richtung nämlich zukunftsorientiert gestaltbar ist.

Zeitbezogen ist die Rolle des Kindes als eine altersmäßig um einige Jahre jüngere als die der Eltern definiert. Aufgrund des Zeitflusses wandelt sich die Rolle des Kindes mit zunehmendem Alter zur Erwachsenenrolle, jedoch bleibt das Kind unabhängig von Alter sozial immer das Kind seiner Eltern, in der Kind-Rolle. Kinder werden also erwachsen und könnten selbst Kinder bekommen, selbst Eltern werden. Was sind nun die besonderen Eigenschaften der beiden Rollen? Besonderheiten ergeben sich altersbezogen vor allem für die Rolle der Menschen unter der gesetzlichen Volljährigkeit, der Kinder. Minderjährige sind in ihrer Entwicklung Erwachsenen nicht ebenbürtig und infolgedessen in Bezug auf ihr Alter, ihren Entwicklungsstand und ihre Relation zu den Erwachsenen zu betrachten. Erwachsenwerden ist ein Prozess über Kindheit und Jugend hinweg, in dem diverse körperliche und geistige Entwicklungsschritte durchlaufen werden müssen. Hierfür ist zum einen die Orientierung an Erwachsenen und den sozialen Rollen jener vonnöten und zum anderen die Gewährleistung eines geschützten Raumes für Entwicklung und die Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse. Zu jenen zählen unter Anderem das Bedürfnis geliebt zu werden, Nähe zu erfahren, bestärkt zu werden, geschützt zu werden, altersgemäße Erfahrungen machen zu dürfen und vor anderen bewahrt zu werden, das Bedürfnis nach Freizeit, Freude und Spiel, aber auch nach Führung, Orientierung, Struktur und Sicherheit (vgl. [https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/WasKinderbrauchen\\_Internetneu.pdf](https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/WasKinderbrauchen_Internetneu.pdf) [abgerufen am 22.02.2017]).

In der Kindheit befindet sich das Kind durch den noch nicht ausgereiften Organismus und die entwicklungs offene Persönlichkeit in einer vulnerablen Position und bedarf des Schutzes durch weiter entwickelte, reifere Menschen, Erwachsene. So ist die Rolle des Kindes auch durch eine Abhängigkeit von Erwachsenen definiert.

Eltern haben daher die Aufgabe und Pflicht dem Kind eine kindgerechte Entwicklung zu ermöglichen und die Bedürfnisse der Heranwachsenden zu befriedigen. Die Rolle der Eltern ist auch verbunden mit den Rollenfunktionen des Vorbildes, der Förder\_in und der Beschützer\_in und ist eine verantwortungsvolle.

Eltern und Kind ergeben eine Familie, ein kleines Sozialsystem mit eigenen Regeln, gekennzeichnet durch ein emotionales Naheverhältnis durch wechselseitige emotionale Bindungen der Familienmitglieder untereinander und die Funktion der Reproduktion, Brutpflege und des Förderns und Erziehens der Kinder hin zu wertvollen Mitgliedern einer Erwachsenenengesellschaft.

Die Rolle der Eltern, die Rolle des Kindes und die Rolle der Familie allgemein, ist geprägt von Kultur und Religion derselben und der umgebenden Lebenswelt. Innerhalb von Familien bestehen meist Kooperations- und Solidaritätsverhältnisse, sodass Familientraditionen und Werte über Generationen weitergegeben werden und das Handeln der Familienangehörigen, ihr Weltbild und ihr Rollenverständnis beeinflusst.

Was nun die Rollen und Rollenfunktion im medizinischen Kontext betrifft so können alle Familienmitglieder potentiell Patient\_innen sein. Erwachsene können sowohl Patient\_in, und je nach Ausbildung auch Ärzt\_in oder Dolmetscher\_in sein. Kinder hingegen können zwar Patient\_innen, aufgrund der fehlenden Ausbildung jedoch weder Ärzt\_in noch professionelle Dolmetscher\_in sein. So sie mehrsprachig aufwachsen bleibt die Möglichkeit als Lai\_innen zu dolmetschen und die Rolle einer Lai\_innendolmetscher\_in einzunehmen, auf welche sodann die gesellschaftlichen Erwartungshaltung an eine professionelle Dolmetscher\_in treffen. Wenn Kinder Patient\_innen sind, sind sie in ihrer Rolle als Kind in der Klinik. Als Angehörige und Lai\_innendolmetscher\_innen werden sie von der Kind-Rolle durch die an sie gerichteten Erwartungen in eine Position gedrängt, die eine Verantwortung tragen muss, der Kinder meist noch nicht gewachsen sind. Sie übernehmen Erwachsenenrollen und haben die dafür nötigen Fertigkeiten noch nicht erlernt oder sind dabei sie aufgrund der Anforderungen an sie nicht altersgerecht zu früh zu erwerben. Kindheit und Kind-Sein werden verkürzt. So stellt sich die Frage ob ein Kind die Rolle der Lai\_innendolmetscher\_in überhaupt einnehmen sollte und ob es nicht Pflicht der Eltern und anderer Erwachsener ist, das Kind vor nicht kindgerechten Rollenerwartungen und daraus resultierenden Überforderung zu schützen.

Nach der Betrachtung zahlreicher sozialer Aspekte der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Interaktion soll im folgenden Kapitel auf die rechtlichen Komponenten, die rechtliche Regelung eingegangen werden.

### **3.4 Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich**

#### **3.4.1 Ärztliche Schweigepflicht und die Anwesenheit Dritter**

Im Kontext der ärztlichen Tätigkeit werden zutiefst persönliche Lebensbereiche des Menschen angesprochen, im Rahmen von Untersuchungen Daten der ureigenen Privatsphäre gewonnen und im Gespräch der Patient\_in übermittelt. Doch nicht nur die Ergebnisse diverser Tests und Beobachtungen geben intime Details des Lebens preis, denn bereits in der Anamnese wird auf Schilderungen der Patient\_in direkt eingegangen und jene betreffen nicht nur die aktuelle Lebenssituation, sondern ebenso vergangene Lebensspannen in allen, auch den intimsten Bereichen. Denn die Sicherstellung der richtigen Diagnose und der bestmöglichen Behandlungsoptionen setzt voraus, dass die Ärzt\_in Einblick in die dazu notwendigen Aspekte des Lebens der Patient\_in erhält. Die ärztliche Schweigepflicht sichert den Patient\_innen daher, dass jegliche Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Dies schließt fremde Personen wie beispielsweise die Dienstgeber\_in, aber auch die Partner\_in, Eltern und Kinder mit ein. Die Schweigepflicht bildet somit eine wesentliche Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt\_in und Patient\_in. Das Recht auf Schweigepflicht stellt folglich eines der zentralen Patient\_innen-Rechte dar, welches in Österreich durch zahlreiche gesetzliche Regelungen geschützt wird: verfassungsrechtlich durch Artikel 8 MRK, strafrechtlich durch §121 StGB, verwaltungsrechtlich durch §54 ÄrzteG und §21 ZÄG, zivilrechtlich durch die §§16 und 1328a ABGB, sowie auch vielfach durch arbeits- und dienstrechtliche Vorschriften und das Datenschutzgesetz.



Das Ausmaß des (negativ formulierten) Schutzes umfasst das Verbot der Auskunftserteilungen an Dritte, das Herausgeben von Schriftstücken oder die Einsichtsgewährung in Krankenakten, sowie das bloße Andeuten von Gegebenheiten die Patient\_in betreffend. Die rechtliche Schweigepflicht gilt jedoch nicht nur für die behandelnden Ärzt\_innen, sondern auch für deren Hilfskräfte und im Falle einer Dolmetschung für die Dolmetscher\_in. Schweigepflicht besteht generell gegenüber allen Personen; somit auch, wie bereits erwähnt, gegenüber nahen Angehörigen der Patient\_in oder anderen Ärzt\_innen. Ärzt\_innen dürfen also lediglich mit Zustimmung der Patient\_innen Dritte über deren Gesundheitszustand informieren. Nur bei Vorliegen bestimmter Rechtfertigungsgründe kann ausnahmsweise auch ohne eine derartige Erlaubnis anderen Personen gewisse Auskünfte erteilt werden. Gründe hierfür wären beispielsweise eine akute Eigen-, oder Fremdgefährdung (vgl. Frühwirth 2009:1ff.).

Eine weitere Möglichkeit ist die freiwillige Einwilligung in die Datenweitergabe, im Zuge deren Patient\_innen nach Abwägung ihrer Interessen und nach sorgfältiger Prüfung der damit verbundenen möglichen Auswirkungen eine so geartete Willenserklärung verlautbaren. Jene kann inhaltlich beschränkt und jederzeit mit Wirkung *ex nunc* widerrufen werden (vgl. Frühwirth 2009:23). Das Entbinden der Ärzt\_innen von der Schweigepflicht muss jedoch nach bestimmten Parametern erfolgen, so muss die entbindende Person ihre Willenserklärung zwar nicht in einer bestimmten Form kundtun, benötigt hierfür jedoch gewisse physische und psychische Fähigkeiten: sie muss dispositionsfähig sein. Dies bedeutet, dass sie zum Zeitpunkt der Willenserklärung einsichts-, und urteilsfähig handelt. Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen sowie Kinder sind daher mit besonderer Achtsamkeit einzuschätzen. Doch Vulnerabilität kann nicht nur durch Alter, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen entstehen, auch das geringe Basisverständnis durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache kann beeinträchtigend wirken. Wenn Menschen in ihren Ausdrucksmöglichkeiten – auch nur vorübergehend – beschränkt sind, womöglich in einer zeitlich dringlichen Situation, und ihnen Alternativenlosigkeit im Rahmen der Erweiterung ihrer Ausdrucksmöglichkeit real erscheint, so ist wahre Wahl im Sinn einer freien Abwägung nicht möglich. Hinzu kommt, dass eine reine abstrakte Dispositionsfähigkeit eben nicht ausreicht, sondern jene in Bezug auf die konkrete Problemsituation vorhanden sein muss und Einwilligende somit *in concreto* das Ausmaß der Entbindung kennen müssen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit des Kennens der Informationen, die geheimnisgebunden sind und frei gegeben werden sollen (vgl. Frühwirth 2009:23).

Im Falle einer Dolmetschnotwendigkeit willigt die Person jedoch unwissend ein, da sie die betreffende Information aufgrund der fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten zwischen ihr und dem medizinischen Personal ohne Dolmetschung nicht erhalten kann und das Ausmaß jener Informationen von ihr somit nicht oder kaum abgeschätzt werden kann. Wird die Dolmetschung von beeideten professionellen Dolmetscher\_innen durchgeführt, so fällt jegliche, in der Situation geäußerte Information ebenso in das Geheimhaltungsgesetz des medizinischen Personals, sowie der Berufsethik in Berufs- und Ehrenkodizes und der Berufsstandesordnung der Dolmetscher\_innen.<sup>8</sup> Dolmetscht jedoch eine Person aus dem engeren sozialen Umfeld der Patient\_in, so ist kein wirklicher Schutz mehr gegeben, da diese Person vom Wissen nicht ausgeschlossen werden kann und eine weitere Schweigepflicht mehr oder weniger in der Hand der Einzelperson und deren Gutwill liegt. Kinder insbesondere können auch erst ab einem gewissen Alter in die Pflicht der Geheimhaltung genommen werden, da ihr Verständnis des Ausmaßes und der Notwendigkeit bzw. die Bewusstheit diesbezüglich möglicherweise noch fehlt.

---

8 Beispielsweise der Ethikcode der AALSP - Austrian Association of Language Service Providers nachzulesen auf: <http://www.aalsp.at/index.php?id=139> [abgerufen am 15.12.2016], oder den Berufs- und Ehrenkodex des Österreichischen Verbandes der allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher, nachzulesen auf: [http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=63&lang=de](http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=63&lang=de) [abgerufen am 14.05.2016].

Laut Frühwirth (2009) genügt im Bereich der gesundheitsbezogenen Geheimnisse für eine informierte Einwilligung ein ungefähres Wissen über die zu offenbarende Information, denn Lai\_innen werden in der Regel nie eine exakte medizinische Kenntnis einer Diagnose mit all ihren Begleiterscheinungen haben können (vgl. Frühwirth 2009:23). Doch auch dieses ungefähre Wissen muss zuerst in „Besitz“ der Patient\_in sein und ihr somit übermittelt werden. Hier ist also ebenso eine Dolmetschung nötig, womit sich das obengenannte Problem erneut bzw. davor bereits manifestiert. In diesem Zusammenhang kommt der Aufklärung der Ärzt\_in grundsätzlich als Voraussetzung für eine gültige Einwilligung besondere Bedeutung zu. Da sich Entbindungen von der Verschwiegenheitspflicht nur auf den konkreten Fall beziehen können und für zukünftige, ungewisse Situationen absolut ungültig und unwirksam sind, kann im Grunde auch davon ausgegangen werden, dass gegenwärtige Entbindungen mit unzureichendem, unsicherem Wissen über den Informationsinhalt als ungültig anzusehen wären, denn:

Letzte Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung ist schließlich deren Mängelfreiheit. Sie muss ernstlich und freiwillig sein und darf nicht an gravierenden Willensmängeln leiden (Frühwirth 2009:24).

Doch wie kommt der Wille einer Person und die willentliche, „mangelfreie“ Einwilligung zustande? Gerade im Hinblick auf Menschen mit einer anderen Sprache als Deutsch in einem Kontext, der zeitlich begrenzt und emotional belastend oder fordernd ist?

Die Bereitschaft zur Kooperation, um die medizinische Versorgung möglich zu machen, schließt oftmals eine große Entbehrungsbereitschaft an die Privatsphäre schützenden Maßnahmen mit ein, da das Fehlen einer gemeinsamen Sprache als Schuldlast der betroffenen Patient\_innen empfunden wird. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass zu basalen Lösungen, wie das Mitbringen von Verwandten zu Dolmetschzwecken tendiert wird, um diesen Makel, diese empfundene Bringschuld auszugleichen. Dass die Wahl auf Familien-, oder soziale Gruppeninterne Mitglieder – zumeist Kinder – fällt, ist insofern verständlich, da sich hier die Finanzierungsfrage nicht ergibt und oder das Verständnis für religiöse, kulturelle und sprachlich spezifische Merkmale als gegeben erachtet wird.

Eine weitere freiheitsminimierende Komponente ist die Vulnerabilität der Patient\_innen in Bezug auf die Ungewissheit einer Diagnose, ihres physischen oder psychischen Zustandes und womöglich körperliche und geistige Auswirkungen der mit der Krankheit einhergehenden Symptome wie Schmerz oder eingeschränkter Körperfunktion. Ängste und Sorgen um die eigene Gesundheit, die gefühlte Ohnmacht oder Bedrohung durch Ungewissheit sind Indikatoren einer bezugsmäßigen Freiheit. Und es zeigt sich, dass die Debatte über eine Lösung der Kommunikationsasymmetrie durch das Dolmetschen naher Angehöriger, insbesondere durch Kinder, hier gerade erst begonnen haben kann.

Wenn Kindern aufgrund der Pragmatik innerhalb unseres Gesundheitswesens und dem Mangel an ernsthafter Beobachtung der langfristigen Folgen, die Traglast für nicht vorhandene Lösungsalternativen unhinterfragt übergeben wird, so scheint eine gesellschaftliche Dysbalance bezüglich der Verantwortung und Generationengerechtigkeit vorzuherrschen. Hier kommt es zu einer Kompensation eines Dilemmas durch Ausnützung der vorhandenen Ressourcen ohne langfristiges Problemlösungsdenken (siehe auch Kapitel IV – 4.7.2 *Bedarf und Dolmetschausbildung*).

### **3.4.2 Patient\_innen-Information und -aufklärung**

Grundsätzlich entsteht bereits durch das Aufsuchen von medizinischer Unterstützung in einer Praxis oder Ambulanz ein zivilrechtlicher Behandlungsvertrag, so alle Beteiligten – Ärzt\_in und Patient\_in – bei Vertragsabschluss einsichts- und urteilsfähig sind. Die Form des Vertrags ist

nicht verpflichtend schriftlich zu halten, meist wird der Vertrag mündlich oder gar konkludent geschlossen. Diesem Vertrag inhärent sind in erster Linie ein Recht auf Behandlung *lege artis* und die Pflicht der Leistungsvergütung seitens der Patient\_in, aber auch die ärztliche Verschwiegenheits-, und Dokumentationspflicht etc. Weitere verschiedene gesetzliche Bestimmungen wie beispielsweise das Krankenanstaltengesetz und die strafrechtlichen Bestimmungen des §110 StGB bezüglich eigenmächtiger Heilbehandlungen, verweisen auf die Pflicht der Ärzt\_innen zur Aufklärung.<sup>9</sup> Selbst wenn die Behandlung *lege artis* erfolgte, aber keine ausreichende Aufklärung stattgefunden hat, sind sowohl strafrechtliche, als auch zivilrechtliche Verfolgungen der Haftungspflicht der Ärzt\_innen möglich (vgl. Prutsch 2004:271f.).

In diesem Recht auf Information seitens der Patient\_innen und der Pflicht zur Aufklärung seitens der Ärzt\_innen zeigt sich das Selbstbestimmungsrecht und der hohe Wert der (Patient\_innen-)Autonomie in Österreich.

Aufklärung kann nach dem Aufklärungsinhalt und -ziel in 1. die Selbstbestimmungsaufklärung (Diagnose-, Therapie- und Risikoaufklärung) und 2. die Sicherungsaufklärung oder therapeutische Aufklärung unterteilt werden:

### 3.4.2.1 Die Selbstbestimmungsaufklärung

Generelles Ziel einer Aufklärung ist die Ermöglichung einer selbstbestimmten Einwilligung oder Ablehnung einer medizinischen Behandlung seitens der aufgeklärten Patient\_innen. Mithilfe eines Aufklärungsgesprächs wird die nötige Information über beispielsweise die Art der Erkrankung, die erforderlichen Schritte einer Behandlung, eine allgemeine Beschreibung eines Eingriffes, oder der Wirkungsweise eines bestimmten Medikaments sowie den damit verbundenen Risiken etc., übermittelt. Hier sollen konkret Grundzüge der Erkrankung, des möglichen Verlaufs, möglicher Behandlungsmethoden und -alternativen sowie der jeweiligen Risiken geschildert und Raum für Rückfragen gegeben werden. Hernach soll nach reiflicher Prüfung und Abwägung der Heilerfolgs-, bzw. Linderungschancen und der Tragbarkeit der Risiken, sowie der persönlichen Nutzenevaluation, eine Entscheidung bezüglich weiterer Vorgehensweisen getroffen werden (vgl. Parceller et al. 2007:A578; siehe hierzu auch Kapitel III – 3.2.2.3 *Das partnerschaftliche/patient\_innen-orientierte Modell (shared decision-making)*).

Umfang und Art der Aufklärung sind jedoch vom Einzelfall abhängig. Je weniger dringlich ein Eingriff ist, d.h. je mehr Zeit zur Verfügung steht, desto umfassender muss aufgeklärt werden.

---

9 §110 StGB Eigenmächtige Heilbehandlung : (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§6) hätte bewusst sein können.

(3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen. (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> [abgerufen am 29.12.2016])

Zur Erläuterung: §6 StGB Fahrlässigkeit: (1) Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, daß er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.

(2) Fahrlässig handelt auch, wer es für möglich hält, daß er einen solchen Sachverhalt verwirkliche, ihn aber nicht herbeiführen will.

(3) Grob fahrlässig handelt, wer ungewöhnlich und auffallend sorgfaltswidrig handelt, sodass der Eintritt eines dem gesetzlichen Tatbild entsprechenden Sachverhaltes als geradezu wahrscheinlich vorhersehbar war. (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> [abgerufen am 29.12.2016])

Bei Vorliegen einer vitalen Indikation, die ein rasches Handeln erfordert, kann eine Aufklärung auch unterbleiben; dies muss jedoch starke Gründe und belegbare Indikationen nachweislich zu Grunde haben und eine Behandlung darf auch in diesem Falle in keiner Weise gegen den Willen der Patient\_in erfolgen. Im Normalfall müssen Patient\_innen jedoch über alle Informationen verfügen, um eine echte Wahl zu haben, wie sie mit der Krankheit oder der krankheitsbedingten Situation und den körperlichen oder psychischen Zuständen weiterleben möchten, oder ob sie sich mit einer bestimmten Form von Behandlung, trotz Risiken, einverstanden erklären (vgl. Prutsch 2004:113).

Die Selbstbestimmungsaufklärung wiederum umfasst ebenso mehrere Aspekte:

a. Die **Diagnoseaufklärung** soll Angaben über den ärztlichen Befund enthalten und hat erst dann stattzufinden, wenn die Diagnose gesichert ist, da eine Verdachtsdiagnose Patient\_innen möglicherweise verunsichern oder beängstigen würde. Die Patient\_in erhält hier Einblick in die Details der Befunde, die daraus resultierende(n) Diagnose(n) und mögliche Behandlungsziele und Optionen. In der Literatur und umgangssprachlich wird dies auch als das *klassische Aufklärungsgespräch* verstanden, bei dem Patient\_innen neben Informationen zum Befund auch Details über die daraus resultierenden Folgen erhalten.

b. Die **Behandlungs-**, oder **Therapieaufklärung** vermittelt Wissen über die geplante Behandlung, unabhängig von ihrer tatsächlichen Art (diagnostisch, konservativ oder operativ). So ein Eingriff stattfinden soll, vermittelt die Behandlungsaufklärung auch Informationen über Art und Schweregrad des geplanten Eingriffs, Dringlichkeit, Umfang, Durchführung, vorhersehbare Folgen, Erfolgsaussichten, Möglichkeiten der Verschlechterung und Informationen darüber, wie sich der Zustand ohne Behandlung darstellen würde. Darüber hinaus hat auch eine Aufklärung darüber zu erfolgen, welche alternativen Behandlungsmethoden noch möglich sind, da dies für die Entscheidungsfindung von ausschlaggebender Bedeutung sein kann; insbesondere dann, wenn ein Nicht-Eingreifen eine durchaus in Betracht zu ziehende Alternative ist. Ebenso kann im Zuge jener Aufklärung die Medikation und deren Dosierung besprochen werden, die Methode und der damit möglicherweise verbundene Schmerzgrad einer Behandlung, sowie den Folgen samt Tragweite und weiteren Eventualitäten wie etwaigen Nachbehandlungsschritten (vgl. Parceller et al. 2007:o.S.).

c. Die **Risikoaufklärung** gibt Auskunft über Risiken und Komplikationsgefahren, über Folge-, und oder Dauerschäden und Nebenwirkungen, die trotz einer Behandlung *lege artis* passieren können. Aufzuklären ist über Risiken, die erstens bei der vorgeschlagenen Therapie häufig eintreten oder die zweitens typischerweise mit dem geplanten Eingriff verbunden sind; hier spricht man auch von einer *Eingriffsaufklärung* oder *präoperativen Aufklärung*. Patient\_innen sind auch über Risiken aufzuklären, die sich aus spezifisch in ihrer Sphäre liegenden Faktoren ergeben, wie durch Alter, Geschlecht, Gewicht, oder Vorschädigungen etc. Es wird auch besprochen, wie sich ein Misslingen des Eingriffs auf den Gesundheitszustand der Patient\_in auswirken würde, wie die Erfolgsquote bei dem Eingriff liegt, sowie mögliche Alternativbehandlungen. Ebenso thematisiert werden die Verträglichkeit von Medikamenten und mögliche Nebenwirkungen (vgl. Parceller et al. 2007:A578). Jung (2004:38) ergänzt, dass im Zuge dessen Patient\_innen auch über den voraussichtlichen postoperativen Verlauf aufgeklärt werden sollen.

Welche Aufklärungsart auch immer von der behandelnden Ärzt\_in verfolgt wird, alle haben dasselbe Ziel: informierte und aufgeklärte Patient\_innen. Bei einsichts- und willensunfähigen Personen, sowie minderjährigen, bewusstlosen, psychisch kranken oder geistig behinderten Patient\_innen, ist eine Aufklärung der gesetzlichen Vertreter\_innen notwendig.

### 3.4.2.2 Die Sicherungsaufklärung oder therapeutische Aufklärung

Während die Selbstbestimmungsaufklärung mit all ihren Varianten dazu dient, Patient\_innen über die bevorstehende Behandlung aufzuklären, findet die Sicherungsaufklärung oder therapeutische Aufklärung nach einem Eingriff statt. Patient\_innen erhalten Informationen über etwaige Unverträglichkeiten, Nebenwirkungen bzw. Wechselwirkungen von Arzneien, ob und wann Nachkontrollen notwendig sind, sowie Empfehlungen zu einem heilzentriertem Verhalten nach dem Eingriff. Ziel ist somit die Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Sicherstellung des Heilerfolges und damit verbunden die Optimierung der Mitwirkung (*compliance*) der Patient\_in. Werden bei einer Sicherungsaufklärung Fehler gemacht, werden diese nicht als Aufklärungsfehler gewertet, sondern als Behandlungsfehler und auch als solche geahndet (vgl. Parceller et al. 2007: A578).

Eine Einwilligung in eine Heilbehandlung ist nur nach erfolgter Aufklärung über alle oben genannten relevanten Aspekte gültig. Die ärztliche Aufklärung hat grundsätzlich rechtzeitig zu erfolgen, sodass der Patient\_in eine angemessene Zeitspanne für Überlegungen bleibt. Je dringlicher ein Eingriff ist, desto näher kann der Zeitpunkt der Aufklärung bei dem Eingriffstermin liegen. Ärzt\_innen müssen bei der Aufklärung die Bildung und die psychische Verfassung der Patient\_in berücksichtigen. Die Aufklärungspflicht reduziert sich in dem Maße, in dem jene\_r bereits über das entscheidungsrelevante Wissen verfügt. Da jedoch auch das Recht auf Nichtwissen Teil des Behandlungsvertrages ist, kann von diesem Recht auch in diesem Zusammenhang Gebrauch gemacht werden. In solch einem Fall muss dieser *de facto* geäußerte Wille des umfassenden Aufklärungsverzichts dokumentiert werden. Eine Begründung seitens der Patient\_in ist nicht vonnöten (vgl. Prutsch 2004:107f. und Aigner et al. 2009:*passim*).

Auch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-G), das Blutsicherheitsgesetz (BSG) oder das Medizinproduktegesetz (MPG) enthalten zusätzlich zu der ärztlichen Aufklärungspflicht berufs- und themenspezifische Aufklärungspflichten (vgl. Aigner et al. 2009:*passim*).

### 3.4.3 Einwilligung und Abwehr

#### 3.4.3.1 Einwilligung

Die Rechtsprechung sieht in der Einwilligung zu einer Heilbehandlung ein Recht der Patient\_in, welches frei von falschen Vorstellungen nach ausführlicher Aufklärung und ohne Zwang abgegeben werden muss. Denn laut Rechtslage, festgelegt in §110 StGB, gilt jede Form einer medizinischen Heilbehandlung als Eingriff in die körperliche Integrität und bedarf daher einer entsprechenden Zustimmung.

Auch §77 StGB, welcher Tötung auf Verlangen untersagt und somit das Recht auf Leben als unverzichtbar festhält, zeigt auf, dass eine Einwilligung in die Gefährdung des Lebens, der Gesundheit, oder der körperlichen Integrität im Allgemeinen nur dann eine rechtfertigende Wirkung hat, wenn dadurch ein anderer, schwerer und wahrscheinlicher Nachteil von der betroffenen, einwilligenden Person abgewendet werden kann. Dies wiederum gilt insbesondere für ärztliche Heileingriffe.<sup>10</sup>

Selbiges folgt im Hinblick auf Heilbehandlungen auch spezifischer aus §90 Abs. (1) des StGBs, welcher besagt, dass eine Körperverletzung oder Gefährdung der physischen Sicherheit nicht rechtswidrig ist, so die Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt und die Verletzung oder Gefährdung nicht gegen die guten Sitten verstößt.<sup>11</sup>

---

10 §77 StGB **Tötung auf Verlangen** besagt: „Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“  
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620>  
[abgerufen am 26.12.2016].

11 §90 StGB **Einwilligung des Verletzten**: „(1) Eine Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit ist nicht rechtswidrig, wenn der Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt und die Verletzung oder

Eine Einwilligung nach §90 und §110 StGB ist nur wirksam, wenn sie die Patient\_in vor der Behandlung ausdrücklich oder konkludent erteilt hat und sie als solche dokumentiert wurde. Eine erschlichene, erzwungene oder sonst unwirksame Einwilligung ist einer nicht gegebenen gleich zu halten. Eine Einwilligung setzt ein bewusstes Einverständnis voraus, es genügt nicht, dass die Patient\_in den Eingriff insgeheim billigt. Eine konkludent erschlossene Einwilligung kann nur indizierte diagnostische und therapeutische Routinemaßnahmen beinhalten, dies geschieht beispielsweise bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrages. Operationen und andere schwerere Eingriffe in die körperliche Integrität bedürfen einer aufgeklärten, direkten Einwilligung.

**Einwilligungsmängel:** Jede Einwilligung muss frei von Mängeln sein. Als Mängel werden beispielsweise die Umstände, die zu einer Einwilligung führen und deren freie und ernstliche Gabe grob beeinflussen oder verhindern, beschrieben. So muss eine Einwilligung frei von gravierenden Willensmängeln sein und es darf keine Täuschung, Drohung oder Zwang vorliegen. Ärzt\_innen dürfen daher keine Einwilligung herbeiführen, indem sie den Gesundheitszustand schlechter oder das Leiden größer bzw. gefährlicher darstellen; auch Maßnahmen dürfen nicht als dringlicher als den Tatsachen entsprechend dargestellt werden.

Im Falle einer irrtümlich gegebenen Einwilligung oder von Missverständnissen bleibt der Patient\_in, so sie den Irrtum erkennt, zu jeder Zeit die Möglichkeit die Einwilligung zu widerrufen. Ist die Ärzt\_in verantwortlich für die den Irrtum erzeugenden Umstände seitens der Patient\_in, so ist die Einwilligung als unwirksam einzustufen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Rechtswirksamkeit einer Einwilligung ist die *Dispositionsfähigkeit* der Patient\_in. Dies bedeutet, dass die natürliche Einsichts-, und Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Einwilligungserteilung gegeben sein müssen, denn die Person muss die Tragweite der Einwilligung – nach entsprechender ärztlicher Aufklärung – einschätzen und abwägen können. In der Regel ist bei einer erwachsenen Person von Dispositionsfähigkeit auszugehen. Bei Minderjährigen bzw. Unmündigen, bei psychisch Kranken oder Behinderten und generell Menschen mit Sachwalterschaft ist die Ermittlung der Dispositionsfähigkeit individuell bzw. situationsbezogen vorzunehmen. Das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist daher von der behandelnden Ärzt\_in nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Dazu sind Faktoren wie Persönlichkeit, Gesundheitszustand, Alter, geistige Reife, etc. heranzuziehen. Darüber hinaus sind die Schwere des Eingriffes, die Risiken, die Folgen bei Unterlassen des Eingriffes, die Schwierigkeiten bei etwaigen Alternativbehandlungen sowie der Stand der medizinischen Wissenschaft etc. zu berücksichtigen.

Hinzu kommt, dass ein und dieselbe Person für einen leichteren Eingriff als urteilsfähig anzusehen sein kann, für einen komplizierteren Eingriff jedoch nicht.<sup>12</sup>

---

Gefährdung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt.“ <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40023108> [abgerufen am 26.12.2016].

12 Das Gesetz unterscheidet zwischen leichter, schwerer und dringender Behandlung (siehe §173 Abs. (1) – (3) ABGB): Als schwere Behandlung wird jene bezeichnet, die „gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“ (§173 Abs. (2) ABGB). Als Maßstab ist dabei die Bestimmung des §84 StGB, welcher eine schwere Körperverletzung durch 24 Tage übersteigende Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit charakterisiert sieht, anzunehmen. Auch eine Beeinträchtigung der Persönlichkeit fällt, sofern sie länger als 24 Tage dauert, in diese Kategorie. „Nachhaltig“ ist eine Beeinträchtigung, wenn sie dauernd besteht oder nur sehr schwer zu beseitigen ist. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> [abgerufen am 29.12.2016]



### 3.4.3.2 Nicht-Einwilligung und Widerruf, Abwehr

Jede ärztliche Heilbehandlung bedarf, wie bereits erwähnt, der Zustimmung der Patient\_in und steht unter strafrechtlichem Schutz. Wer wider dem Willen einer Person behandelt, macht sich nach §110 Abs. 1 StGB strafbar und verletzt dabei nicht nur die körperliche Integrität, sondern auch die Willensfreiheit und die menschliche Würde.

Eine medizinische Behandlung ohne Zustimmung ist daher als eigenmächtige Heilbehandlung (Zwangsbehandlung) zu bezeichnen und ist als solche nur in Ausnahmefällen zum Schutz der Patient\_in oder zum Schutz der Gesellschaft zulässig. Daraus ergibt sich, dass einwilligungsfähige und entscheidungsfähige Patient\_innen jegliche ärztliche Behandlung ohne nähere Begründung ablehnen können, selbst wenn diese aus ärztlicher Sicht unbedingt erforderlich und lebensrettend erscheint. Auch wenn das Wohl der Patient\_in – *salus patienti suprema lex* – als oberstes und absolutes Gebot einer der Grundsätze ärztlichen Handelns ist, sind die Entscheidungen der Patient\_in für oder gegen bestimmte ärztliche Behandlungen schwerer zu gewichten, trotz dessen, dass sie möglicher Weise gemessen an den Maßstäben der modernen Medizin unvernünftig erscheinen (vgl. Ankermann 2004:53).

Rechtlich sind die Konsequenzen der eigenmächtigen Heilbehandlung ohne Einwilligung in §110 StGB klar definiert:

§110 StGB:

(1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§6) hätte bewusst sein können.

(3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> [abgerufen am 29.12.2016]).

Zur Erläuterung: §6 StGB:

(1) Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, daß er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.

(2) Fahrlässig handelt auch, wer es für möglich hält, daß er einen solchen Sachverhalt verwirkliche, ihn aber nicht herbeiführen will.

(3) Grob fahrlässig handelt, wer ungewöhnlich und auffallend sorgfaltswidrig handelt, sodass der Eintritt eines dem gesetzlichen Tatbild entsprechenden Sachverhaltes als geradezu wahrscheinlich vorhersehbar war (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296> [abgerufen am 29.12.2016]).

Daher ist für eine zulässige medizinische Behandlung nach §90 StGB eine sorgsame und ausführliche Aufklärung vonnöten. Die Patient\_in muss einsichts- und urteilsfähig sein und in die Behandlung frei einwilligen. Willigt die Person nicht ein, oder gibt nur eingeschränkte Einwilligungen, so ist daraus eine Ablehnung, Abwehr bzw. begrenzte Einwilligung zu schließen, die rechtlich bindend ist.

### 3.4.4 Die Form der Aufklärung

Bezugnehmend auf das Modell der Stufenaufklärung und die darin enthaltene Chance für mehrsprachige Aufklärungsbögen ist in diesem Rahmen zu spezifizieren:

Eine Aufklärung kann durch schriftliche Informations- und Aufklärungsbögen auch aus rechtlicher Sicht nicht ersetzt werden. Mehrsprachige Materialien alleine reichen daher nicht aus, um eine rechtlich gültige Aufklärung zu gewährleisten. Im Zusammenhang mündlicher Aufklärungen mit Dolmetscher\_innen auch relevant ist die Adressat\_in einer Aufklärung: Adressat\_in der Aufklärung hat ausnahmslos die einsichts- und urteilsfähige Patient\_in selbst zu sein und nicht eine beispielsweise anwesende, dolmetschende Angehörige. Angehörige dürfen auch nicht ohne Einverständnis der Patient\_in zu Dolmetschzwecken hinzugezogen werden. Kommt die Patient\_in mit einer Begleitperson, Angehörigen, und bindet diese aktiv in das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch zu Dolmetschzwecken ein, so ist jedoch von ihrer Freiwilligkeit auszugehen (vgl. Eigruber 2014:o.A.). Eine Freiwilligkeit, die im Anbetracht der subjektiv alternativenlosen oder uninformierten Position der Patient\_in allerdings in Frage gestellt werden muss. Als Mangel an Alternativen kann vielerlei eine Rolle spielen: keine professionellen Dolmetscher\_innen für die betreffende Sprache, eventuell finanzielle Gründe (Dolmetscher\_innen-Kosten bei niedergelassenen Ärzt\_innen oder fehlende Information bezüglich der Kostenübernahme und der rechtlichen Situation), zeitliche Gründe (die *Ad-hoc*-Verfügbarkeit der Angehörigen in Notsituationen), soziale Gründe wie Vertrauen, Vertrautheit (und mangelndes Vertrauen in fremde Personen, Dolmetscher\_innen, in dem emotional nahen Bereich der intimen Untersuchung), oder aber das Gefühl der Minderwertigkeit aufgrund der mangelnden Sprachkenntnisse und damit verbundenem Gefühl einer Bringschuld in Bezug auf eine Lösung für die Sprachbarriere. Ein gutes Beispiel bringen Schmid et al. (1992):

Daß ich die Sprache so schlecht verstehe, macht es mir unangenehm zum Arzt zu gehen. Darum nehme ich meistens eines meiner Kinder oder eine Freundin mit. Was soll der auch da tun können, wegen mir wird der nicht Kroatisch lernen. [...] Wenn ich jemanden mit habe, der übersetzen kann, glaube ich schon, daß er versteht, was mir fehlt, wenn ich alleine hingehen müßte, na danke (Schmid et al. 1992:58f. zit. nach Pöchhacker 2001:341; Hervorhebung von A.W.).

### 3.4.5 Verantwortung für Kommunikation zum Zwecke der Aufklärung

Doch auch die Zuständigkeit für die Barrieren-Beseitigung ist rechtlich gesehen klar geregelt – die Ärzt\_in muss für Verständigung sorgen. Dennoch wird das Einbringen einer Dolmetscher\_in oft als Bringschuld der Minderheit gesehen; der nicht Integrierten, die die Mehrheitsprache Deutsch nicht erlernt hat und das, obwohl der Anspruch besteht, dass Menschen, die hier leben, *die* Sprache sprechen, die man hier spricht. Die Mehrheit spricht Deutsch und legt so den Maßstab für den Umgang mit Patient\_innen oder der Ermöglichung einer medizinischen Behandlung fest. Dies zeigt sich auch immer wieder im geäußerten Unmut des medizinischen Personals in Bezug auf anderssprachige Patient\_innen und die dadurch entstehenden „Unannehmlichkeiten“ (denn Ressourcen wie Zeit und Geld wären hier stärker vonnöten als bei deutschsprachigen Patient\_innen) oder der unbewussten Ignoranz einer anderen Ausgangslage (vgl. Pöchhacker 2000b:178f.).

Das eigentliche Problem der Ärzt\_in ist, wie sie feststellen und überprüfen kann und soll, ob die dolmetschende Lai\_in über ausreichende Sprachkenntnisse verfügt und die Dolmetschung zum gewünschten Ziel einer vollständigen Verständigung führen wird. Rechtlich liegt die Beweislast, wie bereits ausführlich in Kapitel III – 3.5.2 *Patient\_innen-Information und Aufklärung* besprochen, nämlich bei der Ärzt\_in. Sie muss sicherstellen, dass die Patient\_in ihre Ausführungen und Fragen verstehen kann und etwaige Behandlungseinwilligungen oder Einwände aufgeklärt und freiwillig erfolgen. Kann dies nicht garantiert werden, muss die



Ärzt\_in der Patient\_in die Behandlung versagen, jegliche Eingriffe in die physische oder psychische Integrität der Patientin unterlassen und die Patient\_in abweisen. Wäre das ein gebräuchlicher Ablauf, würde es gewiss zu Engpässen in der medizinischen Grundversorgung der österreichischen Bevölkerung mit anderer Erstsprache als Deutsch führen und eine Versorgungsgerechtigkeit nicht gewährleistet werden können. Ebenso wäre dies ein Verstoß gegen die Gleichbehandlungsrechte, verankert in den europäischen Menschenrechten von 1958, verankert in der österreichischen Verfassung.

Im Zuge einer Untersuchung von Pöchhacker (1996) zeigte sich erschreckenderweise jedoch, dass nur ein Fünftel der Befragten Ärzt\_innen, Therapeut\_innen und Personen in der Pflege sich der Haftbarkeit im Falle eines Behandlungsfehlers aufgrund mangelhafter Verständigung durch Dolmetscher\_innen bewusst sind, ein Drittel der Befragten wusste keine Antwort und die Mehrheit der Befragten schloss eine Haftung in diesem Fall sogar ganz aus (vgl. Pöchhacker 2000b:166). Hier zeigt sich deutlich die Problematik und das fehlende Bewusstsein für die Notwendigkeit der Bereitstellung von Kommunikationshilfen, von Dolmetscher\_innen. Dieses fehlende Bewusstsein ist auch evozierbar aus den Daten der Konsultation professioneller Dolmetscher\_innen im Zuge von Gesprächen in der Klinik und auch im größeren Kontext aus fehlenden politischen Eingriffen und Regelungen der bestehenden problematischen Praxis.

## **IV Dolmetschen**

Wie bereits in Kapitel III dargelegt, ist die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient\_innen bereits in einer gemeinsamen Sprache vielerlei Herausforderungen ausgesetzt. Diese können sprachlicher Natur sein – so werden Fachtermini zumeist schwer verstanden – oder sozialer – durch das vielfach empfundene Machtgefälle oder Unsicherheiten seitens der Patient\_innen wird eventuell nicht rückgefragt und Probleme entstehen. Auch sind Unstimmigkeiten durch das bereits vorangegangene Lösungssuchen (online oder im Bekanntenkreis) seitens der Patient\_innen möglich, oder es bestehen Probleme, welche aufgrund von unterschiedlichen angenommenen Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehungsmodellpräferenzen entstanden. Ebenso nennenswert sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kommunikation. So zeigen Linguist\_innen und Genderforscher\_innen (sowie Forscher\_innen im Bereich der Gendermedizin oder medizinischen Soziologie), dass je nach Geschlecht der Patient\_in, anders über Schmerz berichtet wird und dies einen Einfluss auf die darauf folgende Wahl der Behandlungsmethode hat. Männer schildern in der Regel Schmerz mehr den Erwartungen der Ärzt\_innen entsprechend – auf einer Schmerzskala – und erhalten daher eher eine passende Medikation, während Frauen eher mithilfe von Metaphern und Adjektiven versuchen den Zustand differenzierter zu beschreiben und weniger ernst genommen werden (vgl. Menz & Stahl 2012:15ff.).

Wie gestaltet sich jedoch die Kommunikation, wenn nicht nur die Fachsprache und die Fachtermini, sowie die anderen oben genannten Faktoren eine Rolle spielen, sondern auch noch eine andere Erstsprache – verbunden mit einer anderen, möglicherweise ähnlichen oder völlig verschiedenen Kultur? Wie lassen sich Prinzipien und Maximen diverser Kommunikationstheorien aufrecht erhalten und forcieren in den Dimensionen mehrerer eingebundener Sprachen? Und welche Lösungen benötigen Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch und ihre Ärzt\_innen für eine gelingende Kommunikation?

### **4.1 Kommunaldolmetschen**

Wenn Personen mit anderer Erstsprache als Deutsch und geringen oder keinen Deutschkenntnissen in den klinischen Kontext, in die Ambulanz kommen, so muss unabhängig von der Art der Übermittlung und dem Status der sprachmittelnden Person eine Dolmetschung zwischen der Patient\_in und dem medizinischen Personal stattfinden, um eine Kommunikation

zum Zwecke der Verständigung bezüglich des Bedarfs und der Handlungsoptionen etc. zu ermöglichen.

Diese Art des Dolmetschens wird allgemein als *community interpreting* bezeichnet. Im Gegensatz zum Konferenz-Dolmetschen sind die Dolmetscher\_innen in der Situation anwesend, den (beiden) Parteien der Kommunikation direkt zugegen und nicht in einer abgetrennten (Glas-)Kabine. *Community interpreting* ist somit das *Ad-hoc*-Dolmetschen in Situationen des Alltags. Situationen des Alltags können Termine bei öffentlichen Ämtern, auf der sozialen Ebene wie beispielsweise das Besuchen eines Elternabends einer Schule oder eben im medizinischen Kontext das Aufsuchen einer Ärzt\_in sein (vgl. Roberts 1997:7).

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the provider of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services (Internationale Konferenz zum Thema *Interpreters in the Community* (Geneva Park, 1.-4. Juni);vgl. Pöchhacker 2000b:37).

*Community interpreting* ist eine gelebte Realität seit der Zeit, als sich Menschen unterschiedlicher Sprachen genötigt sahen, im Alltag miteinander zu kommunizieren oder den Wunsch hatten, dies zu tun. Seit Jahrtausenden ist dies also eine Tätigkeit, die in keinsten Weise unbedeutend oder von Seltenheitswert wäre. Dennoch hat die Dolmetschforschung erst in den letzten Jahren begonnen sich intensiv damit auseinander zu setzen und diese Form des Dolmetschens zu erforschen, zu standardisieren, zu professionalisieren und in Folge zu lehren. Nach wie vor bestehen viele verschiedene Bezeichnungen für die Tätigkeit und die ausübenden Personen. So sind für den englischsprachigen Raum allein mehr als 16 verschiedene Bezeichnungen, wie beispielsweise *public service interpreting*, *discourse interpreting*, *ad hoc interpreting*, *contact interpreting*, *community based interpreting* (siehe hierzu Phelan 2001), *liaison interpreting*, *Sprachmittlung* oder *Kulturmittlung* (siehe Snell-Hornby et al. (eds.) 1998) oder *dialogue interpreting* (siehe Bowker 1998) zu finden. Der Begriff *community interpreting*, der sich in internationalen Fachkreisen mittlerweile mehr oder weniger durchgesetzt hat, wurde ursprünglich durch eine Arbeitsgruppe des *Londoner Institute of Linguistics* geprägt und ist an die Bezeichnung *community worker* – eine Person, die für das Wohlergehen einer Gemeinschaft, für den Staat arbeitet – angelehnt (vgl. Bowen 1998:319; zit. nach Barkowski 2007:28f.). Im deutschen Sprachraum hat sich die Übersetzung des Begriffs *community interpreting* – Kommunaldolmetschen (siehe Pöchhacker 2000b) mittlerweile weitgehend durchgesetzt. Einer der Bereiche des Kommunaldolmetschens ist, wie bereits erwähnt, der medizinische Bereich. Da es sich hier um einen spezifischen Bereich handelt, in welchem der menschliche Körper und physische, psychische und chemische bzw. pharmakologische Fachtermini eine unabdingbare Rolle spielen, sollte die dolmetschende Person ein Grundwissen über jene Termini und deren Bedeutung und Tragweite bzw. idealerweise ein basales medizinisches Verständnis aufweisen können.

[...] in medical interpreting one of the underlying principles is the fact that the interpreter must have a basic understanding of the functioning of the human body. The higher the interpreter's level of the medical knowledge, the better and more accurate her/his rendering of the healthcare procedures will be (Jurko 2009:101).

Gerade im medizinischen Kontext ist die Exaktheit und Richtigkeit der übermittelten Information nicht nur wünschenswert, sondern von fundamentaler Notwendigkeit, denn eine falsch verstandene Beschwerdenübermittlung und daraus resultierende fehlerhafte Anamnese, eine falsche medizinische Diagnose, die auf sprachlichen Missverständnissen oder mangelnden Sprachkenntnissen beruht, kann für das weitere Schicksal der Patient\_in schwerwiegende oder gar tödliche Folgen haben. Im Folgenden soll kurz auf die Sprachbarriere zwischen Ärzt\_in und Patient\_in mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen eingegangen werden.

## 4.2 Die Sprachbarriere

Im medizinischen Alltag finden sich Patient\_innen und Ärzt\_innen mit anderen Sprachkenntnissen in einer Situation wieder, in der sie gezwungen sind, alternative Wege und Hilfsmittel für die Verständigung zu finden, da sich aufgrund der fehlenden gemeinsamen Sprache eine Barriere in der Kommunikation aufbaut, deren Folgen Auswirkungen unbestimmten Ausmaßes auf den Gesundheitszustand der Patient\_in haben kann.

Die Beschaffenheit der Barriere wird in der Dolmetschwissenschaftlichen Literatur oft nur indirekt thematisiert, wo sie als stark und starr beschrieben wird, wodurch sie den Bedarf einer professionellen Dolmetschung darstellt.

Geprägt und bedingt wird die Sprachbarriere durch eine fehlende gemeinsame Sprache:

In der Scheinmonokultur und monolingualen Gesellschaft Österreichs ist Zwei- oder Mehrsprachigkeit nicht die Norm, daher ist auch der mehrsprachige Prozentsatz der Ärzt\_innen weitaus geringer als in anderen EU-Staaten oder auf anderen Kontinenten. So es doch Sprachkenntnisse in anderen Sprachen gibt, sind diese zumeist in Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch und nicht Slowenisch, Ungarisch – die Sprachen der an Österreich grenzenden Nachbarländer – oder Türkisch und andere Sprachen, die in diversen Bedarfserhebungen als benötigt genannt werden (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht). Das Sprachniveau ist zudem meist nur ausreichend für eine allgemeine Unterhaltung und selten auf einem Niveau, das im medizinischen Bereich im Rahmen eines Anamnesegesprächs oder Aufklärungsgesprächs mit Fachvokabular notwendig wäre. Sind jedoch niedergelassene Ärzt\_innen mehrsprachig, so spricht sich das in gut vernetzten Minderheitengruppen schnell herum und jene werden bevorzugt von diesen Sprecher\_innengruppen aufgesucht (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:40).

Patient\_innenseits liegt das Problem an geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen. Daten zum Deutsch-Sprachniveau der Österreicher\_innen werden derzeit nicht erhoben und Selbsteinschätzungen, wie sie in Befragungen des SOEP 2013 in Deutschland erfolgten, sind schwer zu bewerten. So schätzten beinahe 80% der befragten Menschen verschiedenster Herkunftsgruppen Deutschlands ihre Deutschkenntnisse als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Besonders die Nachkommen von Migrant\_innen aus der Türkei und Südwesteuropa fielen hier stark ins Gewicht. Die Deutschkenntnisse und deren Niveau nehmen laut der Statistik also von Generation zu Generation zu (vgl. Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (eds.) 2016:241ff.). Es bleiben jedoch die 20%, die ihre Deutschkenntnisse „weniger als gut“ empfinden und folglich in spezifischeren Bereichen wie der Konsultation einer Ärzt\_in eine Dolmetscher\_in für eine gelingende Kommunikation benötigen.

Sucht man nach Gründen für geringe Deutschkenntnisse, so zeigt sich, dass eine kurze Dauer des Aufenthalts, fehlender Zugang zum Bildungsweg, fehlender Kontakt mit Erstsprecher\_innen des Deutschen etc. Menschen anderer Erstsprache am erfolgreichen Erlernen der deutschen Sprache behindern. Oft werden Sprachbarrieren daher auch als Übergangsphasen-Problem gewertet, welches sich durch Migration ergibt und im Zuge einer idealen Integration bereits nach wenigen Jahren wieder verschwindet oder zumindest drastisch abnimmt. Tatsächlich erwerben Migrant\_innen auch innerhalb kurzer Zeit meist ein sprachliches Niveau, das sie Alltagssituationen mühelos meistern lässt. Vor allem Kinder im neuen sozialen Umfeld, eingegliedert in ein monolinguales Schulsystem und damit umgeben von mehr als nur der Erstsprache, erweitern ihr sprachliches Repertoire rasch und scheinbar mühelos. Dennoch bleiben Menschen, die weder in ein Bildungssystem oder einen regelmäßigen Arbeitsalltag eingebunden werden, wo Deutschkenntnisse erworben werden können oder erforderlich sind, und ihr soziales Umfeld größtenteils in der eigenen kulturellen und/oder religiösen Gemeinschaft finden, hier auf einem für den medizinischen Bereich (und andere Spezialbereiche) völlig unzureichenden Sprachniveau.

Folglich muss von einer Sprachbarriere gesprochen werden, die durchlässig ist, da sehr wohl Deutschkenntnisse vorhanden und einfache Gespräche möglich sind; und sie kann als Barriere definiert werden, konstituiert durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache auf einem bestimmten Niveau. Sprachbarrieren müssen daher mithilfe von Dolmetscher\_innen überbrückt werden, denn Probleme in der Kommunikation sind nicht nur im Rahmen einer medizinischen Anamnese oder Aufklärung zu erwarten, sondern haben auch Auswirkungen auf die *compliance* und den gesamten Genesungsprozess der anderssprachigen Patient\_innen. So beschreibt Mane (2004), dass die *compliance* von ausländischen Patient\_innen im Bereich der Nachsorge oder bei der Medikationseinhaltung ärztlicher Verordnungen nicht sehr hoch ist. Als Grund wird ein fehlendes Verständnis der Notwendigkeit oder grundsätzliche sprachliche Missverständnisse aufgrund einer fehlenden gemeinsamen Sprachkompetenz auf einem hohen Niveau angenommen (vgl. Mane 2004:passim).

Flores (2006) führt genauer aus, welche Dimensionen eine Sprachbarriere einnehmen kann und welche Konsequenzen sich daraus ergeben: „*Language barriers can have deleterious effects. Patients who face such barriers are less likely than others to have a usual source of medical care; they receive preventive services at reduced rates; and they have an increased risk of nonadherence to medication. Among patients with psychiatric conditions, those who encounter language barriers are more likely than others to receive a diagnosis of severe psychopathology — but are also more likely to leave the hospital against medical advice. [...] Such patients are less likely than others to return for follow-up appointments after visits to the emergency room, and they have higher rates of hospitalization and drug complications. Greater resources are used in their care, but they have lower levels of patient satisfaction*” (Flores 2006:230).

Doch nicht in allen Ländern ist (Schein-)Monokulturalität und Monolingualität derart tief verwurzelt, sodass das Bewusstsein über die Sprachbarrieren und ihre Auswirkungen im Alltag untergehen. Und so verwundert es nicht, dass in Ländern mit einer völkerbewegenden Geschichte in den letzten Jahrhunderten, wie es beispielsweise Kolonialstaaten und ihre Mutterländer nach der Dekolonisation sind, andere Gepflogenheiten und Entwicklungen diesbezüglich zu beobachten sind. Ein Beispiel aus Großbritannien, der ehemaligen Kolonialmacht, zeigt, dass sich in den letzten Jahren die Inanspruchnahme von Dolmetscher\_innen beinahe verdoppelt hat; und das, obwohl es sich bei diesen Patient\_innen zu 70% um Menschen aus der ehemaligen Kolonie Indien handelte, wo Englisch eine der anerkannten Nationalsprachen und die wichtigste Bildungssprache ist.

Daher ist es umso wahrscheinlicher, dass die betroffenen Patient\_innen durchaus des Englischen mächtig sind, es jedoch aus anderen Gründen vorziehen, eine Dolmetscher\_in hinzuzuziehen (vgl. Khwaja; Sharma & Wong et al. 2006; zit. nach Meyer et al. 2010:301). Gründe hierfür wären unter anderem, dass das *Indian English* von ihren Nutzer\_innen als defektiv wahrgenommen würde, oder aber, dass aufgrund der Variation tatsächlich Kommunikationsschwierigkeiten entstehen, die mithilfe einer professionellen Dolmetscher\_in verhindert werden können. Beispiele gäbe es diesbezüglich zahlreiche aus dem juristischen Bereich, wo Dolmetscher\_innen für *British English* für Menschen aus afrikanischen Staaten mit Englisch als Nationalsprache oder klassisches Französisch für jene mit ehemaligem französischem Kolonialstatus und Französisch als Nationalsprache dolmetschen und es zu groben Missverständnissen kommt bzw. zu keinem wirklichen Verständnis (ganz unabhängig noch von den dazugehörigen Fachsprachen und Fachbegriffen des *legal English* oder *français juridique*).<sup>13</sup> Ein anderer Grund könnte auch der Versuch einer Diskriminierungsprävention sein; aufgrund der anwesenden Dolmetscher\_in kann die Ärzt\_in keine (unbeobachteten) abwertenden oder benachteiligenden Dinge tun oder sagen oder Relevantes unterlassen. Die Dolmetscher\_in dient

---

13 Zu Problemen mit Sprachlichen Varietäten im Bereich des Kommundolmetschens siehe beispielsweise: Pöllabauer, Sonja. 2005. „I don't understand your English, Miss“. Dolmetschen bei Asylangehörigen. (Translationswissenschaft 2.) Tübingen: Gunter Narr Verlag.

als eine Hemmschwelle, ein Schutz oder moralische Stütze und durch sie und ihre Tätigkeit kann alles mitverfolgt und verstanden werden. Die große Zahl spricht jedoch dafür, dass tatsächlich Verständnisschwierigkeiten den Grund für die Inanspruchnahme darstellen.

Die Folgen der (aufrechten) Sprachbarriere sind eine suboptimale Betreuung und ein Gesundheitsnachteil anderssprachiger Patient\_innen. Besonders durch Sprachbarrieren benachteiligt sind Frauen, Personen mit niedrigem Ausbildungsniveau und Menschen, die noch nicht lange im Land leben (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:35). Aber auch Aspekte der Versorgungsgerechtigkeit und der Ressourcenallokation spielen eine Rolle: oft werden Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch lieber sicherheitshalber stationär aufgenommen, als einen Behandlungsfehler zu riskieren und sie nach Hause zu schicken, oder teure Untersuchungen gemacht (in dem Sinne, als sie häufiger als nötig durchgeführt werden) und anderen Personen damit eventuell ein Platz in der Klinik, eine Untersuchung oder notwendige Behandlung verwehrt. Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung sind daher nicht nur ein Resultat fehlender Information seitens der Patient\_innen, sondern auch eine Folge von Sprachbarrieren.

Wie kann eine Gesellschaft nun sicherstellen, dass ihre öffentlichen Sozialmaßnahmen und die lebensnotwendige medizinische Grundversorgung allen Bürger\_innen gleichermaßen zugänglich sind, selbst wenn die Betroffenen nicht die Nationalsprache Deutsch, sondern andere Sprachen sprechen?

Dies kann schriftliche Materialien wie fremdsprachige Aufklärungsbögen für Routineuntersuchungen oder häufig durchgeführte Operationen wie beispielsweise einer Tonsillektomie<sup>14</sup> oder Ausfüllhilfen für Formulare im Klinikalltag beinhalten, aber auch Piktogramme für die Beschilderung der wichtigsten Anlaufstellen oder eine Etablierung und Einbindung von Dolmetschdienstleister\_innen (vgl. Meyer 2010:299). Bei der Bereitstellung von Dolmetscher\_innen kann zwischen dem Hinzuziehen von professionellen Dolmetscher\_innen und dem Nutzen von Lai\_innen als Dolmetscher\_innen unterschieden werden. Erstere sind ausgebildete Fachkräfte mit einem klaren Auftrag und klar geregelter Entlohnung, welche eine hohe Qualität der Dolmetschung gewährleisten können, zweitere setzen sich zumeist aus dem mehrsprachigen medizinischen oder allgemeinen Klinikpersonal und/oder den Begleitpersonen der Patient\_innen zusammen.

---

14 Tonsillektomie, zu dt. Mandeloperation.

### 4.3 Professionelles Dolmetschen

Da nicht anzunehmen ist, dass die ethnische, kulturelle und sprachliche Diversität in der österreichischen Gesellschaft in den nächsten Jahren abnehmen wird – im Gegenteil – wird auch der Bedarf an Dolmetscher\_innen und ihrer Tätigkeit nicht schwinden. Derzeit wird jener gedeckt durch zahlreiche kostenlose Notbehelfsmaßnahmen wie beispielsweise das Dolmetschen durch Angehörige, *ad hoc* herbeigeholtem mehrsprachigen Krankenhauspersonal – durch Lai\_innen, aber auch durch professionelle Dolmetscher\_innen vor Ort oder in einem *Remote-Verfahren*<sup>15</sup>(vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:45).

DOLMETSCHUNG				
Professionell	Non-professionell			
	Personal		Begleitperson	
	medizinisch	allgemein	Soziales Umfeld	Familie

Tabelle 2: Professionelle und non-professionelle Dolmetscher\_innen

Diese Tabelle soll die unterschiedlichen Sprachbarrierenbeseitigungsvarianten und -abstufungen aufschlüsseln: zum einen kann in professionelle und non-professionelle Dolmetscher\_innen unterschieden werden. Erstere verfügen über eine fundierte Ausbildung, zweitere sind mehrsprachige Lai\_innen. Lai\_innen, die zu Dolmetschzwecken hinzugezogen werden, können dem Klinikpersonal angehören und so entweder im medizinischen Bereich oder allgemein für die Klinik tätig sein. Dolmetsch-Lai\_innen, die nicht an der Klinik beschäftigt sind, sind zumeist Begleitpersonen aus dem sozialen Umfeld der Patient\_in, wie Familienangehörige und insbesondere Kinder. Je nach Status (professionell – non-professionell) oder Hintergrundinformation (medizinisches Personal hat medizinisches Wissen, Familienangehörige verfügen über familienbezogenes Wissen) variiert die Dolmetschqualität und somit das Schicksal derer, die von ihr abhängig sind.

Im Folgenden soll nun zuerst das professionelle Dolmetschen im medizinischen Bereich, die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Anforderungen und die Erwartungshaltung an professionelle Dolmetscher\_innen thematisiert werden. Im Anschluss werden jene translationswissenschaftlichen Ideale und Qualitätsmerkmale an die Realität herangetragen und anhand der Lai\_innen-Thematik erneut diskutiert.

Auch um das Ausmaß an Anforderungen und Belastungen von Lai\_innen (insbesondere Kindern) in diesem Setting adäquat beurteilen zu können, sollte ein Blick auf die Anforderungen an Medizindolmetscher\_innen aus der translationswissenschaftlichen Sicht geworfen werden. Die erforderlichen Kompetenzen können zudem gleichermaßen als Qualitätsstandards des mittlerweile etablierten Berufsfeldes der Kommundolmetscher\_innen im medizinischen Bereich gelten (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:45).

#### 4.3.1 Qualitätsmerkmale professioneller Dolmetscher\_innen

##### 4.3.1.1 Neutralität durch professionelle Rollenauffassung

Professionelle Dolmetscher\_innen bleiben in der Rolle der Sprachmittler\_in und nehmen nicht die Rolle der Co-Therapeut\_in, der Fürsprecher\_in, der Berater\_in oder einer besorgten Angehörigen ein. Das wirkt sich auf den Dolmetsch-, und Gesprächsprozess insofern positiv aus,

<sup>15</sup> Beim *Remote*-Dolmetschen findet die Dolmetschung über technische Hilfsmittel aus der Ferne statt, dies kann beispielsweise per Telefon oder Video geschehen.

als die Dolmetscher\_in ausschließlich neutral wiedergibt, was die Gesprächsparteien äußern. Sie führt keine eigenständigen Unterhaltungen, mischt sich nicht als Privatperson mit Eigeninteressen, wie das bei Angehörigen der Fall sein kann, in das Gespräch ein, lässt nichts weg und setzt keinen persönlichen Fokus auf das Gesagte oder Teile des Gesagten.

Dies ermöglicht der Ärzt\_in einen möglichst unverfälschten Gesprächsablauf und somit eine detaillierte und umfassende Befragung der Patient\_innen. Die benötigten Informationen können übermittelt werden und die Ärzt\_in kann auf Basis der gegebenen, naturgetreuen Informationen eine Diagnose stellen und Behandlungsmaßnahmen vorschlagen (vgl. Barkowski 2007:72).

#### **4.3.1.2 Einhaltung der Schweigepflicht**

Ein weiterer wichtiger Aspekt der professionellen Dolmetscher\_innen-Rolle ist die Schweigepflicht. Da diese rechtlich geregelt, im Berufsbild klar verankert und ersichtlich ist und die Dolmetscher\_in in der Regel keine persönlichen Verbindungen zu den Patient\_innen pflegt, entstehen hier auch keine ethisch relevanten Dilemmata. Wenn Angehörige dolmetschen, kann eine Schweigepflicht zwar verlangt werden, die anwesende, dolmetschende Person kann jedoch von ihrem Wissen nicht mehr ausgeschlossen werden.

#### **4.3.1.3 Koordinationskompetenzen**

In einem gedolmetschten Gespräch sind die natürlichen Sprecher\_innen-Wechsel der Gesprächsteilnehmer\_innen nicht klar und es braucht eine Person mit Koordinationskompetenz, die jenen einleitet und/oder ausführt. Dies kann durch Signale wie Nicken oder verbale Interaktionen („Kann ich das jetzt kurz dolmetschen? Danke“) geschehen, aber auch in Form einer klaren Gesprächsunterbrechung in Situationen, in denen z.B. auch die Familienmitglieder der Patient\_in anwesend sind und durcheinander reden, oder die Ärzt\_in zu rasch und mit zu vielen Fachbegriffen spricht, sodass eine Dolmetschung erschwert wird (vgl. Barkowski 2007:75).

#### **4.3.1.4 Institutionelles Hintergrundwissen**

Das Dolmetschen im medizinischen Kontext findet immer auch in einem bestimmten institutionellen Rahmen statt. Nämlich der Institution Krankenhaus, mit all ihren Rahmenbedingungen und Regeln, sowie den Aufgaben und routinierten Abläufen der darin eingegliederten Angestellten, das Wissen um den Ablauf der Patient\_innen-Versorgung und die allgemeinen und formalen Abläufe eines Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs. Das Wissen um Strukturen, um mögliche, *wichtige* Aspekte in einem Anamnese-Gespräch oder Aufklärungsgespräch und ein aktives Nutzen dieses Wissens sind für professionelle Dolmetscher\_innen ein Qualitätsmerkmal und gewährleisten auch eine den rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechende Kommunikation (vgl. Barkowski 2007:78f.).

#### **4.3.1.5 Medizinisches Hintergrundwissen & Kenntnis des Fachvokabulars**

Durch das erworbene Fachwissen kann die professionelle Dolmetscher\_in in jeglicher Hinsicht leichter den Ausführungen der Ärzt\_in folgen und mit ihrer Kenntnis des Fachvokabulars auch eindeutiger in die benötigte andere Sprache übersetzen. Ungereimtheiten oder Verwechslungen sowie der Verlust von relevanter Information kommen dadurch seltener vor und schwerwiegende Folgen, die durch ein Fehlen eines solchen entstünden, unterbleiben. Zudem kann die Dolmetscher\_in auch von der Fachsprachenebene erklärend auf das Niveau der Patient\_in und Lai\_in dolmetschen, sodass der Verstehensprozess gefördert wird.

#### **4.3.1.6 Fließende Beherrschung der Erst- und Zweitsprache in Wort und Schrift**

Im Gegensatz zu Kindern oder Enkelkindern von vor Jahren immigrierten Patient\_innen, können Dolmetscher\_innen die benötigten Sprachen in Wort *und* Schrift. Sie können daher beim

Ausfüllen diverser Formulare behilflich sein, oder wichtige Informationen für die Patient\_in auch schriftlich festhalten.

#### **4.3.1.7 Die Beherrschung von Dolmetschetechniken**

##### **a) Eins-zu-eins-Übersetzung, Substitution**

Bei einer Eins-zu-eins-Übersetzung handelt es sich um die Ersetzung des ausgangssprachlichen Fachbegriffs mit dem zielsprachlichen Äquivalent. Dies ist die genaueste Strategie, um einen Fachbegriff zu dolmetschen, denn es wird kurz und knapp der Terminus gedolmetscht, der erwähnt wird. Somit entsteht weder ein Zeitverlust, noch kommt es zu Missverständnissen. Ausgebildete Dolmetscher\_innen sollten im Idealfall immer auf diese Weise dolmetschen (vgl. Hönig 2011:243).

Daher müssen Dolmetscher\_innen folglich über ein gewisses Fachwissen verfügen, um gute Dolmetschleistungen zu erbringen. Sie haben nicht, wie es bei Übersetzern\_innen der Fall ist, die Möglichkeit bestimmte Fachbegriffe während ihrer Tätigkeit zu recherchieren (vgl. Hönig 2011:243). Voraussetzung für diese Strategie ist jedoch die Gegebenheit eines fachbegrifflichen Äquivalents in der Zielsprache. Laut Koller (1992) handelt es sich bei einer Eins-zu-eins-Übersetzung um eine Substitution: ein ausgangssprachlicher Fachbegriff wird mit einem Fachbegriff der Zielsprache ersetzt. Prunč erläutert dies genauer und stellt fest, dass jedoch oft viele Unterschiede zwischen diesen zwei Fachbegriffen in den Bedeutungen und ihren Nuancen bestehen können, sodass das Wissen und Erlernen jener Bedeutungsebenen ein relevanter Teil des Wissens professioneller Dolmetscher\_innen ist (vgl. Prunč 2005:66f.). Lai\_innen suchen ebenso (unbewusst oder bewusst) dieser Strategie zu folgen, aufgrund fehlender Ausbildung und fehlendem Fachwissen misslingt dies jedoch öfter als gedacht.

##### **b) Wortwörtliche Übersetzung**

Bei dieser Strategie handelt es sich um eine Wort-für-Wort Übersetzung:

Interlinear translation is actually an extreme form of the much more common literal translation. In literal translation proper, the denotative meaning of words is taken as if straight from the dictionary (that is, out of context), but TL grammar is respected (Dickins; Hervey & Higgins 2002:16).<sup>16</sup>

Hier wird zwischen zwei Arten von wortwörtlicher Übersetzung unterschieden: einerseits existiert die interlineare Übersetzung, die die zielsprachliche Grammatik nicht miteinbezieht, und andererseits gibt es die bekanntere Bedeutung des Phänomens der wortwörtlichen Übersetzung, nämlich jene, die sehr wohl die grammatikalischen Regeln der Zielsprache beachtet (Dickins; Hervey & Higgins 2002:16).

Diese Dolmetsch- beziehungsweise Übersetzungsstrategie ist jedoch eher ungünstig, da sie beim Zielpublikum selten für Klarheit über die Aussage des Ausgangstextes sorgt. Lediglich in einzelnen Fällen kann wortwörtlich übersetzt werden, solange die Dolmetschung in der Zielkultur den gleichen Sinn ergibt wie in der Ausgangskultur. Dies gilt im Besonderen für Dolmetschungen, da hier keine Wörterbücher zur Hilfe genommen werden können und Dolmetscher\_innen bei fehlender schriftlicher Notiz ausschließlich zweitäre Interpretationsweise der wortwörtlichen Übersetzung anwenden könn(t)en. Hier muss metasprachliches Wissen vorhanden sein, um mithilfe dieser Strategie gut zu dolmetschen. Da bei Lai\_innen nicht von einem solchen ausgegangen werden kann, stellt die Anwendung dieser Strategie eine Fehlerquelle und somit ein erhöhtes Risiko für die involvierten informationsbedürftigen Ärzt\_innen und Patient\_innen dar.

---

16 TL steht für *Target Language*, zu deutsch Zielsprache.



### c) Vereinfachung und Verallgemeinerung

Von Vereinfachung ist die Rede, wenn ein Begriff einfacher ausgedrückt wird, das heißt in einer leichteren Sprache. Beispielsweise wenn der Terminus „Diabetes“ mit dem umgangssprachlich gebräuchlicheren Wort „Zuckerkrankheit“ gedolmetscht wird.

Verallgemeinerung hingegen bedeutet, dass ein Überbegriff verwendet wird, zum Beispiel „Krankheit“ statt „Zuckerkrankheit“. Diese beiden Strategien werden angewandt, wenn der Dolmetschenden der spezifische Terminus in der Zielsprache unbekannt ist, oder es in jener mehrere Varianten des Begriffs gibt (Diversifikation, laut Koller 1992). So wird rasch entweder mit einem Synonym vereinfacht oder mit einem generelleren Begriff verallgemeinert. Der zielsprachliche Fachbegriff weicht demnach vom Ausgangssprachlichen Terminus ab. Dies kann im Spezialfall bei Verallgemeinerungen jedoch auch zu Missverständnissen und damit verbunden zu großen Problemen führen, es handelt sich hierbei dann also um keine ideale Dolmetschstrategie.

### d) Paraphrasierung

Unter Paraphrasieren wird ein sprachliches Verhalten verstanden, bei dem etwas verdeutlichend umschrieben wird. Die Paraphrasierung ist eine gute Strategie, um in der Zielkultur zu erklären, was mit dem erwähnten Fachbegriff genau gemeint ist. Dabei handelt es sich um eine Umschreibung beziehungsweise Erklärung des Wortes. Auch darauf greifen Dolmetscher\_innen zurück, wenn ihnen das zielsprachliche Äquivalent nicht sofort in den Sinn kommt. Dies nimmt zwar mehr Zeit in Anspruch als eine simple Dolmetschung des genauen Fachbegriffs, ist jedoch oft eine gezielte Strategie der dolmetschenden Person, denn sie sorgt für Klarheit beim Zielpublikum. Antoine Berman nennt dieses Phänomen *clarification* beziehungsweise Verdeutlichung. Jene Verdeutlichung, von der Berman spricht, schafft Klarheit, wenn im Original etwas unklar ist oder auch wenn zu wenig erklärt wird und Übersetzer\_innen der Meinung sind, dass eine Erklärung für das Zielpublikum notwendig ist. Dadurch werden unklaren Stellen durchsichtiger Bedeutungen zugeteilt (vgl. Berman 2004:281ff).

Dass viele ausgebildete Dolmetscher\_innen diese Strategie anwenden, liegt an der Tatsache, dass nicht zwingend einzelne Worte übersetzt werden sollten, sondern der Sinn des Ausgangstextes, der Ausgangsäußerung. Margret Ammann fasst dies zusammen: „*Wenn wir mit jemandem kommunizieren, haben wir ein bestimmtes Ziel vor Augen. Um dieses Ziel zu erreichen, überlegen wir uns, wer unser Gesprächspartner ist und welche Konventionen oder welches Verhalten dem Ziel (und dem Gesprächspartner) angemessen sein könnten*“ (Ammann 1995:39). Die Kultur und Normen der gewählten Zielkultur sollten der Dolmetscher\_in daher bekannt sein, um den Ausgangstext, die Ausgangsäußerung entsprechend übermitteln zu können (vgl. Ammann 1995:39). Daher ist es legitim einen Fachbegriff in einer Ärzt\_innen-Patient\_innen-Situation zu paraphrasieren, solange die Klient\_in die Ausgangsinformation richtig erhält und die Information ankommt.

### e) Auslassung

Immer wieder kann es vorkommen, dass selbst professionell ausgebildete Dolmetscher\_innen bestimmte (Fach-)Begriffe auslassen müssen. Im Allgemeinen wird dies aber zu verhindern versucht. Gründe *für* eine Auslassung müssen jedoch gerade im medizinischen Bereich sehr überzeugend sein, da Fachwörter hier eine große Rolle in der Informationsübermittlung spielen.

Ein Beispiel hierfür wäre, wenn ein Fachterminus in der Zielsprache nicht existiert, dann gibt es keinen Äquivalenzbegriff und die Dolmetscher\_in kann sich gezwungen sehen, den Begriff auszulassen. Prunč spricht hier von einer sogenannten Nulläquivalenz, bei der es jedoch von der jeweiligen Dolmetscher\_in abhängt, wie sie im Übersetzungsprozess vorgeht, um eine Übermittlung zu schaffen (vgl. Prunč 2005:68). Je nach den Möglichkeiten der Dolmetscher\_in, in den zielsprachlichen Standardisierungsprozess einzugreifen, kann sich jene für eine

Übernahme von Fremdwörtern, für Lehnübersetzungen, Lehnübertragungen, Lehnbedeutungen oder gar eine schöpferische Neuprägung, also für eine sprachliche Innovation, oder lediglich für eine *Ad-hoc*-Kompensation der Lücke entscheiden (vgl. Prunč 2005:68).

Demnach kommt es Prunč zufolge unter anderem auf die „*fremdsprachlichen Einflüsse in der Zielsprache*“ (Prunč 2005:68) an, wie eine Dolmetscher\_in auf eine solche Situation reagiert. In den wenigsten Fällen jedoch wird eine professionelle Dolmetscher\_in die Strategie der Auslassung anwenden. Vor allem im medizinischen Bereich muss versucht werden, jeden Begriff gut zu übermitteln, damit die Patient\_in richtig und vollständig aufgeklärt werden kann (vgl. Saleh 2013:30ff.).

#### **4.3.1.8 Parasprachliche & prosodische Kompetenzen**

Die Kenntnis von und das Bewusstsein über parasprachliche Merkmale und ihren Kommunikationsfunktionen ist ebenso ein wichtiger Bestandteil des Dolmetschens im medizinischen Bereich. Denn jene Merkmale geben Aufschluss über Aspekte, die die Patient\_in der Ärzt\_in gegenüber nicht direkt verbal ausdrückt. Das kann die verbalen Äußerungen ergänzend oder widersprüchlich sein. So ist auch die „Art und Weise“, das Verhalten der Patient\_in in die Anamnese miteinzubeziehen, denn die veränderte Mimik, Gestik einer depressiven Person zeigen beispielsweise deutliche Anzeichen der Krankheit. Für die Dolmetschsituation bedeutet dies jedoch nicht, dass die professionelle Dolmetscher\_in nun diese parasprachlichen Merkmale nachahmt oder imitiert, sondern höchstens sehr abgeschwächt andeutet, so etwas charakteristisch und wichtig ist – wie beispielsweise der Hinweis auf den Ort des Schmerzes mithilfe einer Geste (hin zur Person und Ort des Schmerzes). Die Ärzt\_in ist jedoch angehalten auch während des Dolmetschprozesses auf diese Merkmale bei der Schilderung der Patient\_in direkt zu achten. Parasprachliche Merkmale können bestehen aus:

- Mimik
- Blickverhalten
- Gestik
- Kinetik
- Berührungsverhalten

Ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger sind die prosodischen Merkmale der gesprochenen Sprache:

- Intensität der Stimme (Lautstärke)
- Akzent (Betonung des Wortes oder Satzes, Fokus, Kontrast, Emphase)
- Intervalle (Pausen)
- Tempo (Redegeschwindigkeit)
- Artikulation
- Klangfarbe der Stimme
- Stimmhöhe
- prosodische Kontur (Intonation)

Diese Merkmale sind von der Dolmetscher\_in zu übertragen, zu reproduzieren, da sie Sinn konstituierend sein können. Denn es kann mittels dieser Aspekte das Gespräch in vielerlei Dimensionen gefärbt werden. So kann die Ärzt\_in mithilfe ihrer langsamen, ruhigen, tieferen (beruhigenden) Stimme Vertrauen schaffen, oder mit fester Stimme Zuversicht ausdrücken und die Angst nehmen. Hier ist es daher ebenso wichtig und notwendig, dass die Dolmetscher\_in diese Art des Sprechens übernimmt, um originalgetreu Inhalte wiederzugeben (vgl. Barkowski

2007:87ff.). Da Lai\_innendolmetscher\_innen, so sie dem familiären Umfeld entstammen, immer emotional betroffen sind, bleibt der Blick für solch feine Nuancen oft nicht frei und die Dolmetschung wird zumeist durch die Dolmetscher\_in gefärbt.

#### **4.3.1.9 Interkulturelle Kompetenzen**

Das Wissen um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Kulturen in allen Lebensbereichen, wie beispielsweise a) Beziehungsstrukturen, b) Konventionen und Rituale, c) Weltwahrnehmung und Religion spielt im Dolmetschprozess eine entscheidende Rolle für eine gelingende Übermittlung des Gemeinten.

##### **a) Beziehungsstrukturen**

Das Wissen um das Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft (Unterschiede in der Entscheidungsfindung: individuell vs. kollektiv oder patriarchal), die Bedeutung von Familie (v.a. bei Krankheit eines Familienmitglieds), das Wissen um gelebte Hierarchien (z.B. von Alter) oder die Beziehung der Geschlechter.

##### **b) Konventionen und Rituale, insbesondere der Kommunikation**

Bei Schwangerschaft, Geburt, Krankheit, Tod; aber auch die allgemeine Etikette, kulturspezifische Mimik, Gestik, Körperhaltung, soziale Rollen und Konventionen zu Tisch oder Bekleidungsregeln.

##### **c) Weltwahrnehmung**

Einstellung zu Raum, Zeit, Geschichte, Natur, körperlicher Nähe, Körper, Gesundheit/Krankheit, Raumbedürfnissen, Religion, Ethos etc.

Im Kontext eines medizinischen Anamnese- oder Aufklärungsgesprächs können all diese Aspekte in unterschiedlicher Ausformung zumindest indirekt vorhanden sein.

Wenn eine Patient\_in im Anamnesegespräch ihre Symptome mit Bildern der eigenen Kultur, des Ausdrucks ihrer Weltwahrnehmung („Mein Körper ist ein Wüstensturm“, „Mein Blut tut weh“, „Geister sprechen zu mir“) beschreibt, kann es zu Missverständnissen kommen. Wenn eine Ärzt\_in nach Vorerkrankungen fragt, können Themen wie Gesundheits- und Krankheitsverständnis, kulturelle oder religiöse Tabus im Raum stehen (z.B. Regelblutung, Sexualität) und zum Schweigen über diagnoserelevante Aspekte führen. Und wenn eine Ärzt\_in eine Diagnose zu erklären sucht, kann es aufgrund der Alltagswelt oder der spezifischen kulturellen Umgebungswelt der Patient\_in, oder aufgrund von sprachlichen Ausdrucksformen etc. zu Missverständnissen kommen (wenn es beispielsweise kein Wort oder keine Bedeutungskonzepte in der anderen Sprache zu einem diagnoserelevanten Thema gibt) und eine *compliance* behindert werden.

Aber auch die kulturspezifische Rollenwahrnehmung der Ärzt\_in bzw. der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung kann großen Einfluss auf die Behandlung und das Gespräch nehmen.

So antwortet ein türkischer Patient auf die Aufforderung, Fragen zu seiner Hüftoperation zu stellen mit: „Was soll ich fragen? Ist doch alles entschieden!“, oder eine portugiesische Patientin sagt, anstatt Fragen zu einer endoskopischen Untersuchung zu stellen: „Mein Schicksal liegt in ihren Händen“, nicht etwa weil sie keine Fragen hätten, sondern weil das System des paternalistischen Arztes kulturell ein sehr starkes ist. Wird dies der Ärzt\_in nicht als kulturelles Merkmal gedeutet, kann jene beispielsweise nicht noch einmal ermutigend auf den Zweck der Rückfragemöglichkeit hinweisen. Auch soll das Wissen um kulturelle Aspekte, der Ärzt\_in kommuniziert, dabei helfen, eine bessere Vertrauensbasis aufzubauen, indem jene bestimmte Verhaltensweisen, die kulturell zu Missverständnissen führen können, reflektierter und bewusster einsetzen oder unterlassen kann. Es reicht jedoch nicht aus, nur kulturelle Stereotype zu

reproduzieren, die Dolmetscher\_in muss auch in der Lage sein, die kulturellen Gepflogenheiten und Lebenskonzepte erklärend darzulegen und fremdkulturelle Hintergründe erläutern zu können. Kultursensibilität stellt daher ein wichtiges Kriterium professionellen Dolmetschens dar (vgl. Barkowski 2007:84ff.).

#### **4.3.1.10 Emotionale/psychische Stabilität**

Um emotionale und psychische Stabilität zu wahren, können professionelle Dolmetscher\_innen im Zuge ihrer Ausbildung verschiedene Techniken der Psycho-Hygiene, Entspannung und des Umgangs mit belastenden Situationen erlernen, oder Supervisionsgruppen aufsuchen, um sich auszutauschen und zu entlasten. Der schmale Grad zwischen Empathie für die Patient\_in und Abgrenzung von ihren Problemen kann bewusst gestaltet werden und ein gesunder Umgang mit den Herausforderungen einer Profession, die täglich mit Leid, Krankheit und drohendem Tod konfrontiert wird, kann erworben werden. Aufgrund der so erarbeiteten Professionalität bringt eine ausgebildete Dolmetscher\_in im Fall einer Dolmetschung kaum eigene Stressfaktoren, Belastungen, Ängste oder anders beeinflussende Emotionen mit in den Raum. Sie kann sich vollkommen auf ihre Tätigkeit konzentrieren und dabei den hohen Standards entsprechend qualitativ arbeiten (vgl. Barkowski 2007:92). Lai\_innen haben keine Nachsorge und bleiben unbetreut mit den aus der Dolmetschsituation zurückbleibenden Ängsten, Sorgen, und Belastungen allein.

Die Kenntnis der hier genannten Kernkompetenzen allein reicht im allgemeinen dennoch oft nicht aus, um die Qualität der Dolmetschung sicherzustellen, da das Wissen und die Erfahrung um die situationsbezogene und situationsbedingte Handhabung jener, einer professionellen Einschätzungsgabe bedarf, die Lai\_innen wenn, dann nur im Laufe langjähriger Dolmetschtätigkeit erwerben (vgl. Barkowski 2007:72ff.).

#### **4.3.1.11 Paratranslatorische Aufgaben**

Dem nicht genug, kann zusätzlich von folgenden paratranslatorischen Aufgaben der Dolmetscher\_in gesprochen werden, welche die Qualität der Dolmetschleistung ebenso positiv beeinflussen:

- Vereinfachen der Ausdrucksweise
- Erklären von Fachausdrücken für die Patient\_in
- Zusammenfassung umständlicher Ausdrücke der Patient\_in
- Abklären unbestimmter Aussagen durch direktes Nachfragen bei der Patient\_in
- Aufmerksamkeit auf Missverständnisse
- Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutungen für das medizinische Personal
- Erläutern fremdkultureller Konzepte und Bedeutungen für die Patient\_in

Um diese paratranslatorischen Aufgaben miteinzubeziehen benötigen Dolmetscher\_innen unter anderem eine hohe Kommunikationskompetenz, eine gute Sachkenntnis und metasprachliches Bewusstsein, sowie Kultursensitivität und kulturspezifisches Wissen. All dies kann eine natürlich mehrsprachige und plurikulturelle Person kaum intuitiv bereitstellen. Ungeachtet dessen wird genau dies mitunter von jenen Personen unreflektiert erwartet und gefordert (vgl. Pöchlacher 2000b:264ff.; vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:49).

Anhand dieser Professionsstandards ist klar zu erkennen, dass diese Tätigkeit wohl kaum in „Kinderhände“ oder situationsadäquater formuliert „Kindermünder“ gehört, denn im Licht des oben beschriebenen Idealbildes der Translationswissenschaft kann diese anspruchsvolle Tätigkeit unter *keinen* Umständen qualitativ hochwertig von Kindern durchgeführt und im Grunde auch

nur im Notfall Lai\_innen übertragen werden. Da Sprachkompetenzen alleine nicht ausreichen, sondern auch translatorische Fähigkeiten für eine gute Dolmetschqualität vonnöten sind, sollte, wenn möglich, eine professionelle Dolmetscher\_in beauftragt werden.

#### **4.3.2 Auftragsvergabe, Finanzierung und Anspruch auf Erstattung – Rechtsgrundlagen**

Die Auftragsvergabe und Zuständigkeit für die Barrieren-Beseitigung ist, wie bereits beschrieben, rechtlich gesehen klar geregelt. Die Ärzt\_in muss für Verständigung sorgen: wann immer eine fremdsprachige Person, die keine gemeinsame Sprache mit der behandelnden Ärzt\_in spricht, in der beide sich für den medizinischen Bereich ausreichend unterhalten könnten, und eine Ärzt\_in in eine Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung treten, muss eine Dolmetscher\_in hinzugezogen werden.

Ein ausreichendes Verständnis seitens der Patient\_in muss von der behandelnden Ärzt\_in im Rahmen des Gesprächs überprüft werden, idealerweise durch Verständnisfragen oder Rückfragen zu gerade Erklärtem. Selbiges gilt auch für die Dolmetschqualität bzw. Dolmetschfähigkeiten einer dolmetschenden Person. Als Dolmetscher\_innen gelten in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich professionell ausgebildete Fachkräfte, sondern jede Person, die ausreichend Sprachkenntnisse hat und verfügbar ist. Dennoch kann bei Fehlübersetzungen und daraus resultierenden Folgen dies zu Lasten der involvierten behandelnden Ärzt\_in gehen, welche dann nach österreichischem Recht zu haften hat (vgl. Straub 2016:14f.). Das Recht sieht also keine Ausschließlichkeit der Auftragsvergabe an professionell ausgebildete Dolmetscher\_innen vor.

Wer hat für eine Dolmetscher\_in zu sorgen? In der Regel bringen anderssprachige Patient\_innen bereits eine Begleitperson, meist Familienmitglieder oder Bekannte, zu Dolmetschzwecken mit. Ist dies nicht der Fall oder die mitgebrachte Person beherrscht die Sprachen nicht ausreichend für ein medizinisches Fachgespräch, so muss seitens der Ärzt\_in oder des Krankenanstaltsträgers eine Dolmetscher\_in beauftragt werden. Ist es *ad hoc* nicht möglich, eine geeignete Dolmetscher\_in zu finden und ist das Anliegen der Patient\_in nicht dringlich, so kann die Patient\_in ersucht werden, erneut mit einer geeigneten Dolmetscher\_in zu einem anderen Zeitpunkt wieder zu kommen. In diesem Fall muss allerdings eine Abschätzung der Dringlichkeit seitens der Ärzt\_in möglich sein. Andererseits kann in lebensbedrohlichen Situationen oder Situationen mit Gefahr in Verzug eine Aufklärung auch gänzlich ausbleiben, in diesem Fall ist dann keine Dolmetschung erforderlich (vgl. Kapitel III – 3.5 *Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich*; vgl. Straub 2016:15).

In Bezug auf die Kostenfrage beinhaltet das österreichische Sozialversicherungsrecht keine Regelung der Dolmetschkostenübernahme im Rahmen einer medizinischen Behandlung. Bei niedergelassenen Ärzt\_innen stellt die Dolmetschung jedoch keine vertragsärztliche Leistung dar, und kann daher auch nicht mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet werden. Somit wären die Kosten von der Patient\_in selbst zu begleichen und sind nicht erstattbar.

Im Gegensatz dazu gelten Dolmetschleistungen im öffentlichen Anstaltsbereich als von den LKF-Gebühren (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) bzw. Pflegegeldgebühren der allgemeinen Klasse gedeckt und sind daher durch öffentliche Anstaltsträger zu erstatten. Eine Abweisung der Patient\_in oder Vereinbarung, in der festgesetzt wird, dass eine Behandlung der Patient\_in von der Übernahme der Dolmetschkosten abhängig gemacht werde, ist laut Straub „im Lichte der Dringlichkeitsprüfung und aufgrund der Behandlungspflicht §22 KaKuG kritisch zu prüfen“ (Straub 2016:15). Wäre dies zulässig, so kann klar von einer Ungleichbehandlung von anderssprachigen Patient\_innen im Vergleich mit deutschsprachigen Patient\_innen ausgegangen werden.

Sind Sprachbarrieren unüberwindbar und *ad hoc* keine Dolmetscher\_in verfügbar, muss eine Behandlung unterbleiben. Kann dies der Patient\_in jedoch nicht begreiflich gemacht werden, oder ist es dringlich, so muss dennoch behandelt werden und das anhand des objektiven,

mutmaßlichen Patient\_innenwillens (vgl. Straub 2016:15).<sup>17 18</sup>

Im Idealfall wird daher eine professionelle Dolmetscher\_in für die Erstsprache der Patient\_in angefordert und im Falle eines Einsatzes in der Klinik wird jene auch von der Anstaltsinhaber\_in und nicht von der Patient\_in direkt bezahlt. Die Ärzt\_in erhält richtige Informationen und kann im rechtlichen Rahmen ausführlich aufklären und die Patient\_in erhält eine gleichwertige medizinische Versorgung wie deutschsprachige Patient\_innen. Dieser Idealfall ist jedoch in der Realität eine Seltenheit. Im klinischen Alltag wird die Überbrückung der Sprachbarriere weitaus häufiger mithilfe von non-professionellen Dolmetscher\_innen, sogenannten Lai\_innendolmetscher\_innen realisiert. Die Gründe und Vor-, sowie Nachteile sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

#### 4.4 Non-professionelles Dolmetschen/Lai\_innendolmetscher\_innen

Meyer et al. (2010) attestiert, dass deutsche Institutionen im medizinischen Bereich in der Regel für den Umgang oder die Behandlung von Menschen mit anderem sprachlichen und/oder kulturellen *Background* nicht vorbereitet sind, sodass durch das Fehlen von institutionellen Lösungen bzw. Dolmetschdiensten anderssprachige Patient\_innen und das medizinische Personal dazu gezwungen würden, mehrsprachige Familienmitglieder oder Klinikangestellte als Lai\_innendolmetscher\_innen einzusetzen; selbiges kann auch für die Situation in Österreich angenommen werden (vgl. Meyer et al. 2010:297).

Da das Überwinden der Sprachbarriere eine große Notwendigkeit darstellt, wird auf mehreren Ebenen versucht, an einer Lösung zu arbeiten. So kann das Bereitstellen einer Dolmetscher\_in zum einen seitens des medizinischen Personals forciert werden und mithilfe mehrsprachiger Krankenhausangestellter der Versuch einer Kommunikation gestartet werden, oder aber die Patient\_in bringt bereits eine brückenbauende Person aus ihrem sozialen Umfeld mit in den klinischen Kontext. Daher kommen im medizinischen Alltag zumeist Lai\_innendolmetscher\_innen, vor allem mehrsprachige Mitarbeiter\_innen der Klinik aus verschiedensten Positionen oder mehrsprachige Familienangehörige und hier besonders oft Kinder zum Einsatz.

Die Gründe hierfür sind vielfältiger Natur: zum einen mangelt es an Bewusstsein bezüglich der Problematiken, die sich auftun, wenn Lai\_innen dolmetschen; zum anderen sind Lai\_innen

---

17 KaKuG §22: Aufnahme der Pfleglinge

- (2) Die Aufnahme von Pfleglingen ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. [...] Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden. Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.
- (3) Anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.
- (4) Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285&Artikel=&Paragraf=22&Anlage=&Uebergangsrecht=> [abgerufen am 31.12.2016]).

- 18 In Deutschland gibt es diesbezüglich ähnliche Auffassungen: die Dolmetschleistung sei „keine ärztliche Leistung, die die Ärzt\_in der Patient\_in im Rahmen des Behandlungsvertrages schulde, sondern eine Bringschuld der Patient\_in, als Teil ihrer Mitwirkungspflicht. Auch wenn die Dolmetschung im Grunde ebenso aufgrund der Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Aufklärung seitens der Ärzt\_in benötigt wird. Aber man nimmt an, dass eine Dolmetschung in erster Linie der Patient\_in zugutekommt und sie nur mithilfe einer Dolmetscher\_in in einen Behandlungsvertrag mit der Ärzt\_in treten kann (vgl. Wienke & Sailer 2014:537).

kostengünstig und leicht verfügbar, daher wird aus pragmatischen Aspekten auf sie zurückgegriffen. Aber es mangelt auch an ausreichend ausgebildeten Fachkräften in weniger dominanten oder größenmäßig schwach vertretenen Sprachen. Des Weiteren ist die Finanzierung professioneller Fachkräfte nicht immer gesichert, oder die Bereitschaftslage und zeitliche Komponente in Notfallsituationen wirklich koordinatorisch ideal lösbar, so scheint es.

In Dolmetschfachkreisen und dolmetschwissenschaftlicher Literatur wird, wenn von Lai\_innendolmetscher\_innen die Rede ist, auch von *natural interpreters*, *native translators*, *Sprachmittler\_innen* oder *linguistic mediators* gesprochen. Diese Termini lassen fälschlicherweise die Interpretation zu, dass mehrsprachige Menschen von Natur aus gute Dolmetscher\_innenqualitäten aufweisen, kompetente Dolmetscher\_innen sind und somit eine Dolmetschung problemlos und qualitativ hochwertig möglich ist (vgl. Saleh 2013:11). Dabei sind selbst kultursensitive und sprachlich gebildete mehrsprachige Personen bei einer Dolmetschtätigkeit vielen Herausforderungen ausgesetzt. Und gerade wenn sie dem familiären Umfeld entstammen, tun sich weitere Dimensionen der Involviertheit und Befangenheit auf, welche zusätzliche ethische Dilemmata evozieren können. Dennoch belegen zahlreiche Studien, dass Lai\_innen im klinischen Alltag wesentlich häufiger zum Einsatz kommen als professionelle Dolmetscher\_innen.

Pöchhacker beschreibt, dass der Einsatz von Lai\_innendolmetscher\_innen, insbesondere auch Personen des näheren Umfeldes, sowie translatorisch ungeschultem Krankenhausangestellten längst ein Faktum des Alltags an der medizinischen Front geworden ist und der Mangel und die fehlenden Kapitalressourcen für Dolmetscher\_innen somit zu einer Lösung an der Basis des Geschehens geführt haben, wo dies unhinterfragt als Gegebenheit, zum Teil sogar als *unproblematisch* hingenommen wird (vgl. Pöchhacker 2000b:178f.). Dies äußert sich deutlich in der Wahrnehmung und Stellungnahme der von Pöchhacker befragten Ärzt\_innen:

Ein HNO-Arzt sagt: „*ZUSAMMENFASSEND BEI 150 PAT/ WOCHE die nicht oder kaum Deutsch sprechen in 4 Jahren bisher kein Problem. Ärztliche Probleme sind andere (z.B. Arbeitszeit, sinnlose Administration...) als die paar nicht Deutsch sprechenden Patienten*“ (Pöchhacker 2000b:178; Hervorhebung im Original).

Eine befragte Gynäkologin meint: „*Die gezielte und effektive Behandlung von Krankheiten ist primär an die diagnostische Erfahrung des behandelndes [sic!] Arztes gebunden. Sprachschwierigkeiten sind absolut nebensächlich*“ (Pöchhacker 2000b:178).

Ein Chirurg mit 23 Jahren Berufserfahrung ist der Meinung: „*dass die Kommunikation im chirurgischen Bereich ausreicht und es nicht indiziert ist zusätzliche „Sprachdienstposten“ zu schaffen. Wenn ich in einem anderssprachigen Land lebe, ist es primär meine Aufgabe die dortige Sprache zu erlernen!!*“ (Pöchhacker 2000b:178; Zeichensetzung und Hervorhebungen im Original).

Hier zeigt sich auch deutlich die sprachpolitische Einstellung einer wahrgenommenen Monokultur und Monolingualität, sowie der sozio-linguistischen Realität einer Abstufung von Prestige der Sprachen, das Prestige und den Wert der gegebenen Mehrheitsgesellschaft spiegelnd.

Pöchhackers Befragung ergab in diesem Zusammenhang noch eine durchaus spannende Geschlechter-Diskrepanz: die befragten Ärzte gaben eine hohe Zufriedenheit mit der derzeitigen Praxis (offensichtlich ein Indiz für das geringe Problembewusstsein) an; die befragten Ärztinnen unterschieden sich hier von ihren Kollegen hinsichtlich der Zufriedenheit. Pöchhacker nimmt an, dass dies an einer geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Gewichtung des Inhalts und Umfangs des medizinischen Aufklärungsgesprächs liegen könnte und Ärztinnen den Stellenwert des

Gesprächs weitaus höher ansetzen. Eine Befragung durch Roter et al. (1991) gibt laut Pöchhacker Hinweise darauf, dass Ärztinnen längere, von Informationsangeboten und Fragemöglichkeiten geprägte, empathische Gespräche führten als ihre Kollegen und in diesen Gesprächen die Patient\_innen auch einen signifikant höheren Gesprächsanteil hatten als in den Gesprächen mit Ärzten (vgl. Pöchhacker 2000b:178f.).

Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht näher auf geschlechtsbezogene Unterschiede eingegangen werden, jedoch seien jene erwähnt, da sie die Qualität des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs ebenso beeinflussen – in diesem Falle durch die Problemsensitivität weiblicher Ärzt\_innen.

Pöchhacker (2000b) beschreibt des Weiteren, dass das medizinische Personal in Bezug auf Lai\_innendolmetscher\_innen geringe Anforderungen hat: Weder ein Schulabschluss auf Matura-Niveau, ein gründliches Verständnis der betroffenen Kulturen oder die Kenntnis des medizinischen Vokabulars scheinen wichtig – einzig das Kriterium der perfekten Sprachbeherrschung werde als notwendig angesehen. Die Annahme, natürlich zweisprachige Personen seien geeignete Dolmetscher\_innen (in jedem Bereich), kann als *communis opinio* bezeichnet werden, die zu einem einseitigen und verkürzten Betrachten von möglichen Problemen des Lai\_innendolmetschens seitens des medizinischen Personals und der Mehrheitsbevölkerung führt und die gängige Praxis des Lai\_innen-Nutzens aus ihrer Sicht „entschuldigt“ oder aber zumindest erklärt (vgl. Pöchhacker 2001:346).

Kuo und Fagan (1999) fanden in ihrer Befragung von Ärzt\_innen und Patient\_innen heraus, dass die *Verfügbarkeit* der Dolmetscher\_in, die *Genauigkeit* bei der Übersetzungstätigkeit, und die *Verschwiegenheit*, die wichtigsten Bedürfnisse von Ärzt\_innen und Patient\_innen sind. Aus Sicht der Patient\_innen kam jedoch noch der Aspekt *Geschlecht* hinzu, es wurde eine dolmetschende Person desselben Geschlechts klar bevorzugt (vgl. Kuo & Fagan 1999:549).

Wenn jedoch allgemein der Bedarf einer Dolmetschung, insbesondere einer professionellen Dolmetschung, das Problembewusstsein in Bezug auf Lai\_innendolmetscher\_innen und die rechtlichen Konsequenzen fehlerhafter Dolmetschungen durch das medizinische Personal derart niedrig bewertet werden, muss davon ausgegangen werden, dass im klinischen Alltag kaum externe professionelle Dolmetscher\_innen konsultiert werden. Da die Überbrückung der Barriere dennoch notwendig ist, wird auf die unbewusst idealisierten Lai\_innendolmetscher\_innen des Umfeldes zurückgegriffen. Pöchhackers Untersuchungsergebnis aus der Befragung der Wiener Krankenanstalten im Rahmen des WHO-Projektes „Wien – gesunde Stadt“ (1996) bestätigt dies:

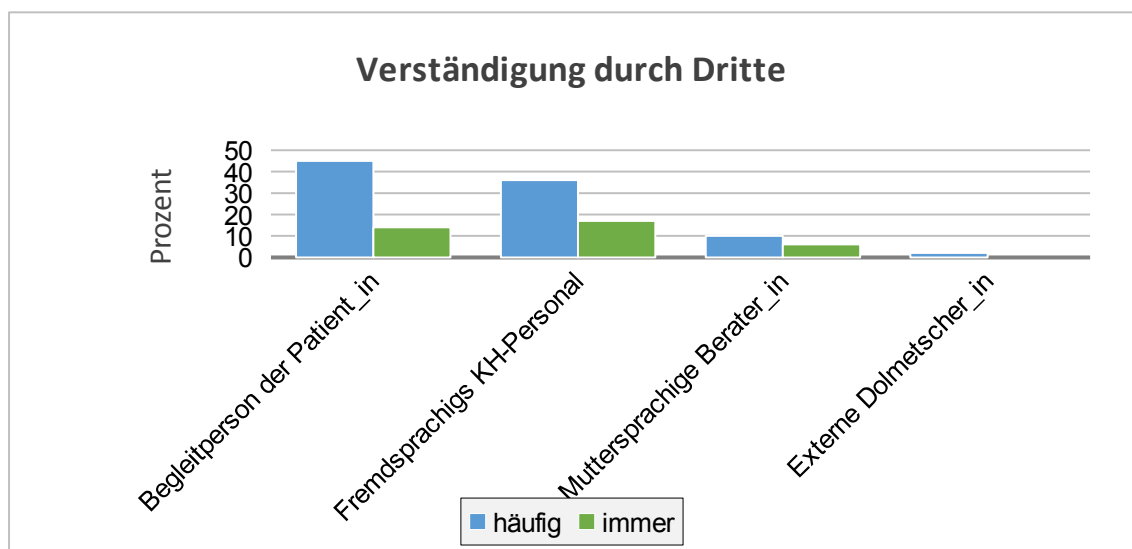


Abbildung 1: "Verständigung durch Dritte" (Gaphik nach Pöchhacker 2000b:159; Genderversion A.W.)



Pöchhacker befragte in seiner bereits 1996 durchgeführten Studie insgesamt 508 Krankenhausmitarbeiter\_innen, Ärzt\_innen und Pflegepersonal (ungefähr gleich verteilt), in insgesamt 71 Klinikabteilungen. Die Befragung erfolgte quantitativ und aus institutioneller Sicht zur Praxis des Umgangs mit nichtdeutschsprachigen Patient\_innen in den Kliniken (vgl. Pöchhacker 2000b:148ff.). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass 45% des befragten Klinikpersonals angab *oft* und 14% angaben *fast immer*, mithilfe der Begleitpersonen der Patient\_innen, zu 46% *oft* und zu 17% *fast immer* mithilfe des fremdsprachigen Personals und nur zu 2% *häufig* mithilfe extern angeforderter Dolmetscher\_innen zu kommunizieren. Wobei unter Begleitpersonen laut der Befragten zumeist Kinder gemeint sind. Rund drei Viertel gaben an, dass häufig oder fast immer Kinder dolmetschten, mit großem Abstand gefolgt von den Ehepartner\_innen, den anderen Verwandtschaftsgraden und Freund\_innen, sowie anderen, zufällig anwesenden Patient\_innen zu einem geringen Prozentsatz (vgl. Pöchhacker 2000b:169).

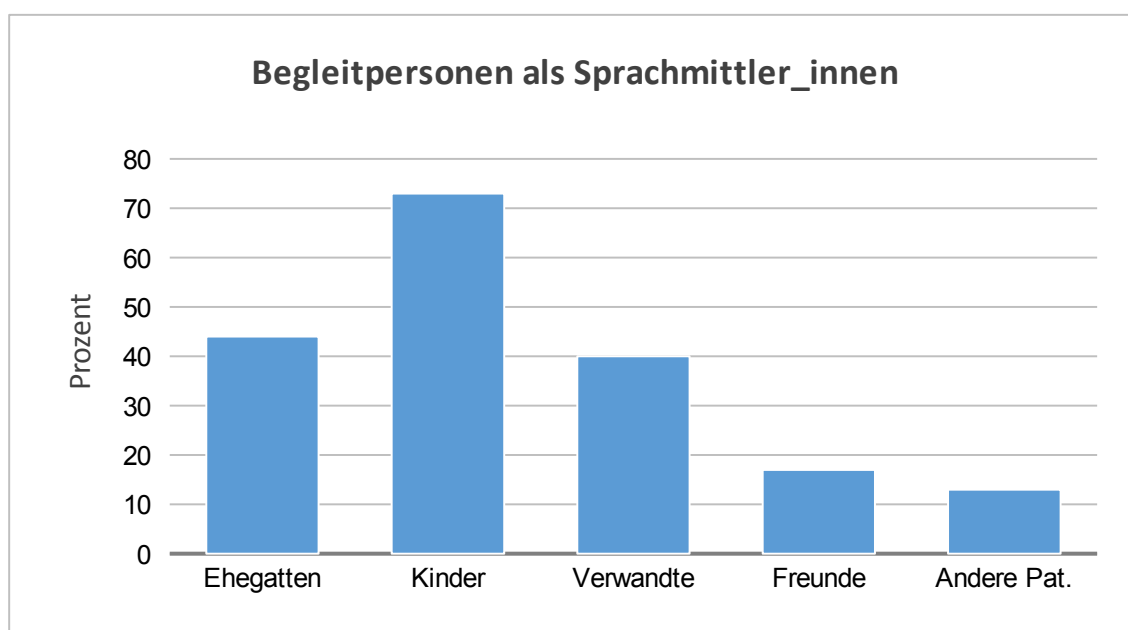


Abbildung 2: "Begleitpersonen als Sprachmittler\_innen" (Graphik nach Pöchhacker 2000b:160; Genderversion A.W.)

Doch die Befragung ergab auch bei genau diesen Begleitpersonen den geringsten Wert der *problemfreien* Kommunikation (vgl. Pöchhacker 2000b:163).

Dies zeigt die wiederholt auffindbare Paradoxität, dass wider fachlich belegten, guten Gründen, Lai\_innen nicht als Dolmetscher\_innen fungieren zu lassen, genau jene dies am häufigsten tun und sich dieses Bild im Alltagsgeschehen als Norm prägt. Wiederholt werden dafür folgende bereits erwähnte Gründe, die knappen Ressourcen Zeit und Geld genannt (vgl. Meyer et al. 2010:302).

Gerade in *Settings*, wo aufgrund der oben genannten Pragmatik, keinerlei Alternativen angedacht, geschweige denn institutionalisiert wurden, scheint diese Handhabung natürlich und logisch. Die Ressource mehrsprachiger Mensch, die Begleitperson ist vor Ort oder wird vor Ort gebracht, sie ist somit verfügbar. Zudem ist sie kostenlos, denn sie muss nicht für die Dolmetschleistung oder den Zeitaufwand bezahlt werden.

Andererseits verselbstständigt und verstärkt sich das Problem und die aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht suboptimale *Ad-hoc*-Lösung des Lai\_innen-Dolmetschens durch diese Praxis, da Patient\_innen mit anderer Erstsprache als Deutsch bereits wissen oder erfahren haben, dass es keine Lösung vor Ort gibt und sich daher gezwungen sehen, selbst für

die Gewährleistung einer Kommunikationsermöglichung zu sorgen. Die Freiwilligkeit in der Mitnahme von Begleitpersonen (Verwandten, Freunden, Bekannten) zu Dolmetschzwecken ist somit nur oberflächlich als solche zu werten und lässt sich in Wahrheit nur begrenzt deduzieren. Dennoch gilt diese Freiwilligkeit rechtlich als angenommen und gültig in Bezug auf eine daraus ableitbare Einwilligung in eine Aufhebung der Verschwiegenheitspflicht gegenüber der mitgebrachten Begleitperson. Aber auch die gängige Annahme des Ressourcen-Sparens durch den Einsatz von Lai\_innen-Dolmetscher\_innen stellt sich bei näherer Betrachtung als zu kurz gedacht heraus. Langfristig könne man durch den Einsatz von professionellen Dolmetscher\_innen Kosten senken bzw. würden bei dem Einsatz von Lai\_innendolmetscher\_innen aufgrund von Dolmetschproblemen mehr Kosten entstehen (vgl. Meyer et al. 2010:302).

Im Folgenden sollen nun die Probleme des Lai\_innendolmetschens sowie die Folgen für sowohl Ärzt\_in, Patient\_in als auch Dolmetscher\_in dargestellt werden. Beginnend mit dem mehrsprachigen Personal, gefolgt von den dolmetschenden Familienmitgliedern und den besonders häufig eingesetzten Kindern.

#### 4.4.1 Personal

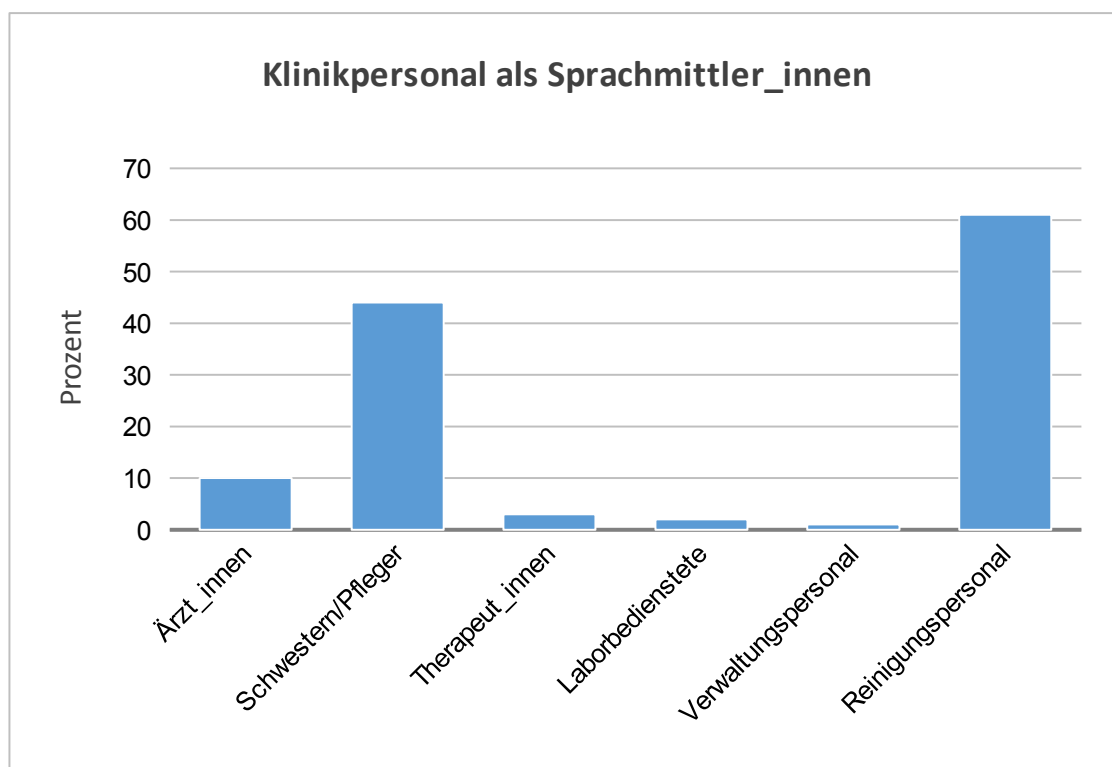


Abbildung 3: "Krankenhauspersonal als Sprachmittler\_innen" (Graphik nach Pöchhacker 2001:345; Genderversion A.W.)

##### 4.4.1.1 Medizinisches Klinikpersonal

Krankenhauspersonal ist vor Ort, ist eine verlässliche Konstante im Betrieb und die Mehrsprachigkeit kann ohne großen Aufwand abgefragt und schriftlich, meist in Form von Listen inkl. Durchwahl, festgehalten werden. Das Sprachpotential, der Mehrwert der Mehrsprachigkeit der Angestellten, wird somit genutzt und idealerweise hilfreich für Patient\_innen eingesetzt.

Wenn krankenhausinterne Personen dolmetschen, kann in medizinisch-geschultes Personal und allgemein-bediensdetes Personal, wie beispielsweise Krankenpfleger\_in versus Sekretär\_in oder

Reinigungsfachkraft, unterschieden werden. Mit der unterschiedlichen Ausbildung und Anstellung gehen nämlich auch unterschiedliche Fähigkeiten in Bezug auf das Dolmetschen einher. So zeigt Meyer (2000), dass wenn Krankenpfleger\_innen in der Funktion als Lai\_innendolmetscher\_in am Gespräch teilnehmen und medizinische Informationen der Ärzt\_in in die Sprache der Patient\_in übertragen, jene nicht nur die Sprache, sondern auch den Technolekt, die Fachsprache und Fachtermini der Ärzt\_in, in eine einfachere und für medizinische Lai\_innen verständlichere Form übertragen (vgl. Meyer 2000, zit. nach Meyer 2004:35). Dies führt zu einem besseren Verständnis, schließt etwaige terminologische Lücken und erhöht somit auch die Rückfragequote und die Patient\_innen-Zufriedenheit. Hier spielt daher nicht nur die Übertragungsfunktion der Dolmetscher\_in eine Rolle, sondern auch ihre alltägliche, Fürsorge tragende und vermittelnde Position als Krankenpfleger\_in zwischen Ärzt\_innen und Patient\_innen. Daraus lässt sich im Weiteren eine andere wichtige Dimension des Dolmetschens erkennen: Es reicht nicht aus die Information von der Ausgangssprache in die Zielsprache zu übertragen, sondern es ist auch das Verständnis der Patient\_in rück-zu-erfragen.

Das Wissen um medizinische Abläufe, institutionelle Gegebenheiten und die Fähigkeit, diese zu benennen, nimmt in der Form der Dolmetschung Gestalt an und hat so einen Einfluss auf das sprachliche Handeln der Dolmetscher\_in und in Folge dessen auf die Dolmetschqualität. Ein Fehlen dieses Wissens um Struktur, Abläufe oder institutionell inhärente Eigenschaften von Kliniken kann daher sprachliche Missverständnisse evozieren, was lai\_innendolmetscher\_innen-einsetzenden Personen nicht bewusst sein mag, jedoch klar erschlossen werden kann (vgl. Meyer 2004:35).

Cynthia Prince hat im Rahmen ihrer Dissertation 1986 Untersuchungen zu Problemen in der Kommunikation bei dem Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch im spanisch-englischsprachigen Kontext in einem Krankenhaus in San José (Kalifornien) in den Abteilungen Pädiatrie, Gynäkologie und Innere Medizin durchgeführt. Untersuchungsgegenstand war das Gespräch zwischen überwiegend armen, bildungsfernen, spanischsprachigen Patient\_innen und englischsprachigen Ärzt\_innen mit unterschiedlich guten Spanischkenntnissen. Für diese Arbeit lassen sich aus den Ergebnissen Princes folgende wichtige Erkenntnisse bezüglich des Rückfragens der Patient\_innen heranziehen: Wenn von Lai\_innen gedolmetscht wurde, so gab es einen signifikanten Unterschied in der Anzahl und dem Ausmaß der Patient\_innen-Rückfragen an die Ärzt\_in, wenn die dolmetschende Person eine Familienangehörige oder aber eine des medizinischen Personals der Klinik war. Wenn Verwandte dolmetschten, so lag die Fragequote erheblich unter der, die bei Gesprächen in der Erstsprache und somit ohne Dolmetscher\_in geführt wurden auftrat, und stark unter derjenigen, die sich ergab wenn das mehrsprachige Krankenhauspersonal zum Zwecke des Dolmetschens hinzugezogen wurde.

Da das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch grundsätzlich stark durch Fragen der Patient\_innen geprägt wird, stellt dies einen wichtigen Faktor für die Qualität des Gesprächs und die darauffolgende autonome Entscheidungsfindung der Patient\_in dar. Eine hohe Fragebereitschaft ist somit ein positiver Effekt der Distanz des dolmetschenden medizinischen Personals gegenüber verwandten Lai\_innendolmetscher\_innen. Des weiteren stellt Prince fest, dass Pflegekräfte oder anderes medizinisches Personal auch eher in der Lage seien Dolmetschfehler aufzuklären, da sie über das nötige medizinische Fachwissen verfügen und den Hintergrund und Zusammenhang der ärztlichen Fragen besser verstehen und nachvollziehen können als medizinische Lai\_innen (vgl. Prince 1986:308).

Dennoch kommt es auch bei der Dolmetschung durch medizinisches Personal zu Fehlern, die Lai\_innen des Dolmetschbereichs aufgrund der fehlenden Ausbildung unterlaufen. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass Dolmetsch-Lai\_innen des medizinischen Personals das nötige Fachvokabular in all ihren Sprachen beherrschen oder ihre Fachkenntnisse in allen ihnen geläufigen Sprachen kommunizieren können. Gerade in Fachgebieten, die nicht ihrem

Spezialgebiet entsprechen, ist die Kommunikation erschwert. Zudem sind Ressourcen im Sinne von Zeit und Personal auch im Klinikbereich reglementiert und knapp – soll eine medizinische Mitarbeiter\_in dolmetschen, muss sie ihren Arbeitsplatz für die Dauer des Gesprächs verlassen und ihre Arbeit zur Seite legen. So kann es zu ungleichen und ungerechten Ressourcenverteilungen und oder erhöhter Knappheit kommen, was daher gerade das medizinische Personal für diese Form der basalen Notlösung erscheinen lässt.

#### 4.4.1.2 Allgemeines Klinikpersonal

Auch das allgemeine Klinikpersonal wird zu Dolmetschzwecken herangezogen. Die Vorteile durch das Fachwissen des medizinischen Personals sind beim allgemeinen Personal zwar nicht gegeben, dennoch bleibt der positive Effekt der emotionalen Distanz und der Verfügbarkeit vor Ort.

Die Verfügbarkeit beinhaltet jedoch sowohl bei medizinischem Personal, als auch hier eine Zeit- und Ressourcenproblematik: abhängig von der Anzahl des mehrsprachigen Personals und den Dienstzeiten können nur vereinzelt Sprachen über diesen Weg „abgedeckt“ werden. Ebenso stellen sich Fragen der Haftung, Entlohnung und Mehrarbeit durch zusätzliche Dolmetschtätigkeit zu ihrem generellen Arbeitspensum (vgl. Pöchhacker 2000b:165).

Die Dolmetschqualität dieser Lai\_innengruppe hängt auch stark vom Ausbildungsgrad und Sprachniveau der Allgemeinbediensteten ab. Da viele anderssprachige Personen im Bereich der Allgemeinbediensteten tätig sind, wo generell ein geringeres Bildungsniveau als im medizinischen Bereich benötigt wird, ist davon auszugehen, dass die Qualität der Dolmetschung durch allgemeinbedienstete Lai\_innendolmetscher\_innen stark von einer professionellen Dolmetschung abweicht – mit all den für Lai\_innen bekannten Problemen. Weil besonders häufig das Reinigungspersonal zum Einsatz kommt, sei hier beispielhaft für Dolmetschproblematiken das Transkript eines Videos einer Dolmetschsequenz aus Pöchhacker (2009) dargestellt. Das Video stammt aus einer Untersuchung auf der HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses. Es handelt sich um keine Akutsituation, sondern eine Therapieeinheit, und das darin vorkommende Dolmetschgespräch zwischen einem zehnjährigen bosnischen Jungen („Emir“) und zwei Stimmtherapeutinnen („Tina“ & „Tanja“) durch eine Reinigungsfachkraft. Ziel der Therapiestunde ist das Einfühlen in die Bauchatmung und Bauchatmungsbewegung, die Emir zuerst an sich selbst spüren soll und anschließend von der Stimmtherapeutin Tina vorgezeigt bekommt. Der Gesprächsausschnitt bezieht sich auf eine Situation, in der die Stimmtherapeutin Tina auf einer Matte am Boden liegt, Emir ihr zugewandt seine Hand auf ihrem Bauch hat und die Dolmetscherin sich auf einem Sessel hinter den beiden befindet.

Segmentnummer	Sprecher_in	Äußerung	Übersetzung
1)	Tina	GELL, DAS HAST DU VORHER AUCH BEI DEINEM BAUCH GESPÜRT. DER IST HINEINGEGANGEN UND WIEDER HINAUSGEGANGEN, HINEINGEGANGEN UND WIEDER HINAUSGEGANGEN DER BAUCH, GELL?	

Segmentnummer	Sprecher_in	Äußerung	Übersetzung
2)	Tanja	FRAGEN SIE IHN OB ER DAS AUCH GESPÜRT HAT.	
3)	Dolm.	JESI LI OSEĆ' O KOD TEBE ISTO TAKO KAO KOD TETE DA SE STOMAK DIZO GORE-DOLE?	Hast du bei dir gespürt wie bei der Dame, dass sich der Bauch rauf und runter gehoben hat?
4)	Emir	(schüttelt verneinend den Kopf)	
5)	Dolm.	JESI OSEĆO? NISI? KAKO NISI KAD SI DRŽO RUKU. KESI OSEĆO KAKO SE STOMAK DIŽE, JESI?	Hast du gespürt? Nein? Wieso nicht? Du hast doch die Hand gehalten. Hast du gespürt, wie sich der Bauch hebt, ja?
6)	Emir	Ja.	
7)	Dolm.	Jesi, ja.	Hast du, ja.
8)	Tina	Ja?	
9)	Dolm.	(zu Tina) Ja. (halblaut) ZERST HAT ER NEIN GSAGT, SAG I/	

Tabelle 3: Transkript 1 (entnommen aus Pöchhacker 2009:351; formal abgeändert durch A.W.)

Tina richtet sich in Segment 1) direkt an Emir, dennoch wird ihre Ausführung nicht ohne Aufforderung von Tanja (Segment 2) für Emir übersetzt. Die Dolmetscherin fragt Emir (Segment 3), jedoch ohne die einleitende und abschließende Bestätigungsformel GELL und Emir schüttelt verneinend den Kopf. Diese nonverbale Verneinung veranlasst die Dolmetscherin erneut und energischer Nachzufragen (Segment 5) – sie legt dabei zusätzlich ihre Hand auf Emirs Bauch. Worauf Emir nun doch mit einem „Ja“ antwortet (Segment 6). Die Dolmetscherin versichert sich der Antwort (Segment 7) und die Therapeutin Tina erhält auf ihre Frage (Segment 8) die bejahende Antwort, mit einem halblauten Vermerk der ursprünglichen Verneinung. Pöchhacker beschreibt, dass der Vermerk von keiner der beiden Therapeutinnen wahrgenommen wurde, ebenso hätten sie vermutlich die Hand auf Emirs Bauch bemerken müssen – das co-therapeutische Intervenieren in Segment 7) musste ihnen aber aufgrund der Sprachbarriere verborgen bleiben. In dieser Situation spielt sicherlich auch das Alter des Patienten eine Rolle, die Dolmetscherin versucht offensichtlich, das Therapieziel der Therapeutinnen umzusetzen und vernachlässigt die eigentliche Rollenunparteilichkeit. Hat Emir nicht verstanden, worum es geht, so sind hier zum einen Zeit und Wissensressourcen der Therapeutinnen und Zeitressourcen der dolmetschenden Reinigungsfachkraft verloren worden bzw. werden noch weiter verloren gehen, da sich das Erreichen des Therapiezieles nach hinten verschiebt und etwaige gesundheitliche Negativ-Folgen für Emir länger bestehen bleiben. Hier zeigt sich auch deutlich, warum die professionelle Neutralität der Dolmetscher\_in ein wichtiges gefordertes Qualitätskriterium darstellt; aber auch das Kriterium des Rollenbewusstseins, denn das fehlende Rollenverständnis, die unklare Auftragslage und das Alter des Patienten bereiten der dolmetschenden Reinigungsfachkraft Schwierigkeiten. Wenn nun in einer Notsituation gedolmetscht werden soll, mit anspruchsvolleren Fachwörtern, die möglicherweise nicht einmal in der Erstsprache der dolmetschenden Lai\_in/Allgemeinbediensteten gewusst bzw. verstanden werden, so sind eine

Überforderung und daraus resultierend Fehler sehr wahrscheinlich. Eine problematische Voraussetzung für das Dolmetschen in einem Bereich, wo das schwerwiegende Folgen mit sich bringen kann.

Flores (2006) konstatierte: *“family members, friends, untrained members of support staff, and strangers found in waiting rooms or on the street [...] are more likely than professional interpreters to commit errors that may have adverse clinical consequences (Flores 2006:231)”*.

Nicht sehr anders gestaltet sich daher das Dolmetschen durch Begleitpersonen der Patient\_innen, wobei unter jenen in Bekannte, das sind diverse Gruppenmitglieder des sozialen Umfeldes, oder Familienmitglieder unterschieden werden kann. Jede dieser Gruppen bringt zudem andere soziale und ethische Implikationen mit sich, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

## **4.4.2 Begleitpersonen**

### **4.4.2.1 Bekannte**

In ihrer Vulnerabilität greifen Patient\_innen in der Not, wenn keine Verwandten zur Verfügung stehen, auf Freunde oder Bekannte aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Das können Mitglieder derselben religiösen Vereinigung sein, Mitglieder desselben Kulturvereins oder einfach die mehrsprachige Nachbar\_in. Hier entstehen für die Patient\_in zumeist keine Kosten und ein gewisses Ausmaß an Vertrauen ist gegeben, sodass sie sich unterstützt und zu einem gewissen Grad in der Interaktion mit der Ärzt\_in sicher fühlen. Schwierig wird es in Bereichen, die für die religiöse oder kulturelle Gruppe, oder das soziale Zusammenleben mit den Bekannten als tabu gelten, oder der Patient\_in zu privat sind, um sie *freiwillig* zu teilen. Hier kommen Fragen der Schweigepflicht und ethische Aspekte der Autonomie in das Blickfeld. Da die Wahrscheinlichkeit, dass die dolmetschende Person jedoch gar Teil der (engeren) Familie ist, ungleich höher ist, sollen die Aspekte des Lai\_innendolmetschens Familienangehöriger ausführlicher besprochen werden.

### **4.4.2.2 Familienangehörige**

Wenn Patient\_innen mit geringen Deutschkenntnissen eine Ärzt\_in aufsuchen, so tun sie dies zumeist zusammen mit leicht verfügbaren, kostengünstigen Dolmetscher\_innen, die sie aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld, der Familie beziehen. Familienangehörige sind vertraut, es sind daher keine zusätzlichen unbekanntenen Personen in der sehr privaten Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung. In manchen Kulturen ist der Mann Hauptentscheider und daher ohnehin anwesend. Da Männer in patriarchalen Gesellschaften für den Broterwerb zuständig sind, sind es auch jene, die in der deutschsprachigen Kultur aufgrund der Arbeit teilweise schneller die notwendigen Deutschkenntnisse erwerben als Frauen und deshalb für ihre Frauen dolmetschen bzw. sprechen. Häufiger dolmetschen jedoch Kinder.

Mit ein Grund für das Nutzen von Angehörigen als Dolmetscher\_innen kann auch das Unwissen, die fehlende Information bezüglich der Kostenübernahme durch die Krankenanstaltsträger\_in sein. Patient\_innen kennen ihre Möglichkeiten nicht und müssen daher ihre privaten Lebensdetails mit ihren Angehörigen teilen. Auch ist vermutlich der Großteil überzeugt von den Sprachkenntnissen der Angehörigen und vertraut jenen „natürlichen“ Dolmetscher\_innen, ohne die Dolmetschqualität überprüfen zu können. Das bereits gebrachte Beispiel von Schmid et al. (1992) zeigt das fehlende Wissen von Alternativen und das fehlende Problembewusstsein sehr gut und wird zur Betrachtung dieses neuen Aspektes abermals angeführt:

Daß ich die Sprache so schlecht verstehe, macht es mir unangenehm zum Arzt zu gehen. Darum nehme ich meistens eines meiner Kinder oder eine Freundin mit. Was soll der auch da tun können, wegen mir wird der nicht Kroatisch lernen. [...] Wenn ich jemanden mit habe, der übersetzen kann, glaube ich schon, daß er versteht, was mir fehlt, wenn ich alleine hingehen müßte, na danke (Schmid et al. 1992:58f. zit. nach Pöchhacker 2001:341; Hervorhebung durch A.W.).

Wenn Familienangehörige als Kommunaldolmetscher\_innen auftreten, so kann dies aber auch den erwähnten Vorteil des Vertrauens, des positiv Unterstützens und somit Aufwertens der Situation mit sich bringen; denn in der Regel ist es nicht leicht, einer weiteren Person wie einer Dolmetscher\_in in einer unbekanntem Situation auch noch Vertrauen entgegen zu bringen. Zudem wissen die Angehörigen oft auch über diverse Vorerkrankungen Bescheid und funktionieren als zusätzliche Informationsquelle, wenn im Stress oder der emotionalen Aufgewühltheit auf etwas vergessen worden sein sollte.

Family members accompanying patients play roles that go beyond providing language assistance. They offer comfort and, when it comes to interpreting, they automatically count on having the patient's trust. The job of the interpreter goes beyond building trust. Interpreters set up and explain their own role at the outset of a medical encounter. Ideally, they transmit information accurately and completely and manage the flow of communication between all participants (Angelelli 2004:23).

Ein weiterer klarer Vorteil ist mit Sicherheit, wie Angelelli (2004) schreibt, dass Familienmitglieder im Zuge des Dolmetschens auf gemeinsames Wissen zurückgreifen können und damit in ihren Erklärungen oder Übersetzungen der Patient\_in leichter zu Verständnis verhelfen können. Ebenso wie Personen desselben kulturellen, ethnischen oder religiösen Backgrounds in gewisser Weise einen verbindenden Aspekt haben, der über die gemeinsame Sprache hinausgeht. So können diese Personen als Dolmetscher\_innen das standardisierte Expertenwissen gezielt mithilfe des Hintergrundwissens spezifischer und erfahrungsweltverbundener darstellen. Daraus folgt jedoch auch, dass die Übersetzung nur mehr lose an die ursprüngliche Aussage angelehnt sein kann und in ihrem Inhalt von der Aussage der Ärzt\_in sehr abweicht oder gar nicht zu finden ist (siehe Transkript 2). Trotzdem wird hierdurch zumeist ein besseres Verständnis erreicht, da die Patient\_in, wie oben erwähnt, auf ihr Wissen, ihre Angewohnheiten, kurz auf Vertrautes zurückgreifen kann.

Ein Beispiel hierfür sei im Folgenden (Transkript 2) dargelegt: Dolmetscher\_in (Int) ist hier die erwachsene Tochter eines türkisch sprechenden Krebspatienten (Pat), der bereits vor ein paar Jahren wegen einer Lungenkrebserkrankung bei diesem Arzt in Behandlung war und nun davon ausgeht, dass er totkrank ist, und sich bei dem Oberarzt für innere Medizin (Doc) nach seinen derzeitigen Lebenschancen erkundigt.

Segmentnummer	Sprecher_in	Äußerung	Übersetzung
413	Int	Er fragt nach seiner Lebenschance.	
414	Doc	Ja.	
415		((atmet hörbar ein))	
416		Das ist sehr ernst, das ist sehr ernst.	
417		Direkt übersetzen, bitte!	
418	Int	· Çok ciddi, diyor, durumun.	Deine Situation ist sehr ernst, sagt er.
419		„Öteki defa gibi değil“, diyor.	„Es ist nicht wie beim letzten Mal“, sagt er.

Tabelle 4: Transkript 2 (entnommen aus Meyer et al. 2010:313; Hervorhebung im Original)

Hier dolmetscht die Tochter (Segment 413) die Frage des Vaters nach den Lebenschancen dem Oberarzt in der 3. Pers. Sg.. Der Arzt bestätigt mit einem „Ja“ und atmet hörbar ein (Segment 414,415). Es folgt die Äußerung des Arztes über den Gesundheitszustand des Patienten, den er als sehr ernst einstuft in Segment 416, wo er diese Aussage auch verstärkend wiederholt. In Segment 417 fordert der Arzt die dolmetschende Tochter auf, das Gesagte direkt zu übersetzen. Die Tochter dolmetscht in der indirekten Rede das Gesagte dem Vater direkt (Segment 418) und fügt in Segment 419 einen Zusatz hinzu, indem sie Bezug auf die allen Anwesenden bekannte Situation der letzten Jahre nimmt, um dem Vater die Ernsthaftigkeit der Situation zu verbildlichen. Sie tut dies jedoch mit einer Zuschreibung der Aussage zu dem anwesenden Oberarzt, der Autoritätsperson, ohne dessen Wissen (vgl. Johnen & Meyer 2007:395ff.; zit. nach Meyer 2010:313).

Mit dem Zusatz in Segment 419, mit der Bezugnahme auf die bekannte, vergangene Situation des Patienten und dem Hinweis, dass es diesmal *anders* sei, bringt die Tochter implizit das Thema Tod in den Raum, das möglicherweise durch prosodische oder para-linguistische Merkmale bzw. der Wiederholung (in Segment 416) der Äußerung des Arztes bereits da war und so dem Patienten die Einschätzung seiner Lage und somit die Erschließung einer klaren Antwort auf seine Eingangsfrage ermöglicht (vgl. Meyer et al. 2010:313).

*Ad-hoc*-Dolmetschen kann hier als flexibles Instrument für die spezifischen pragmatischen und interaktiven Bedürfnisse einer bestimmten Konstellation gesehen werden. Diese Möglichkeit einer flexiblen Verlagerung von einer eher passiven in eine aktive und unterstützende Rolle, mit stärkerer Involviertheit als Dolmetscher\_in und *vice versa*, scheint ein typischer Aspekt des Dolmetschens für Menschen mit mäßigen Sprachkenntnissen zu sein, da die Sprachbarriere durch geringe Kenntnisse nicht vollständig gegeben ist.

Eine flexible Verwendung und Gebrauch linguistischer Ressourcen, zusammen mit einem spezifischen Involviert-sein – gebunden an die familiäre Zugehörigkeit – kann aber auch dazu führen, dass die Dolmetscher\_in als primäre Gesprächspartner\_in interagiert und interveniert. Mit all den Vorteilen einer individuell und situationsabhängigen Anpassung des Bedarfs und den Nachteilen, des anstelle der Betroffenen Sprechens und dem dadurch möglicherweise entstehenden Informationsverlust (vgl. Meyer et al. 2010:306).

Denn da durch das Intervenieren persönliche Aspekte der Dolmetscher\_in in das Gespräch kommen, kann sich infolgedessen ein weiterer Aspekt des Dolmetschens für Familienmitglieder auf tun. Menschen sprechen demnach *für* andere *um* bestimmte soziale Ziele zu erreichen und persönliche Interessen zu verwirklichen. Ob das das Beschützen der Familienmitglieder vor Peinlichkeit, Verlegenheit und Beschämung ist, oder um ein besseres Bild der Familie zu zeichnen, indem sie freundlicher und höflicher sind oder sich gebildeter ausdrücken etc.. Es wird versucht, die Situation für die Familienmitglieder zu verbessern: an bessere, andere oder mehr Ressourcen, Güter, Informationen und oder Services zu kommen (vgl. Meyer et al. 2010:307). Angehörige, insbesondere Kinder, machen sich so zur Gesprächspartner\_in der Ärzt\_in und gehen aus der Dolmetscher\_innenrolle hinaus. Auch erwachsene Kinder, die für ihre Eltern oder Geschwister dolmetschen, bleiben emotional die Kinder ihrer Eltern und Geschwister der Geschwister – auch wenn sie zusätzliche Rollen und Funktionen einnehmen und andere Aspekte des Erwachsenseins leben.

Meyer et al. (2010) zeigen mithilfe einer qualitativen Gesprächsanalyse von gedolmetschten Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächen auf, dass es noch andere Aspekte der Verwendung von Familienmitgliedern als Dolmetscher\_innen gibt, die diesen Effekt haben:<sup>19</sup> die Rolle der

---

19 Die Daten stammen aus zwei Projekten zum Dolmetschen in deutschen Krankenanstalten des Multilingualismusforschungsbereichs der Universität Hamburg. Es handelte sich bei den Patient\_innen um Türkisch-, oder Portugiesisch-Sprecher\_innen aus Hamburg und als Dolmetscher\_innen agierten Angehörige oder das medizinische Personal der Kliniken. Dieses Transkript ist aus der Auszeichnung Nummer 8 des DiK-Korpus, welcher auf [www.exmaralda.org](http://www.exmaralda.org) abgerufen werden kann (vgl. Meyer et al. 2010:310f.; siehe [www.exmaralda.org](http://www.exmaralda.org) [abgerufen am 21.12.2016]).



Dolmetscher\_in ist hier stark mit der Funktion der Informations-Empfängerin und aber auch Zur-Verfügung-Steller\_in verbunden und wird als solche auch direkt von der Ärzt\_in adressiert. Hier wird die dolmetschende Verwandte auch zur Gesprächspartner\_in der Ärzt\_in, jedoch durch die (unbewussten oder bewussten) Interventionen der Ärzt\_in.

Segmentnummer	Sprecher_in	Äußerung
163	Doc	Das zweite is, · was wir ·morgen · oder übermorgen dann noch vorhaben, ((atmet ein)) eine Untersuchung, die von der Speiseröhre aus gemacht wird.
164		((atmet ein))
165		Das ist so ähnlich wie Magenspiegelung.
166		<b>Kennt er das?</b>
167		<b>Die Magenspiegelung?</b>
168	Int	··· Hat er gemacht.
169		·· Ja.
170	Doc	Ja?
171		((atmet ein))
172		Gut.
173		Er muss da einen Schlauch schlucken im Prinzip.
174		Und an diesem Schlauch ist ein...
175	Int	<b>Das ist aber/ das wird aber getaubt, ne?</b>
176		<b>Oder?</b>
177	Pat	((hustet))
178	Doc	Ja, er bekommt · dabei eine Spritze, dass er n bisschen schläft.
179		Genauso wie heute.
180	Int	Ja.
181	Doc	· Und ähm dann kann man von der Speiseröhre aus mit einem kleinen Ultraschallgerät, ((atmet ein)) das er praktisch verschluckt, ((atmet ein)) gucken, · ob man von dort aus diese Stelle auch noch sehen kann.

*Tabelle 5: Transkript 3 (entnommen aus Meyer et al. 2010:310f.; Hervorhebung im Original)*

In diesem Beispiel (Transkript 3) ist eine Kommunikation zwischen der erwachsenen Tochter (Dolmetscher\_in/Int) eines türkisch sprechenden Asthma-Patienten (Pat) und seiner behandelnden Ärztin für innere Medizin (Doc) zur Vorbereitung einer transösophagealen Echokardiographie (TEE) dargestellt; „·“ markiert eine kurze Pause, ein kurzes Zögern.

In Segment 163 beginnt die Ärztin von der geplanten Untersuchung zu sprechen, ohne einen der

beiden – Patient oder Dolmetscherin – direkt anzusprechen und zieht erklärend in Segment 165 eine Parallele zu einer anderen Untersuchung, der Magenspiegelung. In den Segmenten 166 und 167 fragt die Ärztin die dolmetschende Tochter des Patienten ob *er* denn Kenntnis über eine Magenspiegelung hätte – denn nur dann macht dieser Vergleich auch Sinn und der Patient kann sich den Ablauf der TEE vorstellen. Segment 168, 169 zeigen, dass die dolmetschende Tochter direkt für den Patienten, ihren Vater, nach kurzem Zögern antwortet: „Hat er gemacht. Ja.“. Die Ärztin wiederholt die Antwort der Tochter, evaluiert sie und setzt an den Vorgang zu beschreiben. Sie wird dabei von der dolmetschenden Tochter unterbrochen (Segment 175 und 176), die nach einer möglichen Anästhesie fragt. Die Ärztin beantwortet die Frage der Tochter und beginnt dann in Segment 181 weiter den Vorgang auszuführen, wieder ohne direkt den Patienten zu adressieren – sie spricht von ihm in der 3. Pers. Sg. und erklärt den Vorgang somit der dolmetschenden Person, der Tochter. Inwiefern sich dies mit der Pflicht zur direkten Aufklärung vereinbaren lässt oder nicht, ist allein aus diesen Segmenten nicht ableitbar. Es zeigt sich jedoch klar, dass die für das Dolmetschen zuständige Tochter nicht alles dolmetscht, dem eigentlichen Patienten somit keine Möglichkeit für Rückfragen oder Äußerungen von Bedeutung ermöglicht und den Informationsfluss stark beeinflusst. Die Ärztin sieht hier die dolmetschende Tochter als Informantin und Ansprechperson. Der Vorteil, der hier eine Rolle spielt, ist der Zeitgewinn durch (scheinbar) vertrauenswürdige Information in kurzer Zeit, da die Tochter das Wissen besitzt und nicht zu dolmetschen braucht. Der Fluss der Aufklärung wird nur minimal beeinflusst. Doch selbst wenn diese Sequenzen bzw. die enthaltene Information hernach gedolmetscht würde, wäre dem Patienten ein Teil seiner Autonomie und die Möglichkeit, relevante Information zu geben, genommen worden. Ihm bliebe nur, so es offenkundig wird, Fehler oder Tatsachenverdrehungen im Anschluss zu berichtigen (vgl. Meyer et al. 2010:311f.).

Wenn also die Patient\_in nicht direkt adressiert wird, sondern die Dolmetscher\_in als primäre Gesprächspartner\_in fungiert, kann zwar Zeit gespart werden und von der Interaktion und dem gemeinsamen Wissen der Dolmetscher\_in und Patient\_in profitiert werden, es öffnen sich jedoch auch Dimensionen, die hinsichtlich der Autonomie und auch rechtlicher Aspekte der Selbstbestimmung der Patient\_in als mehr als problematisch zu bezeichnen sind.

Auch Lucila erzählt: *“I used to have to translate for my mom at the doctor’s office so much that it came to the point where the doctor would only talk to me. He wouldn’t even look at my mom. Instead he would ask me for updates and symptoms. Afterwards he would give me his recommendations and had me choose what the best options would be for my mom. Often I had to interrupt him to explain what had been going on with my mom and to ask her what she thought, but I must admit that sometimes I made choices for her without asking her first”* (Orellana et al. 2003:518).

Hier zeigt sich, dass die Dolmetscherin, die Tochter der Patientin, nicht nur als Informantin dient, die die Lage der Mutter darlegt und Auskünfte über ihren Gesundheitszustand gibt, sondern in manchen Fällen gar nicht dolmetscht oder Rücksprache mit der eigentlichen Patientin hält, sondern direkt Entscheidungen für sie trifft, ohne deren Wissen oder explizite Zustimmung.

Da jedoch in vielen Fällen die Patient\_innen sehr wohl fähig sind, Teilen des Gesprächs zwischen der Ärzt\_in und der dolmetschenden Person zu folgen, und manche Entscheidungen bei bekannten Erkrankungen und längerem Zeitraum wohl vorausschauend zu Hause bereits getroffen werden und nur noch in der Klinik oder Ärzt\_innenpraxis durch die dolmetschende Person nach der Aufklärung mitgeteilt werden, muss nicht immer von den drastischen ethischen Problemlagen wie oben genannt ausgegangen werden (vgl. Meyer et al. 2010:308ff.).

Dennoch kann es vorkommen, dass Lai\_innendolmetscher\_innen aus dem familiären Umfeld Informationen nicht dolmetschen und/oder sogar Entscheidungen für Patient\_innen fällen, oder mithilfe gemeinsamen Wissens Botschaften verändern und persönlich „färben“.

In den nächsten Absätzen soll diesbezüglich ein anderes Problem dargelegt werden, denn

selektive Informationsübertragung oder Färbung kann ein weiteres Level einnehmen, wenn die dolmetschende Person ihre eigenen Themen, Wünsche, Ängste unkontrolliert und unkontrollierbar in die Übertragung mit einbringt und das Gespräch auf eine völlig andere inhaltliche Ebene gerät.

Meyer et al. (2010) bringen hier zwei Beispiele: zum einen berichten sie von einem Sohn, der im Gespräch für den Vater und für eine Diätologin dolmetschen soll und weder das Jammern und die Unzufriedenheit des Vaters mit dem Krankenhausessen dolmetscht, noch die *neutral* gehaltenen Empfehlungen und Anordnungen der Diätologin. Sondern dem Vater (mit scheinbar autoritärer Unterstützung) mit Nachdruck sagt, dass sein Essverhalten, wie er (der Sohn) bereits mehrfach gesagt habe, die Beschwerden verschlechtern würde. Es wird hier nicht der Vorschlag der Diätologin, weniger Kohlenhydrate zu essen und jene wenigen mit Gemüse zu kombinieren übertragen, sondern nur allgemeine Anweisungen seitens des Sohnes ohne hilfreiche Verhaltensmaßnahmen an den Vater gerichtet. Der Patient erhält die Hilfe nicht, die er benötigt und die Diätologin kann ohne sein Mittun keine guten Ergebnisse erzielen. Dies kann auch als ein gutes Beispiel für die erwähnte schlechte *compliance* von Patient\_innen dienen, die keine geeignete Dolmetschung bekommen.

Zum anderen berichten Meyer et al. (2010) über eine Tochter, die dem krebserkrankten Vater von einer neuen Behandlungsmethode erzählen soll, die laut Ärztin *weniger* Nebenwirkungen hätte als die aktuelle. Die Tochter teilt dem Vater mit, die neue Behandlungsalternative hätte *keinerlei* Nebenwirkungen und wäre in gewisser Weise effektiver als die derzeitige, in der Hoffnung, der Vater würde so in die weitere Behandlung (leichter oder überhaupt) einwilligen. Willigt der Vater in die Behandlung ein, kann jedoch nicht von *informed consent* ausgegangen werden, da ihm wichtige Informationen für seine Entscheidung fehlten und die alternativen Optionen der Nicht-Behandlung oder Beibehaltung der aktuellen Therapie beispielsweise nicht angedacht und besprochen wurden. Da die behandelnde Ärztin der Sprache des Patienten nicht mächtig ist, kann sie die Übersetzung nicht überprüfen und muss vom Wohlwollen der Tochter ausgehen, die keine persönliche Forcierung wie im oben genannten Beispiel beinhalten sollte (vgl. Meyer et al. 2010:314ff.).

Durch den Wechsel aus der Dolmetscher\_innen-Rolle in die Rolle der Gesprächspartner\_in und das Beeinflussen der Patient\_innen-Antwort aus dieser Position und ihrer Sicht entstehende Missverständnisse oder Auslassungen im Dolmetschprozess und Informationen gehen verloren. Auch, da von Lai\_innendolmetscher\_innen ohne medizinisches Fachwissen oder aufgrund mangelnder Erfahrung oder Professionalität, die Relevanz bestimmter Informationen nicht abgeschätzt werden kann. Dies beeinflusst massiv die Qualität der zur Verfügung stehenden Informationen, sowohl für die Ärzt\_in und ihre Anamneseerhebung und in weiterer Folge die daraus erschlossene Diagnose, als auch für die Patient\_in und die ihr zur Verfügung gestellte Information über Medikation oder andere Behandlungsmaßnahmen (wie das Beispiel der Tochter, die für den krebserkrankten Vater und die behandelnde Ärzt\_in über die neue Behandlungsalternative dolmetschen soll, gezeigt hat). Im Zuge einer verfälschten Basis an Informationen als Arbeitsgrundlage für die Ärzt\_in wird daher auch im Falle einer Fehldiagnose und/oder Fehlmedikation die Freiheit und Sicherheit der Patient\_in gefährdet, oder zumindest die Behandlungsqualität drastisch gemindert (vgl. Pöchhacker 2000b:277).<sup>20</sup>

---

20 Auch professionelle Dolmetscher\_innen paraphrasieren, vereinfachen, dolmetschen Fachtermini in Lai\_innentaugliche Sprache; das geschieht jedoch nicht unreflektiert und stellt laut Meyer (2001) mit Blick auf das Verständnis eine förderliche Intervention mit möglichst keinem relevanten Datenverlust im Gesprächsprozess dar. Ebenso können auch Lai\_innen, wie erwähnt, oftmals durch direktere und praxisnähere oder gerade dieser Patient\_in lebensnahe Beispiele, vertraute Sprache und Übersetzungsstrategien punkten; folglich kann das Konzept der Vereinfachung nicht in jedem Fall als problematisch oder fehlerevozierend betrachtet werden (vgl. Meyer 2001:103f.; zit. nach Schmidt-Glenewinkel 2013:51).

Der Einfluss der dolmetschenden Person kann somit sehr groß sein, sodass rechtliche und ethische Dimensionen durch jenen stark von der Dolmetsch- und Interventionshäufigkeit, sowie deren Art, betroffen sind. Hier spielt die persönliche Involviertheit als Familienmitglied eine große Rolle, denn das gemeinsame Wissen, die gemeinsame Bezogenheit sind nicht von den emotionalen Verbindungen der Personen zu trennen, da die Entscheidung und daraus folgenden Auswirkungen der Patient\_innen auch immer auf die dolmetschende Person zurückfällt, sie betreffen und schon im Vorfeld, als beeinflussbare Möglichkeiten, sichtbar sind. Dieses Wissen kann Angehörige (auch unbewusst) zu den oben genannten Handlungen und Dolmetsch-Interventionen bewegen, die von professionellen Dolmetscher\_innen aufgrund der Distanz, des reflektierten Wissens, der Ausbildung und Standesregeln, sowie rechtlichen Haftung etc. unterlassen werden.

Pöchhacker (2000b:164f.) fasst die Problemfelder, die sich häufig beim Dolmetschen durch Begleitpersonen auf tun, wie folgt zusammen:

- Begleitpersonen können und oder verstehen medizinische Fachausdrücke nicht
- Begleitpersonen mangelt es an Sachkenntnis
- Es werden Rückfragen aufgrund von unklaren Antworten notwendig
- Begleitpersonen geben verkürzte und/oder ausgebaute Übersetzungen
- Begleitpersonen und Patient\_innen sprechen untereinander, ohne dass der Inhalt an das medizinische Personal hernach übersetzt wird
- Begleitpersonen beantworten die von der Ärzt\_in gestellten Fragen selbst

Anders formuliert kann es aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht, wenn Lai\_innen dolmetschen, zu folgenden Fehlern im Dolmetschprozess kommen:

- Auslassen von Inhalten in jeder sprachlichen und nicht-sprachlichen Dimension
- Hinzufügen von Inhalten – nicht gemeint sind hier beispielsweise kulturelle Erklärungen, sondern ein ungefragtes, aktives Einmischen und Hinzufügen persönlicher Ansichten von Angehörigen
- Bedeutungsveränderung – kann durch Auslassungen oder Hinzufügungen entstehen, oder aber aus Verdrehungen der Inhalte, fehlerhafter Übersetzungen, fehlendem Fachvokabelwissen oder „falschen“ Übersetzungsstrategien

So ist nicht verwunderlich, dass die Kommunikation mithilfe von Begleitpersonen in der Klinik, bzw. die Dolmetschleistung durch Lai\_innendolmetscher\_innen von dem befragten medizinischen Personal in Pöchhacker's Studie (1996) wie folgt bewertetet wird: 18% der Befragten gab an, die Kommunikation sei problemfrei; 66% gaben an, die Kommunikation mittels Begleitpersonen bereite manchmal Probleme und rund 12% sahen fast immer Probleme. Etwas besser wurde die Dolmetschung durch medizinisches Personal bewertet, jedoch immer noch nicht zufriedenstellend (vgl. Pöchhacker 2000b:163).

Klare Folge der wahrgenommenen Probleme ist die Forderung zahlreicher wissenschaftlicher Institutionen nach und Argumentation für professionelle, unabhängigen Dolmetscher\_innen. Dennoch werden nicht nur in Europa weiterhin zu einem hohen Prozentsatz Lai\_innendolmetscher\_innen eingesetzt und nach einem hohen Standard ausgebildete Dolmetscher\_innen kommen beispielsweise nur im Gericht zum Einsatz (vgl. Meyer et al. 2010:298). Daher müssen diese Aspekte im Abwägen der Vor- und Nachteile des Nutzens von Verwandten als Dolmetscher\_innen miteinbezogen und nochmals genauer im Hinblick auf die Betroffenheit von und Folgen für Kinder im Bezug auf das Dolmetschen für die Eltern oder Geschwister betrachtet werden.

## 4.5 Kinder als Dolmetscher\_innen

Grundsätzlich ist zu sagen, dass (in der Dolmetsch-Theorie) zwar bekannt ist und sich aus den (in Punkt 4.3.1 – Qualitätsmerkmale professioneller Dolmetscher\_innen) genannten nötigen Fähigkeiten professioneller Dolmetscher\_innen ableiten lässt, dass Kinder nicht die idealen Dolmetscher\_innen sind, dass aber, da es häufig an Alternativen fehlt, Kinder dennoch zur Gewährleistung möglichst rascher Hilfe herangezogen werden. Laut Kuljuh (2003) handelt es sich bei den meisten Lai\_innen, die als Dolmetscher\_innen im medizinischen Bereich eingesetzt werden, um Kinder, die nicht älter als vierzehn Jahre alt sind. Jugendliche zwischen vierzehn und achtzehn Jahren nehmen diese Rolle jedoch ebenso häufig ein. Wenn im Folgenden nun von dolmetschenden Kindern die Rede sein wird, so handelt es sich hier daher, wenn nicht anders spezifiziert, um Kinder bis 14 Jahren und Jugendliche bis 18 Jahren. Oft handelt es sich dabei um Flüchtlingskinder, um Kinder von Arbeitsmigrant\_innen oder um Kinder der zweiten oder dritten Generation von Familien mit Migrationshintergrund (vgl. Kuljuh 2003:143).

Darüber hinaus begleiten Kinder auch als Erwachsene noch ihre Eltern zu Ärzt\_innen-Praxen und in die Klinik und dolmetschen dort für ihre nachgeholten Verwandten oder ihre bereits lange in Österreich lebenden Eltern. Welche aus diversen Gründen – wie einem Leben in einer bildungsfernen sozialen Schicht, oder einer kulturell geschlechtsbezogener Bildungsferne, oder aber *community*-exklusiver Wohnbedingungen (wie einer sog. „Ghettoisierung“) – nie ausreichend Deutsch erlernt haben oder erlernen mussten; wahren ihre Kinder durch die Sozialisierung im Schulleben innerhalb kürzester Zeit Deutsch erlernten. In der Schule lernen mehrsprachige Kinder überdies auch schnell die neue Kultur, beziehungsweise ein neues zusätzliches Wertesystem und sich daran anzupassen (vgl. Kuljuh 2003:145). Zumeist handelt es sich bei den Patient\_innen, für die gedolmetscht wird, daher um Angehörige oder Bekannte, die Deutsch zwar ein wenig beherrschen, jedoch nicht auf muttersprachlichem Niveau und deswegen in solch spezifischen Situationen Hilfe benötigen (vgl. Meyer 2009:141).

Je nach sozialer Herkunft, verbunden mit den Gründen der Migration und der Generation sowie dem Alter des Kindes, ist von unterschiedlichen Sprachniveaus in Erstsprache, Zweitsprache oder in beiden/allen Sprachen auszugehen. Die Häufigkeit des Dolmetscheinsatzes ist ebenso unterschiedlich – abhängig von der Kinderanzahl innerhalb der Verwandtschaft (so dolmetschen manche auch für Onkel und Tanten, wenn diese beispielsweise keine Kinder haben), oder der Position des Kindes innerhalb der Familie (Erstgeborene oder Nachzügler\_innen dolmetschen häufiger). Daraus folgt, dass auch Belastung und Vorteile ungleich verteilt sind. Kinder dolmetschen jedoch nicht nur für die Familie, sondern je nach Herkunftsland und Kultur auch für entfernte Verwandte, Nachbarn oder Bekannte aus der Gemeinschaft. Dies ist vor allem bei Gemeinschaften mit Sprachen der Fall, welche noch nicht lange und nur vereinzelt im Land vertreten sind (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:57). Schmidt-Glenewinkel (2013) schreibt, dass Kinder in den ersten Monaten bis zwei Jahren nach der Ankunft im neuen Land das erste Mal dolmetschen und eben in diesem Zeitraum besonders häufig für ihre Verwandten dolmetschen. Und das, obwohl sie selbst erst angekommen sind und anfangs der deutschen Sprache ebenso nur rudimentär mächtig sind. In der Regel sind Kinder dabei zwischen acht und neun Jahre alt, wahrscheinlich dolmetschen mehr Mädchen als Jungen und gedolmetscht wird in diversen Situationen des Alltags bis hin zu Amtswegen und dem Aufsuchen einer Klinik. Situationen des Alltags lassen sich auch mit geringen Sprachkenntnissen gut meistern, die Folgen eines Missverständnisses halten sich in Grenzen und Erfolgserlebnisse fördern die Lust an der Dolmetschtätigkeit und bringen dem dolmetschenden Kind einen besonderen Platz, einen besonderen Stellenwert in der Familie ein. Für das Dolmetschen bei Amtswegen oder in der Klinik ist jedoch weit mehr als die Kenntnis der Alltagssprache erforderlich. Nur das Dolmetschen der juristischen Fachsprache wird als tendenziell für Kinder noch schwieriger als das Dolmetschen im medizinischen Bereich genannt, wobei hier Kinder äußerst selten zum Einsatz kommen. In der Ambulanz muss das Kind sich neuen Herausforderungen stellen und es

wird vom „Anhang ohne Bedeutung“ in der Klinik des Heimatlandes, zum wichtigsten Bindeglied und zur Ermöglicher\_in der notwendigen Kommunikation zwischen Ärzt\_innen und Verwandten hier im neuen Land (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013:58).

In Ambulanzen ist zwischen Notfallsituationen und geplanten Terminen zu unterscheiden. Bei ersteren ist die Notwendigkeit einer zeitlich nahen Lösung wesentlich höher und es kann womöglich letztendlich keine Alternative zum Dolmetschen durch bereits anwesende Personen des nahen Umfelds gefunden werden. Zudem werden oftmals auch bei weniger spontanen Terminen in der Ambulanz Familienangehörige oder Freunde mitgebracht, um eine Kommunikation seitens der Patient\_innen zu sichern; um das eigene Wohl und die eigene Sicherheit zu erhöhen. In vielen Fällen handelt es sich hierbei um Kinder, welche eben auch in den genannten anderen, alltäglichen Situationen für die Familienangehörigen übersetzen. Laut Marics (2006) wird häufig auf Lai\_innen, insbesondere Kinder, als Dolmetscher\_innen zugegriffen, da sie ohne Gegenleistung diese Arbeit, welche in diesem Fall auch nicht den Stellenwert von Arbeit hat oder nicht als solche wahrgenommen wird, verrichten und jederzeit verfügbar sind (vgl. Marics 2006:104).

Somit sind Kinder die schnellstmöglich verfügbaren (sie können jederzeit aus der Schule geholt werden) und gleichzeitig kostengünstigsten (sie erhalten keinen monetären Lohn) Dolmetscher\_innen der Gesellschaft. Hier spiegeln sich auch die Machtverhältnisse der Erwachsenen gegenüber den Bedürfnissen, Wünschen und „To Dos“ von Kindern. Denn Erwachsene suchen mithilfe der gesellschaftlichen, kulturellen Wertelehre und Vermittlung von Familienbildern, Moral und positiven Verstärkern diese Arbeitsleistung für die Familie als Normalität durchzusetzen. Die Bedürfnisse der Kinder nach Freizeit, Bildung oder ihre Wünsche werden nicht berücksichtigt oder können nicht berücksichtigt werden, sie haben sich den „To Dos“, dem Dolmetschauftrag zu beugen und für das Funktionieren der Basisversorgung anderssprachiger Gemeinschaften zu sorgen. Aufgrund der oben genannten positiven Aspekte der Anerkennung seitens der Familienmitglieder und der Sonderstellung im Familienverband, wird dies von Kindern jedoch nicht immer als negativ empfunden. Zudem hat das regelmäßige Dolmetschen und „Spielen“ mit Sprache auch positive Effekte auf die Kindesentwicklung.

Kinder können demnach beispielsweise ihre sprachlichen Fähigkeiten fördern, welche sie (so) in der Schule nicht gewinnen würden. Insbesondere wenn es sich bei der Erstsprache um keine der prestigeträchtigen Bildungssprachen in Österreich handelt. Mit der Fertigkeit und dem Üben des Übersetzens gehen auch eine verbesserte Lesefähigkeit, generell höhere kognitive Aktivität und Fähigkeiten und Problemlösungsfähigkeiten einher. Mehrsprachigkeit kann, je nach Sprach(en)prestige, mit Stolz verbunden werden und das Dolmetschen an sich als etwas Positives und Erfüllendes, aber auch als stressig, belastend und problemreich wahrgenommen werden.

Als positiv zu werten ist auch, dass das Selbstbewusstsein zweisprachiger Kinder durch die Dolmetschtätigkeit wächst. Überdies lernen dolmetschende Kinder ihre sozialen Fähigkeiten auszubauen, mit Menschen besser umzugehen und sie genießen innerhalb der eigenen Familie ein größeres Ansehen als zuvor (vgl. Kohn 1996:373). Demzufolge werden Unabhängigkeit und Reife gefördert, das Gefühl des Selbstwertes gesteigert und Kinder erleben Spaß am Experimentieren und Erlernen ihrer Sprachen. Dolmetschen wird als etwas Alltägliches erfahren und ist einfach etwas, das zu tun ist – nichts Besonderes, ganz normal.

Zu divergierenden Ergebnissen im Hinblick auf die Selbstwahrnehmung von jugendlichen Dolmetscher\_innen kam eine Studie von Green et al. (2004):

Green et al. (2004) interviewten 76 bilinguale Jugendliche in Bezug auf ihre Dolmetschtätigkeiten im klinischen Bereich. Es zeigte sich, dass sie sich oftmals stolz, aber auch unwohl oder beschämt fühlten. So beispielsweise in Settings, wo junge männliche Befragte für weibliche Personen dolmetschen mussten und dies zu sogenannten privaten „Frauen-Themen“ wie Menstruation oder anderen vaginalen Beschwerden. Gerade in einem Mutter-Sohn-

Verhältnis löst dies konfligierende Gefühle in dem dolmetschenden Sohn aus, der einerseits zu helfen wünscht, andererseits beschämt zu dolmetschen verweigert. Ähnlich schambesetzt ist auch das Thema Stuhlgang. Dennoch sahen sich die Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Dolmetschen eher selten als unfähige Dolmetscher\_innen, sondern als wertvolle, begabte, brückenbauende Familienmitglieder, die ihr Können für eine Kommunikationsmöglichkeit zwischen ihren Verwandten und dem öffentlichen, medizinischen Sektor zu schaffen vermögen (vgl. Green et al. 2004:2106ff; zit. nach Meyer et al. 2010:304).

Durch die Alltäglichkeit und Natürlichkeit und die viele Übung entwickeln laut Meyer et al. (2010) *Native-speaker\_innen*, *Lai\_innendolmetscher\_innen* mit der Zeit Dolmetschstrategien, die auch ihr Selbstverständnis und ihre Fähigkeiten verbessern und es ihnen ermöglichen, auch in schwierigeren Situationen nicht völlig aus dem Ruder zu laufen. Eine gewisse Form der Professionalität im Umgang mit solchen Situationen entsteht (vgl. Meyer et al. 2010:303). Daraus ist jedoch noch keine gute Dolmetschqualität ableitbar.

Was die sprachliche Qualität und Ebene einer Dolmetschung in bestimmten Kontexten und die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder betrifft, sind Eltern und andere Angehörige teilweise zu erwartungsvoll und erzeugen damit Druck auf die dolmetschenden Kinder. Aber auch das medizinische Personal teilt diese hohe Erwartungshaltung, wenn es von guten natürlichen Dolmetschfähigkeiten mehrsprachiger Kinder ausgeht. Dies geschieht vor allem, wenn das Kind sich allgemein gut ausdrücken kann. Die Problematik der Fachsprache und des Involviert-Seins scheint hier nicht bewusst und zu den sprachlichen Überforderungen kommt eine psychische Überforderung – ein großer Druck, der auf den Kindern lastet. So kommt zu einer schwierigen, möglicherweise unfreiwillig durchgeführten Dolmetschtätigkeit der Druck, jene fehlerfrei und perfekt für alle Beteiligten zu machen. Dabei sind natürlich mehrsprachige Kinder mit unterschiedlichem Sprachniveau, fehlendem Fachwissen, Versagensängsten und emotionaler Involviertheit durch die emotionale und soziale Bindung an die Angehörigen im Dolmetschprozess besonders großen Herausforderungen ausgesetzt und es kann leicht zu Überforderungen kommen. Diese Herausforderungen und Potentiale der Überforderung sollen nun näher beleuchtet werden, in Hinblick auf die Folgen für die dolmetschenden Kinder, aber auch in Hinblick auf die Folgen für diejenigen, für die gedolmetscht wird.

Eine Herausforderung für das Dolmetschen ist beispielsweise der Grad der Sprachentwicklung: Da eine natürliche Mehrsprachigkeit noch Nichts über das Sprachniveau in den jeweiligen Sprachen und die grundsätzliche Dolmetschfähigkeit des Kindes aussagt und es auch altersspezifische Unterschiede in Verständnis- und Sprachentwicklung in allen erworbenen Sprachen der Kinder gibt, kann die Komplexität der medizinischen Fachsprache ein Grund für Stress und Überforderung für das dolmetschende Kind sein. Denn obwohl mehrsprachig aufwachsende Kinder in allen erlernten Sprachen kommunizieren können, sind sie laut Shackman (1982), so sie jüngst immigriert sind, meist in der Sprache des Aufnahmelandes flüssiger als in der Sprache des Herkunftslandes, in welcher Lücken zu beobachten sind. Daraus schließt Shackman, dass aufgrund der Lücken im Sprachwissen alleine schon Schwierigkeiten beim akkuraten Dolmetschen von Informationen in die Erstsprache entstehen müssen (vgl. Shackman 1982:18). Hinzukommt, dass Kinder in ihrer eigenen kindlichen Realität leben und somit nur jene Konzepte des kindlichen Horizonts kennen. Ein Fachgespräch wie beispielsweise bei Behörden oder in der Klinik übersteigt diese Konzepte und ist daher für Kinder kaum zu meistern, vor allem da es bereits Erwachsenen deutschsprachigen Personen schwerfällt die Fachsprache der Behörden oder der Medizin zu verstehen (vgl. Kuljuh 2003:146). Oft werden medizinische Begriffe nicht verstanden, Bedeutung und Auswirkung des Begriffs werden nicht erfasst oder es fehlen die Zielsprachlichen Äquivalenzen.

Wenn Kinder also bereits in der Ausgangssprache dem Begriff, dem Fachwort oder inhaltlichen Konzept keine Bedeutung zuordnen können, können sie ihn folglich auch nicht sinngemäß

übersetzen (vgl. Kuljuh 2003:146). Dies ist eine Tatsache, die nicht nur für Kinder gilt: „*Wir können nur erklären, was wir selber verstanden haben. Auch wenn wir erklären wollen, was wir selber meinen, müssen wir erst verstehen, was wir sagen wollen. Das klingt sehr leicht, aber es gelingt uns nicht immer. Sehr oft fällt es uns sehr schwer zu präzisieren, was wir eigentlich sagen wollen (Kaiser-Cooke 2007:64)*“.

Präzise die eigenen Gedanken auszudrücken kann daher auch für Erwachsene schwer sein, umso schwerer ist es, die Gedanken anderer akkurat und nachvollziehbar wiederzugeben (vgl. Kaiser-Cooke 2007:64). Kann dies also von einem Kind in mehreren Sprachen, die es wechseln muss, erwartet werden? Die Komplexität medizinische Fachgespräche kann Kinder auch auf einer anderen Ebene überfordern: Da es für Kinder schwierig ist, sich in der medizinischen Sprache auszudrücken und die medizinischen Fachtermini zu dolmetschen, können sich, gerade weil sie in anderen Bereichen mühelos dolmetschen, in solchen Fällen auch ein gewisses Schamgefühl oder Versagensangst breit machen. Unangenehme Gefühle entstehen, wenn das Kind die Ärzt\_in beispielsweise nicht versteht und aus Scham wird dies zu verbergen versucht. Kinder können dann – ohne Rückfragen oder ein Offenlegen des Unverständnisses – nicht alle Informationen zur Gänze verstehen und übermitteln – falsche oder irreführende Dolmetschungen sind die Folge. Missverständnisse entstehen, die, da keine Person die Dolmetschung überprüfen kann, nicht aufgeklärt werden und so kommt es trotz des oberflächlichen Eindrucks der gelingenden, lückenlosen Verständigung zu Problemen und gesundheitsgefährdenden Folgen für die Angehörigen. Andere Gründe für Schamgefühle können auch in der schüchternen Natur des Kindes und der unerwünschten Exponiertheit im Dolmetschprozess liegen, oder das geringe Sprachprestige der Erstsprache und das genötigte Sprechen in jener oder einfach die fehlenden Deutschkenntnisse der Eltern mit sich bringen (vgl. Shackman 1982:18; Shackman 1985:13 und Saleh 2013:27). Auch die Andersartigkeit, die eigene Herkunftskultur kann schambesetzt sein (vgl. Kuljuh 2003:146).

Auch kulturelle Aspekte wie Respekt gegenüber den Eltern oder älteren Personen im Allgemeinen spielen eine Rolle. So kann es sein, dass Kinder gewisser Kulturen aus Respekt manche Inhalte nicht dolmetschen. Aus Unsicherheit können sie auf derartige Kulturunterschiede nicht adäquat eingehen, bzw. ziehen es vor, Informationen auszulassen, anstatt nach Lösungen für das interkulturelle Problem zu suchen. Kulturunterschiede können daher nicht nur die Dolmetschqualität beeinflussen, sondern zusätzlich ein Stressfaktor für Kinder sein, da sie unbewusst versuchen allen Beteiligten (Kulturen – wie Personen) gerecht zu werden (vgl. Saleh 2013:27). Der Spagat zwischen dem Umschiffen von Tabu-Bereichen, dem Verstecken von etwaigen Familiengeheimnissen, kulturellen Differenzen – dem (Ver-)Schweigen und dem Wunsch die Familie zu schützen und die Eltern in Not zu unterstützen – dem akkuraten Dolmetschen, wird unbewusst wahrgenommen und kann für Kinder zermürend sein.

Nicht nur der Stress und die Erwartungshaltung an das Kind können belastend sein. Auch das Thema, der Inhalt der Dolmetschung spielt eine große Rolle, denn das Kind sieht sich während des Dolmetschens bereits mit den Folgen und Auswirkungen des Gesagten, den möglichen Bedeutungen der zu dolmetschenden Mitteilung konfrontiert (vgl. Saleh 2013:26f.).

Ein Fallbeispiel soll verdeutlichen, wie Dolmetschsituationen im klinischen Kontext emotionale Konflikte in Kindern auslösen können und welche Folgen dies haben kann:

Ein afghanisches Mädchen soll für ihre Eltern bei einer medizinischen Untersuchung des kleinen Bruders dolmetschen. Im Zuge dieses Gesprächs wird sie aufgefordert, den Eltern die Diagnose mitzuteilen. Die Diagnose lautet Down-Syndrom – eine nicht heilbare Behinderung. In der Herkunftskultur der Familie werden Behinderungen als Strafe Gottes oder Flüche aus der Vergangenheit gesehen und das dolmetschende Kind, aufgefordert von den Ärzt\_innen soll nun



diese kulturspezifisch-negative Nachricht überbringen. Das Mädchen dolmetscht zwar, lässt jedoch den Aspekt der Unheilbarkeit weg. Um den Schock zu vermeiden und den Eltern den Schmerz zu ersparen behält das Kind diese Information für sich und wird zur Geheimnisträgerin. Die Folge: Die Eltern hoffen daraufhin, das Kind mittels heilender Rituale im Heimatland wieder gesund zu bekommen und das Mädchen leidet unter dem Geheimnis und dem inneren Konflikt (vgl. Rummel 2005; zit. nach Rajič 2006:154f.)

In einer Fallbesprechung von Jacobs et al. (1995) wird noch deutlicher, wie sehr die Belastung des Dolmetschens Einfluss auf das Leben der dolmetschenden Angehörigen nehmen kann. Besprochen wird ein Fall, in dem eine 10-Jährige über einen längeren Zeitraum für ihre Eltern und das medizinische Personal dolmetschte. In Behandlung war ihr jüngerer Bruder, der an verschiedenen schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen litt und mit 13 Monaten an Nierenversagen verstarb. Bereits drei Monate vor dem Tod entwickelte das Mädchen wiederkehrende Kopfschmerzen, eine Anorexie und damit verbunden einen starken Gewichtsverlust. Nach dem Tod des Bruders verschlimmerte sich die Situation und das Kind verweigerte jegliche Nahrung, sodass ein psychiatrischer Klinikaufenthalt mit einer Therapeut\_in des selben Sprach- und Kulturkreises (Erstsprache – hier asiatischer Kulturkreis) notwendig waren, um dem Mädchen bei der Bewältigung ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung zu helfen. Die Ursache des starken Trauerprozesses und Traumas sehen die Autor\_innen in der Involviertheit des Mädchens im Alltag des kranken, sterbenden Bruders und der Bürde des Dolmetschens. Die schwerwiegende abnormale Trauerreaktion führte in der Folge auch zu einer Verzögerung des Trauerprozesses in der ganzen Familie. Es zeigt sich, dass die Folgen eines Dolmetscheinsatzes von Kindern keinesfalls immer und in jeder Situation mit den positiven Lerneffekten (siehe oben) aufgewogen werden können. Denn es können dramatische, schmerzvolle Erfahrungen von dem Kind gemacht werden, die für Kinder dieses Alters schwer zu bewältigen sind und mit Sicherheit somit klar einen Grund gegen einen Dolmetscheinsatz von Kindern darstellen (vgl. Jacobs et al. 1995:474f.).

Aber auch Ängste spielen hier eine große Rolle. Kinder werden mit Verlustängsten konfrontiert, wenn sie schlechte Nachrichten bezüglich der Gesundheit ihrer Eltern oder anderer naher Angehöriger dolmetschen müssen, und sie ängstigen sich, wenn sie negative Botschaften die eigene Gesundheit betreffend dolmetschen müssen (vgl. Kuljuh 2003:146). Sie spüren aber auch Ängste der Eltern oder Geschwister und sind dem Umgang der Ärzt\_innen und Familie jenen Themen gegenüber ausgeliefert. Hinzu kommen mögliche kindliche Ängste vor Krankenhäusern, Ärzt\_innen oder bestimmten Behandlungsmethoden. Auch Ängste in Bezug auf die geleistete oder zu leistende Dolmetschqualität sind belastend. Angst ist somit ein zentrales Thema, das sogar so weit gehen kann, dass Kinder, wenn sie eine schlechte Nachricht, eine schwere Krankheit erfahren und dolmetschen müssen, oder sich der Gesundheitszustand der Angehörigen drastisch verschlechtert hat, irrationale Ängste und Fantasien der Verantwortung und Schuld entwickeln (vgl. Rajič 2006:175f.).

Ängste haben neben der daraus entstehenden Belastung auch noch Folgen für die Dolmetschqualität und somit für die Gesundheit der Betroffenen. Wenn Ängste und konfligierende Interessen zusammenkommen, kommt es zu einer sehr starken Belastung des Kindes und eine neutrale Dolmetschung kann im Grunde von jenem nicht mehr erwartet werden: Ein Beispiel hierfür wäre eine Situation, wo ein Kind für die Eltern Themen die eigene Gesundheit betreffend dolmetschen muss, die ihm Angst machen. Da das Kind aus Angst Dinge verschweigt, verdreht, abändert oder, um sich selbst zu schützen, gänzlich zu dolmetschen verweigert. Wie kann in solchen Situationen sichergestellt werden, dass die Eltern die notwendige Information erhalten um bestmöglich für das Kind entscheiden zu können? Hier kommt es zu einem Interessenskonflikt, einer belastenden Situation für das Kind und der

Notwendigkeit einer Dolmetschung durch neutrale, professionelle Dolmetscher\_innen (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2016:105).

So wird durch das Dolmetscher\_in-Sein das Kind-Sein beeinflusst und Kindheit, idealerweise ein geschützter Rahmen für das Wachsen und Heranreifen, ist nun nicht nur durch etwaige vorangegangene Kriegs- und Fluchtwirrnisse bedroht, sondern auch durch die nun fortbestehende neue Rolle als Helfer\_in und Unterstützer\_in im Alltag, durch die Funktion und Rolle der Dolmetscher\_in.

So kommt es durch komplexe, vielschichtige Aspekte und Prozesse des Dolmetschens zu Rollenverschiebungen bis hin zur Rollenumkehr, verbunden mit starken Belastungen für die betroffenen dolmetschenden Kinder. Orellana (2009) verweist darauf, dass sich auch die Strukturen in der Familie und Gesellschaft ändern, da plötzlich Eltern von ihren Kindern abhängig werden (vgl. Orellana 2009:125).

[...] children's work as translators—when we stop to notice it—challenges the meanings of childhood in the modern Western world and raises new questions about what the role of children in society should be (Orellana 2009:125).

Durch die gegebene „Verfügbarkeit“ der Kinder, durch die Instrumentalisierung der Kinder als Dolmetscher\_innen, kommen Verwandte, insbesondere Eltern in eine Erwartungshaltung ihnen gegenüber. Sie verlassen sich auf die Kinder und werden in einem gewissen Maß von jenen abhängig. Die Machtverhältnisse in der Familie beginnen sich zu ändern, denn die mehrsprachigen Kinder sind nun Vermittler\_innen und ihre „einzige“ Verbindung zur anderssprachigen Außenwelt, der österreichischen Gesellschaft. Sie werden zu „Familien-Außenminister\_innen“ (vgl. Rajič 2006:139). Kindern wird also unbewusst die Erwachsenenrolle zugeteilt, der sehr viel Verantwortung innewohnt, und es kommt zu Autoritätsverschiebungen, die je nach Kindesalter überfordernd und folgenswer sein können (vgl. Kuljuh 2003:147; vgl. auch Pöchlhammer 2000a:155).

Diese wiederkehrende Belastung ist keineswegs natürlich. Kinder werden dazu angehalten die Aufgaben und Themen der Erwachsenenwelt zu meistern und haben nicht die Möglichkeit ihre Kindheit so zu durchleben, wie andere es in ihrem Alter tun. Negative Auswirkungen auf die Psyche des Kindes sind die Folge (vgl. Marics 2006:105).

Auch Pöllabauer (2000) beschreibt, dass Kinder oftmals durch das Dolmetschen aus ihrer Kindheit gerissen werden, da sie mit Themen konfrontiert werden, die sie überfordern und zudem Fragen und Ängste aufwerfen, für die sie kein Gegenüber finden. Darüber hinaus sehen sich Kinder in jenen Positionen mit den Ängsten und Problemen der Eltern konfrontiert; ein weiterer Grund für kindliche Ängste und in Folge für eine belastete Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Pöllabauer 2000:196).

Doch nicht nur Ängste entstehen, auch die gewonnene Macht wird von manchen bewusst für das Erlangen eigener Ziele eingesetzt. So kann es vorkommen, dass Kinder Gegenleistungen für ihre Dolmetschtätigkeit verlangen oder die Eltern sogar zu erpressen versuchen (vgl. Rajič 2006:153). Dabei kann auch von einer psychischen Belastung bei den Eltern ausgegangen werden, da jene sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden und das Ausgeliefert-Sein, ein Zustand der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit, stark auf die Psyche einwirkt. Auch Frustration, dass das Kind nun so früh in eine verantwortungsvolle Rolle gedrängt wird und nicht umgekehrt die Schutzfunktion und Verantwortung bei der Elternrolle bleibt, kann einen starken Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung haben. Spannungsverhältnisse können entstehen, die unter anderem zu einem belastenden psychosozialen Umgang innerhalb der Familie führen und zum Teil letztendlich zu einem Beenden der Dolmetschtätigkeit der Kinder für ihre Eltern, so diese ausreichende Sprachkenntnisse erworben haben um sich verständigen zu können und die familiäre Struktur diese Freiheit endlich zulässt.

Eine weitere Problematik, die es zu berücksichtigen gilt, ist das Thema Flucht und potentielle Fluchtfolgen. Besonders große Probleme auf psychischer Ebene haben nämlich jene Kinder, die als Flüchtlingskinder nach Österreich kommen und für Angehörige dolmetschen müssen. Selbst noch im Prozess der Verarbeitung der schmerzvollen, belastenden Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht, werden sie neuerlich und wiederkehrend mit jenen im Dolmetschprozess konfrontiert. So durchleben sie ungewollt traumatisierende Erlebnisse erneut und ihr Verarbeitungsprozess wird verlängert. Vor allem Verlustängste sind hier fundamentaler als bei Kindern ohne Kriegs-, und Fluchterlebnisse, insbesondere wenn bereits (familiäre) Verluste erlitten wurden. Eine Retraumatisierung kann die Folge sein, denn der durchschnittliche Verarbeitungsprozess traumatischer Erlebnisse kann zwischen drei bis sieben Jahre dauern.

Gleichzeitig sind im Dolmetschprozess aber auch die generellen Problemaspekte wie Sprachniveau, Fachwörter und Kulturunterschiede sowie intrinsischer als auch extrinsischer Leistungsdruck vorhanden. Flüchtlingskinder leiden also an den Folgen der Vergangenheit – am Verlust der Heimat, der Kindheit und eventuell am Verlust von Familienmitgliedern – und an den Herausforderungen des Alltags im neuen Land. Durch das Dolmetschen werden sie Verlustängsten, etwaiger Retraumatisierung und dem Druck der Verantwortung ausgesetzt und haben keine Zeit zu heilen (vgl. Kuljuh 2003:144).

Kuljuh (2003) beschreibt, dass die Folgen eines Dolmetscheinsatzes auf psychischer Ebene oft unmittelbar nach dem Einsatz oder aber einige Tage nach dem Gespräch einsetzen. Dabei handelt es sich meist um psychosomatische Auffälligkeiten wie Angstzustände, Schlafstörungen, Übelkeit oder etwa Kopfschmerzen. Daher ist hier eine Nachsorge, ein Nachgespräch mit den dolmetschenden Kindern, besonders wichtig (vgl. Kuljuh 2003:147).

Die Nachsorge für Lai\_innendolmetscher\_innen ist allgemein ein relevantes Thema. Im Gegensatz zu professionellen Dolmetscher\_innen, welche Nachsorge-Angebote und -Methoden zur Verfügung haben, werden Lai\_innen mit den belastenden Erfahrungen der Dolmetschsituation alleine gelassen. Die Bürde der Verantwortung für ein gelingendes Gespräch, für eine korrekte Dolmetschung, verbunden mit der Verarbeitung potenziell negativer Nachrichten über die Gesundheit von Angehörigen lastet auf den dolmetschenden Angehörigen und auf dolmetschenden Kindern besonders schwer.

Es stellt sich daher die Frage wie und welche negativen Nachrichten Kindern überhaupt zugemutet werden können. Tabus wie Menstruation, Sexualität oder Stuhlgang sind noch harmlose Bereiche, die eventuell Peinlichkeit oder Scham hervorrufen können, viel schwerwiegender sind beispielsweise Themen wie Gewalt in der Familie, Sexueller Missbrauch oder das Thema Tod. Ist es zumutbar einer Person über ein Kind oder einen Jugendlichen mitteilen zu lassen, dass sie nur noch eine kurze Zeit zu leben hat? Oder, dass sie an einer sexuell übertragbaren Krankheit leidet? Ist es zumutbar Kinder mit derartigem Wissen zu belasten und ihren Ängste und Sorgen zu überlassen? Und auch auf die Eltern, für die gedolmetscht wird, hat dies einen Einfluss. Was kann oder will ich meinem Kind mitteilen, über mein Kind mitteilen lassen oder was muss ich sagen, muss ich preisgeben. Wenn ich aufgrund einer schweren Krankheit beschließe keine weiteren Behandlungen mehr zu machen – wie teile ich das mit? Das Kind erfährt dies so ja noch vor der behandelnden Ärzt\_in, welche die Information für ein weiteres Vorgehen braucht.

Sollen Angehörige insbesondere Kinder einerseits für Verständigung und andererseits für die eigene Nachsorge sorgen? Das kann von Kindern und Jugendlichen zumindest nicht erwartet werden. Zumal eine professionelle Nachsorge (psychologische oder therapeutische Betreuung) auch mit gewissen Kosten oder aber zumindest mit einem neuerlichen Zeitaufwand verbunden ist.

Auch Freiwilligkeit seitens des Kindes als Basis jeder Tätigkeit, kann, wie bereits erwähnt, für diese Form der „Kinderarbeit“ nicht immer vorausgesetzt werden. Mehrsprachige Kinder fühlen sich oft verpflichtet, die Wünsche und Bitten der Verwandten zu erfüllen oder werden gar nicht erst gefragt. Ein Kind kann den Auftrag nicht, oder nur unter Befürchtung sozialer Repressionen oder unter Ängsten um die nahen Angehörigen und den durch die Ablehnung entstandenen Nachteil für jene, für die Familie ablehnen. Selbst wenn sie sich nicht in der Lage fühlen, der Situation entsprechend angemessen zu dolmetschen, ist Ablehnung eine Art Versagen, im Stich lassen oder Vernachlässigen ihrer Pflichten. Daher dolmetschen sie aus Pflichtgefühl dennoch und bleiben durch diese Tätigkeit oft auch Stunden vom Unterricht fern, um für ihre Angehörigen als Dolmetscher\_innen zu agieren (vgl. Saleh 2013:24).

Im Folgenden soll nun dieser Zeit und Arbeitsaspekt näher betrachtet werden: Ein Kind, das Zeit für Dolmetschdienstleistungen zur Verfügung stellt (stellen muss) fehlt häufiger in der Schule und benötigt Zeit zum Nacharbeiten versäumter Inhalte, oder hat weniger Zeit für Hobbys und Freund\_innen und soll nun auch, als Konsequenz und Folge der belastenden Zusatztätigkeit, Zeit für Nachsorge und Heilen von Erlebnissen aufbringen, die es ohne diese Tätigkeit nicht hätte.

Zeit fürs Kind-Sein geht verloren und, wie bereits erwähnt, durch die Folgen des Mitwissens oder den Belastungen durch die Dolmetschtätigkeit auch ein Stück Kindheit sowie die „unbeschwerte“ Familiendynamik.

Zudem kann die Dolmetschtätigkeit der mehrsprachigen Kinder auch noch aus einer anderen Perspektive betrachtet werden, die eben mit jenem Zeit und Ressourcen-Faktor zu tun hat: Denn das Dolmetschen für Familienangehörige stellt, zu dem Zeitaufwand, einen zusätzlichen Aufgabenbereich der Kinder (neben Schule und Hobbys) dar. Dieser Aufgabenbereich beinhaltet eine Tätigkeit, für die es professionell ausgebildete Fachkräfte und eine eigene Berufssparte gibt, deren Leistung finanziell zu entgelten ist. Daher kann hier, wenn von der „unsichtbaren Spracharbeit“ der Kinder die Rede ist, auch von gesetzlich unregelter Kinderarbeit gesprochen werden. Leistung für die Gesellschaft und Würdigung seitens der Gesellschaft halten sich hier nicht die Waage, da die Tätigkeit als Selbstverständlichkeit und Bringschuld der Anderssprachigen und ihren Familienmitgliedern wahrgenommen wird. Wirklich honoriert wird dieser wesentliche Beitrag zur informellen Gesundheitswirtschaft und die Gesellschaft daher nicht (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2016:104f.). Die bereits genannten Schwierigkeiten und Belastungsaspekte des Dolmetschens für Kinder wurden von Kletečka-Pulker & Parrag (2016) auch aus rechtlicher Sicht untersucht.

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von Kindern als Lai\_innendolmetscher\_innen sehen Kletečka-Pulker & Parrag (2016) besonders die Möglichkeit von Kinderarbeit, einer möglichen unzulässigen Beschäftigung von Kindern und einer Kindeswohlgefährdung gegeben. §1 & §5 KJBG besagen, dass die Beschäftigung von Kindern mit Arbeiten jeder Art verboten ist. Ausnahme ist die Beschäftigung zu Zwecken des Unterrichts und der Erziehung, oder für einfache Tätigkeiten von geringer Dauer im Haushalt. Kinder dürfen im Sinne des §1 KJGB nach §5a (3) 1. KJGB jedoch nur beschäftigt werden, als sie durch die Beschäftigung „*weder in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit und Entwicklung noch in ihrer Sittlichkeit gefährdet [...]*“ werden und 2. wenn jene „*im Besuch der Schule und in der Möglichkeit, dem Schulunterricht mit Nutzen zu folgen, nicht behindert und in der Erfüllung ihrer religiösen Pflichten nicht beeinträchtigt werden [...]*“. Auch wichtig ist §5 (4) „*Die Beschäftigung von Kindern mit vereinzelt leichten Arbeiten im Sinne des Abs. 1 ist verboten 1. an Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, 2. in der Zeit zwischen 20 Uhr und acht Uhr, wobei auch der Zeitaufwand für den Weg zur und von der Arbeitsstätte nicht in diesen Zeitraum fallen darf.*“ (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008632> [abgerufen am 13.02.2017]).

Zu dem Faktor, dass Kinder häufig auch zu Zeiten dolmetschen müssen, wo sie eigentlich Schule hätten oder schlafen sollten, kommt das Ausmaß des Hinzuziehens von Kindern als

Dolmetscher\_innen – Kinder dolmetschen nicht nur für die engsten Familienangehörigen sondern auch für entfernt Verwandte und Bekannte oder sogar Fremde. Doch sie tun dies unentgeltlich und mehr oder weniger freiwillig. Unabhängig von der rechtlich ungelösten Frage der möglichen unzulässigen Erwerbstätigkeit<sup>21</sup> bleibt der Aspekt der hohen emotionalen Belastung – auch in Hinblick auf eine geistige Gesundheit. Es stellt sich daher die Frage, ob das Hinzuziehen von Kindern als Lai\_innendolmetscher\_innen nicht unvereinbar mit der Aufgabe der Eltern ist, das Kindeswohl gemäß §138 ABGB<sup>22</sup> zu bewahren (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2016:105). §138 ABGB besagt, dass Eltern das Kindeswohl zu gewährleisten haben, welches sich unter anderem aus Fürsorge, Geborgenheit und dem Schutz der körperlichen und seelischen Integrität des Kindes oder der Vermeidung von Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen des Kindes zusammensetzt. Oder auch aus der Pflicht des Förderns der Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes besteht (vgl. <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40146725> [abgerufen am 13.02.2017]).

Da die Beurteilung des Kindeswohls immer aus einer Zusammenschau vieler Aspekte erfolgen muss, kann nach Berücksichtigung aller genannter Problematiken davon ausgegangen werden, dass durch das Dolmetschen eine Kindeswohlgefährdung gegeben ist (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2016:105).

Im Anbetracht der genannten Problematiken der unzureichenden Dolmetschqualität und deren möglichen Konsequenzen für die Patient\_innen, als auch der Belastungen für die dolmetschenden Kinder, gilt es Alternativen für den Einsatz jener zu finden. Gibt es Möglichkeiten rasch und leicht verfügbar eine gute Dolmetschqualität zu erhalten?

## 4.6 Alternativen

### 4.6.1 Telefondolmetschen

Eine nennenswerte Möglichkeit ist das Telefondolmetschen. Telefondolmetschen ist eine Form des Dolmetschens, bei dem die dolmetschende Person nicht physisch vor Ort ist, sondern via eines Telefons zum Gespräch der Gesprächsparteien zugeschaltet wird (vgl. Bischoff & Grossmann 2007:102). Meist wird hier konsekutiv gedolmetscht – im Vergleich zum Videodolmetschen, welches ebenso simultan erfolgen kann.<sup>23</sup>

21 Der Begriff der Erwerbstätigkeit ist legal definiert in §24 Abs. (2) KBGG: „Unter Erwerbstätigkeit im Sinne dieses Bundesgesetzes versteht man die tatsächliche Ausübung einer in Österreich sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit“ (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001474> [abgerufen am 13.02.2017]). Zu diesen gehört auch die Tätigkeit des Dolmetschens, so sie auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtet ist.

22 §138. ABGB: In allen das minderjährige Kind betreffenden Angelegenheiten, insbesondere der Obsorge und der persönlichen Kontakte, ist das Wohl des Kindes (Kindeswohl) als leitender Gesichtspunkt zu berücksichtigen und bestmöglich zu gewährleisten. Wichtige Kriterien bei der Beurteilung des Kindeswohls sind insbesondere 1. eine angemessene Versorgung, insbesondere mit Nahrung, medizinischer und sanitärer Betreuung und Wohnraum, sowie eine sorgfältige Erziehung des Kindes; 2. die Fürsorge, Geborgenheit und der Schutz der körperlichen und seelischen Integrität des Kindes; 3. die Wertschätzung und Akzeptanz des Kindes durch die Eltern; 4. die Förderung der Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes; 5. die Berücksichtigung der Meinung des Kindes in Abhängigkeit von dessen Verständnis und der Fähigkeit zur Meinungsbildung; 6. die Vermeidung der Beeinträchtigung, die das Kind durch die Um- und Durchsetzung einer Maßnahme gegen seinen Willen erleiden könnte; 7. die Vermeidung der Gefahr für das Kind, Übergriffe oder Gewalt selbst zu erleiden oder an wichtigen Bezugspersonen mitzuerleben; 8. die Vermeidung der Gefahr für das Kind, rechtswidrig verbracht oder zurückgehalten zu werden oder sonst zu Schaden zu kommen; 9. verlässliche Kontakte des Kindes zu beiden Elternteilen und wichtigen Bezugspersonen sowie sichere Bindungen des Kindes zu diesen Personen; 10. die Vermeidung von Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen des Kindes; 11. die Wahrung der Rechte, Ansprüche und Interessen des Kindes sowie 12. die Lebensverhältnisse des Kindes, seiner Eltern und seiner sonstigen Umgebung (<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40146725> [abgerufen am 13.02.2017]).

23 Konsekutivdolmetschen: die Aussage wird erst nach beenden der Aussage in die andere Sprache übertragen (Kommunaldolmetschen ist meist konsekutiv). Simultandolmetschen: die Aussage wird etwas zeitversetzt/

Im Bereich des Kommundolmetschens kommt Telefondolmetschdiensten seit Jahren weltweit eine große Bedeutung zu. So wie der Einsatzgrund und die Thematik spezialisiert oder vielfältig sein kann, so können auch die Anbieter große Call-Center oder kleine Unternehmen mit überschaubarem Sprachangebot sein. Für einen Überblick über diese Vielfalt und die technischen Aspekte bzw. historischen Entwicklungen sei für Interessierte auf Kelly (2008) „*Telephone Interpreting. A comprehensive guide to the profession*“ verwiesen.

In Österreich sind ein paar Anbieter von Telefondolmetschdienstleistungen am Markt, der wichtigste für den medizinischen Bereich in Graz ist der Telefondolmetschdienst *Sprache Direkt*. *Sprache Direkt* wurde von dem Grazer Gynäkologen Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schöll initiiert und ist ausschließlich für den medizinischen Bereich konzipiert. Seit 2009 wurden Dolmetschungen für die Frauenklinik des Landeskrankenhauses Graz getätigt und im Laufe der Zeit wurden diese Dienste auf andere Fachabteilungen ausgeweitet. Gedolmetscht wird in Fällen der Aufnahme, der Entlassung, bei Visiten, Aufklärungsgesprächen und Notfällen. Die Dolmetscher\_innen sind professionell ausgebildet (wobei hier unklar ist, ob dies ein Studium oder eine andere Form der Zertifizierung beinhaltet), werden als kompetent und medizinisch erfahren bezeichnet und sind 24 Stunden täglich erreichbar (vgl. *Sprache Direkt* Infoblatt 2010).

Technische Voraussetzung für die Nutzung eines Telefondolmetschdienstes sind das Vorhandensein eines Telefons, das Wissen um die Handhabung eines solchen und eine aufrechte Telefonverbindung. Idealerweise hat das Telefon entweder eine Lautsprechfunktion oder man fügt einen externen Lautsprecher oder Aufsatz mit zwei Hörern hinzu. Das Hin- und Herreichen eines Telefons oder das Nutzen eines Headsets werden als nicht ideal beschrieben, da es der Ärzt\_in beispielsweise nicht ermöglicht den Kopf der Patient\_in zu untersuchen oder der Patient\_in erschwert sich zu entkleiden und generell Hände nicht mehr für die eigentliche Untersuchung zur Verfügung stehen. Die Qualität der technischen Bestandteile hat ebenso einen erheblichen Einfluss auf die Dolmetschung, da Hintergrundgeräusche oder Tonqualität davon abhängen und davon das Hören und Verstehen der übermittelten Nachricht.

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung eines Telefondolmetschdienstes, ist die Sicherstellung der Verbindung, sodass es im Notfall nicht zu einer Unterbrechung des Telefonats kommt, sondern Verlass auf die Verfügbarkeit der Dolmetscher\_in und ihrer Leistung am anderen Ende der Leitung. *Sprache Direkt* hat für diesen Fall beispielsweise einen zentralen Server in Innsbruck, der von einer Telekommunikationsfirma gewartet wird, die bei technischen Problemen oder Netzausfall für die Zeit ein *Back-Up* und ein Notstromaggregat zur Verfügung stellt (vgl. Korak 2010:56, zit. nach Walzer 2011:16).

Die Handhabung ist generell unkompliziert, da das Bedienen eines Telefons allgemein geläufig ist. Um also beispielsweise das Service des Telefondolmetschdienstes *Sprache Direkt* in Anspruch zu nehmen, wählt man die Nummer des Dienstes und hängt hernach die gewünschte Sprach-Durchwahl an, dann wird man mit einer Dolmetscher\_in dieser Sprache verbunden und das Gespräch kann nach einer kurzen Einleitung begonnen werden.

Trotz der leichten Handhabung und Verfügbarkeit wird der Telefondolmetschdienst relativ selten in Anspruch genommen. Im Zuge einer Studie zur Nutzung von Telefondolmetschdiensten in österreichischen Organisationen, die den Zugang zu medizinischer oder psychologischer Versorgung erleichtern sollen oder selbst anbieten, kam Andres (2008) zu dem Ergebnis, dass Telefondolmetschen nur in eingeschränktem Maße genutzt wird. Vier der zehn befragten Organisationen gaben an, Telefondolmetschen ausschließlich zur Übermittlung von Fakten, dem Ausmachen von Terminen oder zum Zwecke des Hinterlassens einer Nachricht zu nutzen. Für Therapien befanden sie das Telefondolmetschen zu riskant, da der Verlust von Information aufgrund der fehlenden visuellen Komponente oder eines gemeinsamen Kontextes befürchtet

---

beinahe zeitgleich in die andere Sprache übertragen (Konferenzdolmetschtechnik mit hohen Technikanforderungen).

wurde. Ein weiterer Grund war der zusätzliche Stress durch die unbekanntere Situation für die Patient\_innen in ohnehin schon emotional aufgewühlten Gemütszuständen, der einer Therapie entgegenwirken würde. Auch wurde angemerkt, Themen der (Psycho-)Therapien seien meist zu komplex, um über das Telefon wirklich erfasst werden zu können. Dennoch gaben nur zwei der befragten Organisationen an, nie auf Telefondolmetschdienste zurückzugreifen. Abgesehen von einer Organisation, die mit Erstsprecher\_innen verschiedener Sprachen als Berater\_innen direkt arbeitete, sahen alle anderen die positiven Aspekte der Zeit- und Kostenersparnis durch das Nutzen eines Telefondolmetschdienstes. Dennoch war der Tenor, dass Telefondolmetschen zumindest im (psycho-)therapeutischen Bereich unzureichend ist und ausschließlich zur Übermittlung „einfacher“ Informationen genutzt werden sollte (vgl. Andres 2008:9f.).

Die Kritikpunkte der Befragten liegen in einigen Besonderheiten des Telefondolmetschens im Vergleich zu einer Dolmetschsituation mit Dolmetscher\_in vor Ort.

Der grundlegendste Unterschied liegt im Fehlen der visuellen Komponente und somit dem Fehlen der visuellen Elemente wie Mimik, Gestik, dem Blick etc. beim Dolmetschen über das Telefon. Hierdurch verändert sich der Ablauf und Art des Dolmetschens, so rückt das Gesprächsmanagement seitens der Dolmetscher\_in mehr ins Zentrum, da aufgrund des fehlenden Blickkontaktes auch die Abschätzung des Sprecher\_innenwechsels erschwert möglich ist. Zudem wird in Telefondolmetschsequenzen verstärkt rückgefragt, um sicher zu gehen, dass die Aussagen korrekt übermittelt wurden und keine Missverständnisse entstanden sind. Auch zeigt sich, dass die Dolmetscher\_in angehalten ist, verstärkt emphatische Äußerungen zu tätigen, um den Personen am anderen Ende der Leitung ihre Anwesenheit zu vermitteln und ihr Verständnis zu kommunizieren (vgl. Walzer 2011:20ff.).

Die Wichtigkeit des visuellen Inputs wurde indirekt bereits bei den Qualitätsmerkmalen der professionellen Dolmetscher\_innen thematisiert. Da in der Kommunikation vieles auch über non-verbale Signale wie Gestik, Mimik, Körperhaltung, Blickrichtung oder Kopfbewegungen transportiert wird, scheint ein Verstehen auf den ersten Blick nur mithilfe dieser Signale und ihrer Deutung gut gelingen zu können. Je nach Untersuchung und Quelle ist von etwa 40% Kommunikation über non-verbale Handlungen auszugehen, daher ist die Relevanz ihrer Kenntnis groß. Sowohl Forscher\_innen der Dolmetschwissenschaft, Dolmetscher\_innen, als auch allgemein Kommunikationsforscher\_innen bestätigen diese Annahmen bis zu einem gewissen Grad. Beim Telefonieren ist es schon in einer Sprache schwieriger den Sinn oder die Bedeutung der Äußerung der Person am anderen Ende der Leitung zu erfassen als in einem Gespräch (*face-to-face*) vor Ort. Bei einer Dolmetschung ist daher von einer erschwerten Situation auszugehen, da das Verstehen in einer anderen Sprache generell schwieriger von statten geht als in der Erstsprache der jeweiligen Personen (vgl. Walzer 2011:21f.).

Trotzdem bestehen seit Jahren erfolgreich Telefondolmetschdienste und zahlreiche Studien belegen eine hohe Kund\_innenzufriedenheit und insgesamt eine steigende Nutzungsfrequenz, sowie den Ausbau des Angebots dieser Dienste. Es muss also gute Gründe für das Telefondolmetschen geben, ursächlich in einem hohen und zufriedenstellenden Qualitätsgrad der Dolmetschungen via Telefon. Um eine solche Qualität und Kund\_innenzufriedenheit zu erreichen, muss es daher Kompensationsmöglichkeiten für die fehlende visuelle Komponente für eine gelingende Dolmetschung geben. In der Literatur wird zum einen auf das Wahrnehmungstraining der auditiv distinktiven prosodischen Merkmale wie die Intensität der Stimme, der Akzent (Betonung des Wortes, Satzes, Fokus, Kontrast, Emphase), das Tempo, die Artikulation, die Klangfarbe der Stimme, die Stimmhöhe, die Intonation etc. verwiesen und zum anderen auf den damit verbundenen Aspekt der Gewohnheit. Unterstützend wird hier angeführt, dass es auch blinde Dolmetscher\_innen gibt, die eine ausgezeichnete Arbeit leisten und somit mit den dargebotenen auditiv wahrnehmbaren Informationen ausreichend Hinweise für die Interpretation des Gesagten haben und eine hohe Dolmetschqualität liefern können (vgl. Walzer 2011:23f.). Da blinde Menschen ihre auditive Wahrnehmungsfähigkeit seit Geburt oder dem

Zeitpunkt des Erblindens überdurchschnittlich ausbilden und auf diese verstärkt auch im Alltag angewiesen sind, kann von einer Notwendigkeit des Sinnes-Trainings und der Umgewöhnung ausgegangen werden. In Bezug auf den Aspekt der Gewohnheit zeigt beispielsweise eine Studie von Ko (2006), dass mit der Übung des Dolmetschens ohne visuellen Input bereits nach dem achten Mal das Fehlen des Inputs in den Hintergrund rückt und eine neue Form der Gewohnheit, der Fokussierung zu Tage tritt. Nur einzelne Dolmetscher\_innen scheinen sich nicht an die abgeänderte Form gewöhnen zu können, was aber im allgemeinen vernachlässigbar ist, da es für jede Form des Dolmetschens persönliche Präferenzen geben mag und manche Formen den eigenen Fähigkeiten mehr entgegen kommen als andere (vgl. Ko 2006:333). Auch der umgekehrte Effekt der Gewöhnung tritt ein, dass Telefondolmetscher\_innen mit der Zeit Schwierigkeiten beim Dolmetschen mit visuellem Input haben, da sie die „Zusatzinformationen“ überfordern (vgl. Walzer 2011:24f.).

Besondere Anforderungen an die dolmetschende Person sind daher ein verstärktes Training des Deutens auditiv wahrnehmbarer Merkmale und ein Umgehen-lernen mit raschen Themenwechseln aufgrund der Verfügbarkeit über Telefon, der durchgehenden Erreichbarkeit oder Bereitschaft. Bei *Sprache Direkt* ist letzteres nur begrenzt nötig, da das Thema zumindest immer im medizinischen Kontext ist, was einen Vorteil für sowohl Dolmetscher\_innen als auch Kund\_innen hat, da aufgrund des begrenzten Kontextes Spezialwissen angeeignet werden kann und die Qualität der Dolmetschungen steigt.

Doch auch an die Kund\_innen – Ärzt\_innen und Patient\_innen – stellt das Telefondolmetschen gewisse Anforderungen. Nicht nur der Umgang mit den technischen Hilfsmitteln muss verstanden werden, sondern auch der ungewohnte Gesprächsablauf sowie andere Besonderheiten des Telefondolmetschens müssen für ein gutes Funktionieren zu Beginn kurz abgeklärt werden. Idealerweise wird das medizinische Personal diesbezüglich extra geschult und/oder es sind Ablaufaufklärungsbögen vorhanden, sodass während der Dolmetschung beispielsweise darauf geachtet wird, störende Hintergrundgeräusche zu vermeiden. Auch wichtig ist im Hinblick auf den Sprecher\_innenwechsel, dass das Unterbrechen von Sprecher\_innen vor Ort unterbleibt, da die dolmetschende Person dies über das Telefon nicht sehen kann, was unweigerlich zu Problemen führt, da eine klare Zuordnung des Gesagten zu Personen wichtig für das Verständnis und den Fluss einer Kommunikation ist. Zudem muss den Nutzer\_innen die Bedeutung der Verbalisierung von räumlichen Aspekten oder Gesten deutlich gemacht werden, sodass die Dolmetscher\_in, die nicht vor Ort ist, dem Gespräch folgen kann und Sinnzusammenhänge richtig deutet und dolmetscht. Ein Negativ-Beispiel hierfür wäre, wenn die Ärzt\_in die Patient\_in fragt, wo sie Schmerzen im Arm verspüre und die Patient\_in auf das Handgelenk zeigend „da“ sagt. Verbalisiert die Patient\_in hingegen den Ort: „da im Handgelenk“, oder wiederholt die Ärzt\_in die Information in verbaler Form: „Sie verspüren Schmerzen im Handgelenk?!“, können Unklarheiten ausgeschlossen werden und die Dolmetscher\_in den Gesprächsverlauf weiterhin zielführend managen (vgl. Walzer 2011:29f.).

Für Patient\_innen mag das neue Setting und die Zuhilfenahme einer externen Dolmetscher\_in via Telefon zuerst ungewohnt erscheinen, die Situation ist ungewohnt und Vertrauen muss erst aufgebaut werden, was in Anbetracht der Tatsache, dass die Dolmetscher\_in nicht sichtbar ist, schwer fallen kann. Da Personen mit anderer Erstsprache als Deutsch und geringen Deutschkenntnissen, so sie in Österreich wohnhaft sind, häufig und nicht nur im medizinischen Kontext mit einer Dolmetschnotwendigkeit und verschiedenen Dolmetschmethoden in Berührung kommen, kann sich aufgrund der Gewöhnung bereits ein Vertrauen und eine gewisse Form der Normalität seitens der Patient\_innen einstellen, sicher jedoch bei medizinischem Personal, dass dieses Dolmetschangebot regelmäßig nutzt.



Im Folgenden seien die Vor und Nachteile des Telefondolmetschens kurz zusammengefasst:

1. Vorteile: Mithilfe von Telefondolmetschungen im Speziellen lassen sich die praktischen, ethischen und wirtschaftlichen Vorteile, die durch das Hinzuziehen von Dolmetscher\_innen vor Ort bereits heute zum Tragen kommen, auf Situationen ausweiten, in denen Dolmetscher\_innen bisher nicht eingesetzt werden konnten: Notfallsituationen; Situationen, die eine Dolmetschung gebraucht wird, das aber vorher nicht absehbar und somit nicht planbar ist; Situationen, in denen die Anreise einer Dolmetscher\_in zu lange dauern würde; bei der Dolmetschung seltener Sprachen, für die keine Dolmetscher\_in vor Ort verfügbar ist; und in kleinen Spitälern, die sich keinen Dolmetscherdienst leisten können (vgl. Bischoff & Grossmann 2007:104). Gerade in Notfallsituationen kann diese rasche Hilfe dank der unmittelbaren Verfügbarkeit Leben retten und Leid mindern. Auch in Bezug auf die Sprachvielfalt und das Sprachangebot sind Telefondolmetschdienste von Vorteil, da sie aufgrund verschiedener Modelle der Anstellungen und Dienstverhältnisse es sich leisten können eine große Anzahl an Dolmetscher\_innen/Sprachen anzubieten. Je seltener eine Sprache, desto länger benötigt der Dienst meist, um eine geeignete Dolmetscher\_in zu kontaktieren oder bereitzustellen, doch gerade bei jenen Sprachen, wo die Wahrscheinlichkeit einer professionellen Dolmetschung vor Ort aufgrund des geringen Bedarfs eben noch geringer ist, ist dies eine sinnvolle und gute Lösung. Zudem ist die Inanspruchnahme von Telefondolmetscher\_innen wesentlich kostengünstiger als Dolmetscher\_innen vor Ort anzustellen oder hinzuzuziehen. Dieser geringere finanzielle Aufwand ermutigt auch Organisationen auf professionelle Dolmetscher\_innen umzusteigen, welche zuvor aus Kostengründen mit Lai\_innen gearbeitet haben oder versuchten gänzlich ohne Dolmetscher\_innen auszukommen (vgl. Bischoff & Grossmann 2006:39).

Zu weiteren Vorteilen zählen die einfache Handhabung – die technischen Voraussetzungen (Telefon) und Handhabung sind allgemein geläufig und können an die spezielle Situation leicht angepasst werden – sowie das Wegfallen der formalen Komponente des Terminvereinbarens und -koordinierens zwischen mehreren Personen, da die Telefondolmetschdienstleistung jederzeit auch spontan in Anspruch genommen werden kann.

Und auch für die Dolmetschqualität in Bezug auf eine bestimmte Sparte kann ein Telefondolmetschdienst von Vorteil sein, denn Professionalität und eventuell thematische Spezialisierungen auf den medizinischen Bereich (wie bei *Sprache Direkt*) garantieren eine gute Qualität, die der bevorzugten Qualität der Dolmetschung vor Ort nahe kommt.

Ein weiterer Vorteil ist der Schutz der Privatsphäre durch die gesetzliche Schweigepflicht für professionelle Dolmetscher\_innen. Aber auch durch die nur indirekte Anwesenheit (ohne physische Präsenz) der Dolmetscher\_in entsteht ein Privatsphärenschutz, welcher eine verbesserte Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung zur Folge haben kann, da das Gespräch zwischen Ärzt\_in und Patient\_in als unmittelbarer empfunden wird, als in Situationen, in welchen eine dolmetschende Person physisch anwesend ist. Auch fördert die physische Abwesenheit die offene Kommunikation selbst über Tabu-Themen, die vor anwesenden Dolmetscher\_innen oder vor allem vor dolmetschenden Familienmitgliedern sonst gar verschwiegen würden, was zu einem unvollständigen Bild in der Anamnese und Problemen in der Behandlung oder zu gesundheitlichen Folgen für die Patient\_in führen kann.

Positive Nebeneffekte kann das Fehlen visueller Information ebenso auf die Interaktion und den zwischenmenschlichen Umgang der Beteiligten einer Dolmetschsituation haben: unbewusstes oder bewusstes Diskriminieren der jeweiligen nicht-sichtbaren Person seitens der Dolmetscher\_in, der Patient\_in oder Ärzt\_in aufgrund ethnischer oder anderer visueller Merkmale kann dadurch verhindert werden. Zudem besteht durch das Fehlen der visuellen Komponenten ein gewisser Vorteil für die Dolmetscher\_in, wenn sie in Notfällen die schweren Verletzungen der Patient\_in nicht sehen muss (vgl. Kelly 2008:85f.).

2. Nachteile: Der offensichtlichste und meist diskutierte Nachteil des Telefondolmetschens ist, wie bereits erwähnt, das Fehlen des visuellen Inputs, der nicht nur zu den oben erwähnten Vorteilen, sondern auch zu einem Informationsverlust und somit Qualitätsverlust der Dolmetschung führen kann und infolgedessen zu Problemen für Patient\_innen- und Ärzt\_innensicherheit (vgl. Andres 2008:16).

Aber auch andere Ebenen können sich durch das Fehlen einer Ansprechperson, einer Dolmetscher\_in vor Ort aufbauen. In seltenen Fällen fassen Patient\_innen zu den anwesenden Dolmetscher\_innen ein besonderes Vertrauen und öffnen sich ihnen oder fragen, da sie zu schüchtern oder ängstlich sind die Ärzt\_in direkt zu adressieren, nach dem Gespräch die Dolmetscher\_in, sodass es hier zu Informationsübermittlungen kommt, die im Falle einer Telefondolmetschung nicht möglich wären. Ähnliche Phänomene der Umschiffung von hierarchiebedingten Kommunikationsschwierigkeiten und Lösungsversuchen sind auch bei deutschsprachigen Patient\_innen zu beobachten, welche anstatt die Ärzt\_in direkt anzusprechen nach dem Gespräch die Krankenpfleger\_in befragen. Ein zeitlich versetztes Nachfragen ist durch die Begrenzung auf das Telefongespräch nicht möglich. Dies gilt auch für Fragen der Ärzt\_in, die nach Beenden des Gesprächs aufkommen, da in den meisten Fällen hierfür nicht erneut ein Telefonat begonnen wird (vgl. Andres 2008:16; Saint-Louis et al. 2003:36). Trotzdem verbindet die Patient\_in und die Dolmetscher\_in eine gemeinsame Sprache und eventuell auch ein gemeinsamer kultureller und ethnischer Hintergrund, wodurch Vertrauen auch über das Telefon geschaffen werden kann. Dennoch sollte die Patient\_in bewusst dazu aufgefordert werden (Rück-)Fragen zu stellen.

Des Weiteren hat auch die Größe der Telefondolmetschanbieter\_in einen Einfluss auf die Qualität der Dolmetschung: Gerade bei größeren Telefondolmetschdiensten besteht die Gefahr, dass die dort arbeitenden Dolmetscher\_innen in vielen verschiedenen Bereichen dolmetschen und aufgrund dessen mit den Fachterminologien überfordert sind. Die Dolmetschqualität kann auch aufgrund der möglichen kurzen Zeitspanne zwischen thematisch unterschiedlichen Dolmetscheinsätzen leiden, weil dies hohe Konzentrationsansprüche an die Dolmetscher\_innen stellt und zu rascher Ermüdung führen kann (vgl. Walzer 2011:46).

Auch der finanzielle Vorteil der kostengünstigen Telefondolmetschung birgt indirekt Gefahren für die Dolmetschqualität; Kosten- und Zeitersparnis könnten Institutionen, die jetzt mit Dolmetscher\_innen vor Ort zusammenarbeiten, dazu verleiten, in diesem Bereich Einsparungen zu machen oder ihn vollkommen zu streichen, um stattdessen nur noch mit Telefondolmetscher\_innen zu arbeiten, was zu einer allgemeinen Qualitätsminderung (Dolmetschen vor Ort wird als qualitativ besser eingestuft) führen würde (vgl. Mintz 1998, zit. nach Walzer 2011:47). Generell ist davon jedoch nicht auszugehen, da für gewisse Bereiche eine Dolmetschung vor Ort notwendig ist.

Der wichtigste nachteilige Aspekt dieser Methode ist nämlich, dass das Telefondolmetschen nicht in jeder Situation angewandt werden kann bzw. sinnvoll ist. So ist eine Telefondolmetschung beispielsweise kontraindiziert in Therapien oder Beratungen von psychisch Kranken, oder in der Kommunikation mit schwerhörigen Menschen – bei Tauben ist sie gar nicht möglich – und Kelly (2007) rät auch davon ab, Gespräche mit Kindern über das Telefon zu dolmetschen.

Ebenso in Bereichen, wo das Visuelle ein wichtiger Informationsträger ist, wie beispielsweise bei Instruktionen in der Physiotherapie, wo Bewegungsabläufe erklärt werden und vorgezeigt werden müssen, oder bei der Anleitung zur Selbstmessung des Blutzuckers etc.

Auch erschwert möglich und daher problemreich gestaltet sich das Dolmetschen über das Telefon, wenn mehr Personen als Ärzt\_in/medizinische Krankenhausmitarbeiter\_in und Patient\_in in das Gespräch involviert sind (vgl. Kelly 2007:18ff.).

Zu ebensolchen Ergebnissen kam Walzer (2011). Die von ihr befragten acht Ärzt\_innen der

gynäkologischen Ambulanz des LKH-Graz gaben auf die Frage nach Gründen, die gegen das Nutzen von Telefondolmetschdiensten sprechen, an, dieses sei nicht geeignet in Situationen, die komplexe und lange Gespräche beinhalteten; bei der Übermittlung schlechter Diagnosen oder in lebensbedrohlichen Krisensituationen; bei psychisch kranken oder belasteten Personen; in Situationen, die ein multiprofessionelles Team erforderten und komplexe Krankheitsbilder beinhalteten; oder wo weitreichende Entscheidungen getroffen werden sollten. Lebensbedrohlich meint hier keine akute Lebensbedrohung, denn gerade dann ist das Telefondolmetschen eine segensreiche Interventionsvariable, sondern generell lebensbedrohende Erkrankungen, die keine sofortige Lösung erzwingen. Hier bevorzugten die befragten Ärzt\_innen – wie generell bei komplexen Situationen/Gesprächen – Dolmetschungen durch Dolmetscher\_innen vor Ort (vgl. Walzer 2011:64).

Ein weiterer rechtlicher und ethischer Aspekt ist die Thematik des Datenschutzes. Es ist sicherzustellen, dass der Inhalt der Gespräche vertraulich behandelt wird, was bei Dolmetschungen, wo Dolmetscher\_innen in ihrem privaten Umfeld dolmetschen, eine Rolle spielen kann, aber auch das Abhören der Gespräche muss verhindert und die Datensicherheit gewährleistet werden (vgl. Andres 2008:17). Technische Probleme, Unterbrechungen aufgrund jener, oder längere Dolmetschzeiten aufgrund des Telefongesprächsmodus sind ebenso als Nachteile anzuführen (vgl. Walzer 2011:48).

Generell kann gesagt werden, dass trotz der genannten Nachteile die Vorteile des Telefondolmetschens überwiegen und diese Methode bei gegebener Telefondolmetschoption die ethische Vertretbarkeit des Einsatzes von Lai\_innen bereits in Frage stellen lässt.

#### **4.6.2 Videodolmetschen**

Die technischen Neuerungen und Möglichkeiten der letzten Jahrzehnte haben das Videodolmetschen als *Remote*-Variante, Fortsetzung und Erweiterung des Telefondolmetschens hervorgebracht. Es stellt eine praktikable und kostengünstige Alternative zum Dolmetschen vor Ort dar welche im Gegensatz zur Telefondolmetschung die Übertragung von visuellen Informationen erlaubt. Grundsätzlich ist zu sagen, dass somit alle genannten Vorteile des Telefondolmetschens auch beim Modus des Videodolmetschens gegeben sind. Zusätzlich kann aber der Nachteil des visuellen Input-Verlustes und den potenziellen Folgen für die Dolmetschqualität mithilfe der Videoübertragung ausgeschlossen werden. Voraussetzung für die Möglichkeit einer Videodolmetschung ist das Vorhandensein der technischen Ausrüstung und Programme (Internetverbindung/WLAN, Tablet oder PC, Kamera und geeignete Software etc.), die in Kliniken im Grunde in der einen oder anderen Form immer vorhanden sind und von Mitarbeiter\_innen des Dolmetschdienstes bei der Einschulung installiert werden. Eine weitere Voraussetzung ist das Vorhandensein eines geeigneten Videodolmetschdienstes mit dem benötigten Sprachangebot. Ein solcher wäre beispielsweise der marktführende österreichische Videodolmetschdienst der *SAVD Videodolmetschen GmbH*. Gegründet wurde er im Jahre 2011 im Zuge einer Kooperation der *Plattform Patientensicherheit*, des *Bundesministeriums für Gesundheit* und des *Instituts für Ethik und Recht in der Medizin*, dem *ServiceCenter ÖGS.barrierefrei* und dem *Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien* im Rahmen des Projekts „Pilotprojekt Videodolmetschen im Gesundheitswesen“, welches 2013 an zwölf Spitalsambulanzen und zehn Ärzt\_innenzentren verteilt auf ganz Österreich anlief und nach Beendigung der Testphase 2014 in einen Regelbetrieb überging.

Ursprünglich war dieser Videodolmetschdienst täglich von 6 bis 22 Uhr für den medizinischen Bereich für die Sprachen Türkisch, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch und Österreichische Gebärdensprache konzipiert – seit 2016 ist der Dienst rund um die Uhr erreichbar, wurde auf andere Branchen und den gesamten deutschsprachigen Raum ausgeweitet und hat seit

01.01.2017 sein Sprachangebot erneut vergrößert: mittlerweile werden Dolmetscher\_innen für die Sprachen Arabisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Bulgarisch, Farsi, Kurdisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Tschechisch und Türkisch beschäftigt und nach Bedarf werden an die Kund\_in abgestimmt auch andere Sprachen angeboten (vgl. <http://www.videodolmetschen.com/ueber-uns/> und <http://www.videodolmetschen.com/2016/12/09/wochenend-feiertags-und-nachtservice-sprachenerweiterung/> [abgerufen am 21.01.2017]).

Insgesamt kann mithilfe dieses Dolmetschdienstes für ungefähr 20 Sprachen binnen 2 Minuten und rund 30 weitere Sprachen innerhalb von 2 Stunden eine Dolmetschung gewährleistet werden (vgl. Ärztekammer Steiermark 2015: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=5743> [abgerufen am 21.01.2017]).

Der Videodolmetschdienst beschäftigt ausschließlich professionell ausgebildete Dolmetscher\_innen mit Studienabschluss oder gerichtlicher Beerdigung, „Ausnahmen werden nur in jenen Sprachen gemacht, die im deutschsprachigen Raum universitär nicht angeboten werden. Hier wurde in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband professioneller Dolmetscher und Übersetzer in Deutschland (BDÜ) der Zertifikatskurs Basissensibilisierung (Video-)Dolmetschen im Gesundheits- und Gemeinwesen für LaiendolmetscherInnen ins Leben gerufen“ (<http://www.videodolmetschen.com/dolmetscher/> [abgerufen am 21.01.2017]).

Zudem können Kund\_innen (Ärzt\_innen) auch gezielt medizinisches Grundwissen und Vokabular bestimmter wiederkehrender Fachbereiche an den Dolmetschdienst übermitteln, sodass die höchste Qualität für Dolmetschungen gewährleistet werden kann.

Gedolmetscht wird wie beim Telefondolmetschen konsekutiv, daher sind die Vor- und Nachteile dieser Dolmetscharten gut vergleichbar, aber dennoch nicht ident.<sup>24</sup>

Im Folgenden seien nun die Vor- & Nachteile des Videodolmetschens kurz zusammengefasst:

1. Vorteile: So beschreiben die im Rahmen der Begleitstudie des Pilotprojektes „Pilotprojekt Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ mittels semi-strukturierter qualitativer Interviews und quantitativer Datenerhebung befragten Ärzt\_innen und anderen medizinischen Krankenhausmitarbeiter\_innen, beispielsweise die rasche Gesprächsaufnahme und Beendigung sowie den Platzvorteil durch weniger anwesende Personen vor Ort als angenehm und positiv. Gerade im Notaufnahmesetting entstresse und erleichtere dies die Situation (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015:72f.). Klar hervorgehoben werden die Vorteile der Zeitersparnis, der Verfügbarkeit, des Schaffens von Sicherheit in Bezug auf Diagnose und Behandlung, des Schutzes der Privatsphäre, der Kostenersparnis im Vergleich zu Kosten von Dolmetscher\_innen vor Ort, aber auch Kosten, die entstünden, wenn die Patient\_in falsch behandelt wird und die Krankenanstaltenträger\_in auf Schadenersatz klagt. All dies ist ebenso für das Telefondolmetschen gültig. Als wertvoll und intuitiv wichtig erachtet wurde von den Befragten der Unterschied zum Telefondolmetschen, der visuellen Input im Gespräch via Video, dass nämlich zusätzlich zur oben genannten Platzkomponente dennoch ein Bild und visuelle Elemente des Gesprächs im Raum waren, mit deren Hilfe das Gespräch wesentlich leichter vonstatten ging und an Qualität, auch durch Vertrautheit, zunahm (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015:67ff.).

2 Nachteile: Als Nachteil wurde im Rahmen dieser Studie geäußert, dass nach Beenden des Gesprächs keine neuerliche Dolmetschsequenz gestartet wird, selbst wenn neue Fragen auftauchen oder entstehen – aus diesem Grund ergebe sich für die Dolmetschsituation seitens der Ärzt\_in ein gewisser Druck, möglichst präzise und genau zu arbeiten und verschiedene

---

24 In den derzeitigen Videodolmetschprojekten wurde konsekutiv gedolmetscht – nun soll eine neues Projekt (2016-2019) das simultane und konsekutive Dolmetschen per Video untersuchen und Vor- sowie Nachteile herausarbeiten, um die Qualität und Handhabe des Videodolmetschen zu optimieren: Projekt „Simultanes vs. konsekutives Videodolmetschen in der Arzt-Patient-Kommunikation (Videodolmetschen)“ (vgl. <http://www.ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/geplante-projekte/projekt-simultanes-vs-konsekutives-vd/> [abgerufen am 21.01.2017]).

Eventualitäten abzufragen, um die Zeit mit der Dolmetscher\_in bestmöglich zu nutzen. Hierfür werde zuerst im Zuge des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs genau ermittelt und strukturiert, welche Themen und Fragen besprochen werden sollen, danach werde die Dolmetscher\_in hinzugezogen und das Besprochene mit ihrer Hilfe geklärt und Informationslücken gefüllt. Anders ist es in Situationen, wo die Patient\_in keinerlei Deutschkenntnisse hat, hier muss von Beginn an eine Dolmetscher\_in zur Überbrückung der Sprachbarriere hinzugezogen werden (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015:90f.).

Als schwierig empfanden die befragten Ärzt\_innen es auch, den anwesenden Angehörigen zu erklären, warum eine externe Dolmetscher\_in hinzugezogen würde, wo sie oder mitgebrachte Angehörige doch Deutsch sprachen und den Patient\_innen die Vorteile klar zu machen, wo jene die Vertrautheit der Angehörigen eventuell bevorzugten. Vor allem da laut Datenschutzgesetz für die Videotelefonie eine Einwilligung der Patient\_in notwendig ist, die in vielen Spitälern schriftlich, d.h. zu unterzeichnen ist. Das ist einer der Gründe warum nach wie vor oft eine Dolmetschung (auch durch Lai\_innen) vor Ort der Dolmetschung via Videozuschaltung vorgezogen wird (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015:99).

Andere Gründe könnten folgende weiteren, von Ärzt\_innen der Befragung durch Kletečka-Pulker & Parrag (2015) genannten, Nachteile sein: Zum einen die ungewohnte (Gesprächs-)Situation, die auch bei Ärzt\_innen zu Hemmungen führen kann, und für die Patient\_innen anfangs gewöhnungsbedürftig ist. Aber das Vertrautmachen und der natürliche, stressfreie Umgang mit der Technik seitens des medizinischen Personals in der etwas anderen Gesprächssituation kann auch der Patient\_in den Stress nehmen und die positive Erfahrung der professionellen Dolmetschung so überwiegen. Zudem ist bei der jüngeren Generation generell von einer höheren Akzeptanz auszugehen, da technische Möglichkeiten des Videodolmetschens teils sogar am Mobiltelefon genutzt werden, um beispielsweise zu Freunden oder Verwandten im ehemaligen Heimatland oder in der Diaspora Kontakt zu halten und „sich zu sehen“.

Zum anderen bedarf es eines gewissen Zeitaufwandes: wenn das Gerät mobil ist, muss es geholt werden; wenn es nicht mobil ist, muss der Ort des Gesprächs gewechselt werden, was bei Patient\_innen die nicht gehen können wiederum extra Aufwand bedeutet. Im Zuge der begleitenden Untersuchung des Pilotprojektes wurde daher festgestellt, dass die maximale Flexibilität der Videodolmetschung von Vorteil ist, sodass nicht die Patient\_in durch die gesamte Klinik oder Abteilung zur Dolmetscher\_in bzw. dem Ort, wo es technisch möglich ist eine Videodolmetschung zu machen, gebracht werden muss. Die Nutzung auf kleinen mobilen Geräten wie einem *Tablet* oder Handy ist somit empfohlen (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015:88).<sup>25</sup>

Der Mehraufwand durch zusätzliche technische Geräte, das Gewährleisten ihres Vorhandenseins und Funktionierens, ebenso die Hürde der neuen Technik, oder die Überforderung aufgrund der Techniküberschwemmung im medizinischen Alltag – „noch ein Gerät, noch ein Programm, noch eine Einschulung“ – werden ebenso als Nachteil der neuen Methode genannt. Auch das (schriftliche) Dokumentieren der Einverständniserklärung kann als eine Zusatzbelastung zu den üblichen Dokumentationspflichten empfunden werden.

Gemein ist beiden *Remote*-Methoden auch der ethisch zu bedenkende Aspekt des Datenschutzes über die Distanz. Aus Datenschutzgründen muss sichergestellt werden, dass keine dritte Partei auf die Daten von Patient\_innen zugreifen kann. In Österreich werden weder Videosequenzen noch Telefongespräche aufgezeichnet, folglich muss nur die unmittelbare Sequenz, der Datentransport vor Zugriff geschützt und gesichert werden. Da die Personalien meist nicht

---

25 Im Pilotprojekt der Projektpartner *Plattform Patientensicherheit* und *SAVD Videodolmetschen GmbH* „*Gebärdensprachdolmetscher am Display*“, dass seine Wurzeln ebenfalls im oben genannten Projekt hatte und von Mai bis Dezember 2015 lief, kamen die Dolmetscher\_innen zudem bereits auf mobilen Geräten zum Einsatz (vgl. <http://www.ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/laufende-projekte/projekt-gebaerdensprachdolmetscher-am-display/> und <http://www.videodolmetschen.com/portfolio/geoert-org-wien-oesterreich/> [abgerufen am 21.01.2017]).

gedolmetscht werden müssen, kann die Patient\_in bis zu einem gewissen Grad während der Dolmetschsequenz anonym bleiben, obwohl ihr Gesicht sichtbar oder ihre Stimme hörbar ist. Wenn jemand also unmittelbar während der Dolmetschung auf die Daten zugreift, müsste auch auf Aufzeichnungen der Klinik Zugriff erlangt werden, die eine Zuordnung des Gesprächs zu der Patient\_in erlauben. Dies ist dank Datenschutzmaßnahmen der österreichischen Kliniken unwahrscheinlich. Aufgrund dieser Rechtslage ist die Dolmetschanbieter\_in daher verpflichtet, die Daten während der Übertragung vor Zugriffen zu schützen. Beim Videodolmetschen des Videodolmetschdienstes *SAVD Videodolmetschen GmbH* wird dies beispielsweise mit einer verschlüsselten Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (Transportverschlüsselung) erzielt. Eine gesicherte Verbindung ohne inhaltliche Verschlüsselung reicht dafür aus, da Daten wie oben erwähnt nicht gespeichert werden.

Gründe für eine Nicht-Nutzung des Videodolmetschdienstes sind laut Kletečka-Pulker & Parrag (2015) in erster Linie die Macht der Gewohnheit bzw. das Festhalten an bereits bestehenden Lösungsstrategien, da die Sorge des Zeitverlustes und Unterbrechens des Arbeitsablaufes, des Arbeitsflusses ein Umstrukturieren verhindert. Das trotz der Tatsache, dass aufgrund der fehlerhaften Dolmetschungen durch Lai\_innen erst Recht Zeit und andere Ressourcen sowie die Sicherheit der Patient\_in und des medizinischen Personals schwinden. Da jene aber erst zeitversetzt zum Tragen kommen, werden sie vom medizinischen Personal schwer als direkt kausal wahrgenommen.

Es gab aber auch vereinzelt Ängste seitens der Ärzt\_innen und des medizinischen Personals vor Überwachung und negativen Konsequenzen aufgrund der Videoaufzeichnung des Gesprächs, welchen jedoch durch eine Aufklärung der Tatsache, dass keinerlei Daten gespeichert würden, entgegen zu wirken wäre, spielen bei der Ablehnung dieses Dolmetschmodus eine Rolle.

Einer der Hauptgründe ist jedoch das fehlende Problembewusstsein und Wissen um Qualitätsunterschiede der verschiedenen Dolmetschvarianten mit einer „das haben wir auch so immer irgendwie gelöst“-Mentalität verbunden mit jahrelanger Routine.

Bedenken seitens des befragten medizinischen Personals waren auch, dass Immigrant\_innen oder Menschen mit Migrationshintergrund nun keinen Sinn mehr darin sähen Deutsch zu erlernen und die Integration abnehmen würde. Dem entgegenzuhalten ist die Tatsache, dass die meisten ein gewisses Maß an Deutsch bereits beherrschen, aber die Kommunikation im medizinischen Fachbereich sich als besonders schwierig darstellt. Selbst bei sehr guten Englischkenntnissen würde es der durchschnittlichen Österreicher\_in schwer fallen auch nur die differenzierten Vokabeln einer Schmerzbefragung aufzubringen, geschweige denn komplexen Krankheits- und Behandlungsverlaufsbeschreibungen oder Diagnosen zu folgen: *„Beschreiben Sie Ihre Schmerzen - sind sie ein Brennen, ein Stechen, mehr diffus, oder scharf abgegrenzt? Sind es Impulse, ein Klopfen oder doch mehr ein Pochen, wenn ein Stechen, dann mehr ein Bohren oder doch mehr ein Stich? Beschreiben Sie den Perimeter des Schmerzes!“* schreibt eine User\_in als Kommentar auf einen online Artikeln der Tageszeitung *Standard* zum *Pilotprojekt Videodolmetschen in Krankenhäusern* am 26.05.2013 als Antwort auf ähnliche Bedenken einer anderen User\_in und beschreibt damit eine Realität, die wiederum anderen Leser\_innen ebenso bekannt zu sein scheint. Die User\_in verweist im Anschluss auch noch auf die Komponente der unterschiedlichen Bedeutungen von Klopfen und Pochen in diversen Sprachen und Kulturen, welche *„[...] neben dem Medizinstudium noch einige Kenntnisse betr. Etymologie wert [sind]“* (User\_in „It’s Tooltime!“ in: <http://derstandard.at/1369264145771/Sprachbarrieren-im-Spital-Videodolmetscher> [abgerufen am 21.01.2017]).

Auch wenn in der Begleitstudie der Kostenaspekt von den medizinischen Mitarbeiter\_innen nicht erwähnt wurde, so spielt er in den Entscheidungen für oder gegen eine Methode doch eine Rolle. Die Kosten für Lai\_innendolmetscher\_innen belaufen sich auf Null. Für Dolmetscher\_innen vor Ort sind Kosten zu tragen, die jedoch höher sind als jene, die für ein gedolmetschtes Gespräch mittels Telefon- oder Videodolmetschdienstes (trotz etwaiger



monatlicher Dolmetschdienstpauschale) aufgebracht werden müssen. Wirklich relevant ist jedoch der Vergleich mit den Folgen einer Fehlbehandlung, den dadurch entstehenden Kosten für zusätzliche Heilbehandlungen und den Schadensersatzkosten für die Krankenanstaltsträger\_in.

Abschließend sollen nun überblicksmäßig Studien betrachtet werden, die verschiedenen Dolmetschmodi untersucht und miteinander verglichen haben:

Zahlreiche Studien belegen eine positive Wahrnehmung der Leistungen von Telefondolmetschdiensten und oder Videodolmetschdiensten. Je nach Studiendesign werden jedoch unterschiedlichste Aspekte und unterschiedliche „Paarkombinationen“ des Dolmetschens verglichen, was eine Gegenüberstellung der Erkenntnisse erschwert.

Lee et al. (2002) untersuchten die Kund\_innenzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung bei unterschiedlichen Dolmetschmethoden. Beurteilt wurden Gespräche in der Erstsprache mit medizinischem Personal mit Kenntnissen dieser Erstsprache, Gespräche mit Telefondolmetschung und Gespräche mit Lai\_innendolmetscher\_innen, wobei die Kund\_innen (Patient\_innen), welche eine Dolmetschung benötigten, die Wahl zwischen Telefon- oder Lai\_innendolmetscher\_innen hatten. Die Ergebnisse sind wie folgt: Jene Patient\_innen, welche mithilfe von Telefondolmetscher\_innen kommunizierten, waren im Schnitt fast genauso zufrieden mit den Ergebnissen, wie jene, die in ihrer Erstsprache kommunizieren konnten. Weniger zufrieden waren die Patient\_innen mit der Dolmetschung durch Lai\_innen (vgl. Lee et al. 2002:*passim*).

Dem gegenübergestellt sei eine Studie von Kuo & Fagan (1999), welche das Dolmetschen mithilfe von Lai\_innen (Familie und Freunde), professionellen Dolmetscher\_innen, Telefondolmetscher\_innen, *Ad-hoc*-Dolmetscher\_innen (mehrsprachiges Krankenhauspersonal) und mehrsprachigem medizinischen Personal untersuchten: Sowohl Patient\_innen, als auch Mitarbeiter\_innen zeigten sich am zufriedensten mit professionellen Dolmetscher\_innen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen bei Lee et al. (2002) wurden hier jedoch die Lai\_innendolmetscher\_innen an die zweite Stelle gesetzt, was eventuell an der kulturell großen Bedeutung der Familie für die spanischsprachigen Patient\_innen oder aber an dem Einfließen von Beurteilungen von Dolmetschungen in Notfällen so gewertet wurde, wo Familie grundsätzlich einen wichtigen Rückhalt darstellt. Für das medizinische Personal kam jedoch das Telefondolmetschen an zweiter Stelle, welches für die Kund\_innen/Patient\_innen an vierter Stelle (nach den professionellen Dolmetscher\_innen, Lai\_innendolmetscher\_innen und dem Dolmetschen durch das medizinische Personal) gereiht wurde.

Ebenso wichtig für die Bewertung solcher Ergebnisse ist die technische Ausstattung und die Erfahrung der Telefondolmetscher\_innen, die in die Studie miteinbezogen wurden, welche die Qualität der Dolmetschung erheblich beeinflussen und die (Un-)Zufriedenheit der Patient\_innen mit dem Telefondolmetschservice erklären könnte (vgl. Kuo & Fagan 1999:*passim*; Walzer 2011:33ff.).

Andere Studien verweisen laut Walzer (2011) auf die hohe Zufriedenheit mit *Remote*-Dolmetschmodi aufgrund des Schutzes der Privatsphäre und aufgrund der besseren Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung, welche sich durch die Abwesenheit einer potenziell störenden, räumlich anwesenden, dolmetschenden Person (auch des anderen Geschlechts) gut entwickeln kann (vgl. Walzer 2011:36).

Eine dieser in Walzer (2011) erwähnten Studien ist jene von Saint-Louis et al. (2003). In dieser Studie wurde das Dolmetschen vor Ort, Telefondolmetschen mit Freisprechanlage und das simultane Telefondolmetschen, sowie das Videodolmetschen in Hinblick auf Funktionalität und Wohlfühlen/Annahme seitens der Patient\_innen verglichen. In einer Reihung in Bezug auf die genannten Qualitätsfaktoren wurde an erster Stelle das Dolmetschen vor Ort genannt, da es auch die Möglichkeit des Dolmetschens vom Blatt (Aufklärungsbögen) beinhalten konnte oder das Begleiten der Patient\_in in andere Untersuchungsräume etc. An zweiter Stelle kam das

konsekutive Dolmetschen per Telefon, welches aufgrund der hohen Privatsphäre und Zeitersparnis geschätzt wurde und vor allem für Terminvereinbarungen und kurze Gespräche geeignet sei (vgl. Saint-Louis et al. 2003:4). Dennoch bevorzugte das medizinische Personal klar die Dolmetschung vor Ort. Unter den *Remote*-Methoden wurde das Videodolmetschen als am wertvollsten genannt, sowohl seitens des medizinischen Personals, als auch seitens der Dolmetscher\_innen. Patient\_innen zeigten hier jedoch eine gewisse Form der Unsicherheit, „Kamera-Scheue“ oder Ängste, dass Gespräche gefilmt und aufgezeichnet werden würden oder könnten. Jüngere Patient\_innen kamen jedoch wesentlich besser mit der Form des Videodolmetschens zurecht, so scheint dies, wie angenommen, ebenso eine Gewohnheit und Sozialisierungsthematik zu sein (vgl. Saint-Louis et al. 2003:39). Auch wenn das Videodolmetschen im Grunde beinahe gleichwertig wie das Dolmetschen vor Ort gewichtet wird, merkten medizinische Mitarbeiter\_innen eine gewisse Form der Distanz zu den Dolmetscher\_innen im ersten Modus an. In welcher Hinsicht dies zu bewerten ist, bleibt offen (vgl. Saint-Louis et al. 2003:40). Die meisten Probleme gab es beim simultanen Telefondolmetschen, wo es vor allem Schwierigkeiten mit der Verwendung des Headsets gab, sodass diese Methode für Notfälle als unzulänglich eingestuft wurde (vgl. Saint-Louis et al. 2003:42ff.). Auch und vor allem bei psychischen Erkrankungen eignet sich diese Methode ebenso wenig, da Personen aufgrund des Tragens des Headsets das Gefühl von „Stimmen im Kopf“ haben könnten (vgl. Saint-Louis et al. 2003:47). Die Studien belegen die angenommenen Probleme und gewichten zusammengefasst die Vorteile und Bevorzugung der Modi als von Dolmetschen vor Ort, über Videodolmetschen, Telefondolmetschen, Dolmetschen des medizinischen Personals zu Dolmetschen der Verwandten absteigend.

## **4.7 Graz**

### **4.7.1 Ist-Zustand**

Wie sieht der Klinikalltag an den Grazer Ambulanzen aus und wie werden Sprachbarrieren hier überwunden? Aufgrund der in Kapitel II *Informationszugang* genannten Problematiken des Informationsbeschaffungsprozesses und fehlender Bevölkerungsaufklärung in Bezug auf das österreichische Gesundheitswesen kommen Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch grundsätzlich eher in die Klinik als zu niedergelassenen Ärzt\_innen. So kommt es im Klinikalltag zu Verständigungsschwierigkeiten. Im Zuge einer Untersuchung der sprachlichen Vielfalt im Alltag und den Initiativen des Umgangs, den auftretenden Herausforderungen und dem Bedarf diesbezüglich an Grazer Institutionen haben Korb et al. (2015) auch das Gesundheitswesen erforscht. Mittels semi-strukturierter, qualitativer Interviews wurden Institutionen wie Krankenversicherungen, Kliniken und das *Rote Kreuz* auf ihren Umgang mit anderssprachigen Patient\_innen hin befragt.

Die Ergebnisse der Befragung zeichnen folgendes Bild: Zunächst sei auf die Schriftzeugnisse einer Auseinandersetzung mit Mehrsprachigkeit an den Kliniken verwiesen. Einige der Vertreter\_innen der konsolidierten Ambulanzen gaben an, anderssprachige Materialien in Form von Broschüren, Mitteilungsblättern, Aufklärungsbögen oder Formularen vor Ort papieren, oder als Datei abgespeichert, über das Intranet oder über Internetplattformen zugänglich, zur Verfügung zu haben/stellen. Beispielhaft seien hier genannt: Anamneseblätter, Anmeldeformulare, Aufklärungsbögen für Operationen und Einverständniserklärungen, aber auch Broschüren zu Themen wie Impfen, Stillen oder IVF, Informationen zum Stationsablauf, den Besuchszeiten oder Fragebögen zur Schmerzbefragung (inkl. Piktogramm-Erklärungen zum Thema Schmerz) und die Broschüre über die Unterbringung in einem geschlossenen Bereich.

Welche Information in welcher Sprache vorhanden ist, ist uneinheitlich. Teils lässt das Angebot auf eine Orientierung am tatsächlichen Sprachbedarf rückschließen, teils war es an den Sprachen der EU orientiert oder zumindest in den *high prestige* Sprachen wie Englisch und den Sprachen



der Romania vorhanden.<sup>26</sup>

Insgesamt gab es Materialien in: Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Kroatisch, Kurdisch, Litauisch, Niederländisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch, Tschetschenisch, Türkisch und Ungarisch; wobei die Materialien in unterschiedlichem Ausmaß in den unterschiedlichen Sprachen vorhanden waren.<sup>27</sup>

Manche Ambulanzen verwiesen auch auf anderssprachige Beschilderungen (Wegweiser), oder die Möglichkeit des Self-Check-ins mittels *E-Card*, bei dem andere Sprachen als Deutsch ausgewählt werden können. Seit April 2014 gibt es diese Automaten, welche beispielsweise an der Kinder- und Jugendheilanstalt des LKH-Graz (mit Deutsch, Englisch, Kroatisch und Türkisch) oder am LKH-West (mit Deutsch, Englisch, Französisch, Rumänisch, Russisch und Türkisch) die Wartezeit der Patient\_innen verkürzen und auch das allgemeine Ansteckungsrisiko vermindern sollen. Durch die Wahlmöglichkeit einer anderen Sprache erhöht sich die Funktionalität und der sprachlichen Vielfalt wird in der klinischen Alltagsrealität Rechnung getragen (vgl. Korb et al. 2015a:38).

Doch wie gestaltet sich der direkte Umgang mit anderssprachigen Patient\_innen? Wenn Patient\_innen mit geringen oder gar keinen Deutschkenntnissen im klinischen Kontext vorstellig werden, so tun sie dies zumeist mithilfe leicht zur Verfügung stehender Dolmetscher\_innen, um sich so selbst abzusichern – so auch in Graz. Im Alltag sind das zumeist Angehörige, insbesondere die eigenen mehrsprachigen Kinder oder mehrsprachige Kinder naher Verwandter. Es dolmetschen Geschwister, Neffen und Nichten, Cousinen und Cousins, Onkel und Tanten oder Partner\_innen. Wird keine Dolmetscher\_in mitgebracht, wird die Patient\_in oft dazu aufgefordert eine Person telefonisch zu kontaktieren, die für sie dann vor Ort kommt oder am Telefon dolmetscht, oder zufällig anwesende gleichsprachige Patient\_innen helfen sich gegenseitig. Viele der befragten Ambulanzen gaben an, über eine (im Intranet vorhandene) Liste mit Mitarbeiter\_innen, deren Fremdsprachkenntnissen und Durchwahl zu verfügen, die im Falle ebenso zu Dolmetschzwecken hinzugezogen würden. Die dolmetschende Person der Liste kann eine Mitarbeiter\_in der Klinik in jeder Position sein und verfügt daher nicht unbedingt über medizinisches Hintergrundwissen. In einer der befragten Ambulanzen wurden jedoch sogar extra Personen mit Kenntnissen des Bosnischen/Kroatischen/Serbischen, Türkischen und Ungarischen angestellt und in der Gehörlosenambulanz einer anderen Klinik ist die Kenntnis der Österreichischen Gebärdensprache gar Einstellungspflichtkriterium. Trotzdem kann durch derartige Maßnahmen der Sprachbedarf nicht gedeckt werden, denn die Zeitressourcen der mehrsprachigen Mitarbeiter\_innen sind ebenso begrenzt und sie können aufgrund ihres eigentlichen Arbeitspensums nicht allzeit verfügbar sein (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Laut Angaben der Ambulanzen wird, in Fällen wo dezidiert ein professioneller Dolmetschdienst in Anspruch genommen wird, zumeist auf das Dolmetschangebot des telefonischen Dolmetschdienstes *Sprache Direkt* zurückgegriffen, der, wie bereits erwähnt, Dolmetscher\_innen mit medizinischen Kenntnissen zur Verfügung stellt und rund um die Uhr erreichbar ist.

---

26 So hat das *Rote Kreuz* beispielsweise Booklets mit für ihre Arbeit wichtigen Piktogrammen zusammen mit wichtigen Phrasen in Albanisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Holländisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch und Ungarisch anlässlich der Fußball-EM (2008) anfertigen lassen, welche noch immer im Einsatz sind und sprachlich weiter ausgebaut wurden.

27 Sprachnennungen erfolgen hier alphabetisch, die Reihenfolge hat somit keine Aussagekraft im Hinblick auf das Ausmaß des Bedarfs oder des Vorhandenseins.

Soll ein Dolmetscher oder eine Dolmetscherin direkt anwesend sein, so werden Dolmetscher\_innen aus dem Dolmetschpool von ISOP<sup>28</sup>, OMEGA<sup>29</sup> und Zebra<sup>30</sup> hinzugezogen oder aber die Firma DDDr. Micolini beauftragt (vgl. Korb et al. 2015a:36).

*Sprache Direkt* wurde, wie bereits erwähnt, von dem Grazer Gynäkologen Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schöll ins Leben gerufen. In einem Interview mit Osr. Kobert (2011) zur Praxis an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Graz, schilderte jene die Handhabe wie folgt:

Unsere Erfahrungen sind insofern gut, da keine Wartezeit bis zur Ankunft eines Dolmetschers vor Ort entsteht. Speziell in den Ambulanzen zur Datenerhebung, Diagnosemitteilung, Aufklärung über kleine Operationen oder Untersuchungen wirkt sich das System positiv aus. Im Spät- und im Nachtdienst kann die Pflege problemlos über Verabreichung von Medikamenten, Pflegemaßnahmen (Verbandswechsel, Stillhilfe, Ernährung) usw. mit dem Patienten kommunizieren. Für solche kurzen Gespräche wird kein Dolmetscher in Person so spät angefordert. Auch eine Wartezeit bis zu einer dreiviertel Stunde z.B. für Stillanleitung ist nicht möglich. Wir haben versucht, uns mittels Zeichensprache und diversen Wortsatzlisten zu verständigen.

Es werden aber auch weiterhin Dolmetscher benötigt, die vor Ort mit den Patienten kommunizieren. Dolmetscher in Person werden zur Aufklärung vor Anästhesie und Radikaloperationen, Missbildungen in der Schwangerschaft und bei Gesprächen mit Sozialarbeitern angefordert. Bei diesen Gesprächen sind auch die nonverbale Kommunikation und Dokumentation wichtig. Manche Ärzte bestehen generell auf Dolmetscher in Person. Seitens der Patientinnen konnten bis auf zwei Rückmeldungen keine negativen Reaktionen beobachtet werden. Im Gegenteil, sie waren erstaunt und begeistert, dass diese Möglichkeit in der Klinik angeboten wird (Reithofer 2011:36).

Doch obwohl einigen Befragten die Problemaspekte des Dolmetschens durch Lai\_innen und Angehörige durchaus bewusst sind, und obwohl die Abteilung der Gynäkologie eine Vorreiter\_in auf dem Gebiet des Telefondolmetschens ist, wurde allgemein im Rahmen der Befragung von Korb et al. (2015) angegeben, dass das Hinzuziehen der professionellen Dolmetschdienste selten geschieht (Korb et al. 2015b:unveröffentlicht). So gab auch beispielsweise zum Zeitpunkt der Befragung nur eine Station an Dolmetschungen via Skype – Videotelefonie – versucht zu haben, dies jedoch aufgrund von Ablehnung seitens der Patient\_innen wieder eingestellt zu haben.

Infolge dolmetschen zumeist doch *ad hoc* Angehörige, da Dolmetscher\_innen nicht rasch genug vor Ort sein können, sich dieser Aufwand „nicht lohne“, oder jene nicht im gewünschten bzw. benötigten Zeitrahmen zur Verfügung stehen. In manchen Ambulanzen wird darauf geachtet, dass nur bei „einfachen“ Gesprächen, wie der Klärung des Lebensumfeldes der Patient\_in, Angehörige dolmetschen. In der Gynäkologischen Ambulanz des LKH-Graz beispielsweise wird das Dolmetschen durch Kinder generell nicht gestattet, denn gerade die Dolmetschungen durch Kinder bei geschlechtsspezifischen Themen wie Verhütung etc. oder durch das Dolmetschen durch männliche Angehörige insbesondere der Ehemänner, zeigen sich Problemlagen, die durch professionelle Dolmetscher\_innen ausgeschlossen werden können. Hinzuzufügen ist in diesem Zusammenhang auch die generelle Tendenz einer Präferenz von Dolmetscherinnen, die wiederholt geäußert wurde (vgl. Korb et al. 2015a:36). Können keine Begleitpersonen

28 **ISOP** - Innovative Sozialprojekte GmbH. ISOP ist eine interkulturelle, parteipolitisch unabhängige Nonprofitorganisation. (<http://www.isop.at/ueber-isop/leitbild/> [abgerufen am 15.02.2017])

29 **OMEGA** - Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration. OMEGA verfügt über einen Dolmetschpool "Brücken Bauen - Barrieren Überwinden" - Sprach- und Kulturmittlung im Bildungs-, Integrations- und Gesundheitsbereich. (<http://www.omega-graz.at/projekte/02-dolmetschpool.shtml> [abgerufen am 15.02.2017])

30 **ZEBRA** - Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum. ZEBRA wurde 1986 als Verein in Graz gegründet und begann 1987 mit seiner Arbeit. [...] ZEBRA ist eine gemeinnützige, überkonfessionelle und unabhängige Non-Profit-Organisation (NPO). (<https://www.zebra.or.at/cms/cms.php?pageName=35> [abgerufen am 15.02.2017])

dolmetschen und sind keine professionellen Dolmetscher\_innen in welcher Art auch immer (Telefondolmetscher\_in, Videodolmetscher\_in, Dolmetscher\_in vor Ort) verfügbar, wird auch in Ambulanzen mit höherem Bewusstsein der Problematik des Lai\_innendolmetschens auf vorhandenes mehrsprachiges Personal, oder zufällig anwesende Personen mit den entsprechenden Sprachkenntnissen zurückgegriffen oder gar, wie auf anderen Ambulanzen in Notsituationen nur mit stark vereinfachtem Deutsch, „mit Händen und Füßen“, der „Zeichensprache“ mit Gesten oder der Zuhilfenahme von Lexika oder Wörterbüchern kommuniziert und/oder Aufklärungsbögen mit Bebilderung verwendet. Jedoch können in diesen Modi keine Rückfragen der Patient\_in oder eine klare Feststellung des Verständnisses seitens der Ärzt\_in ermöglicht werden – die Qualität ist daher bedenklich oder höchst zweifelhaft (vgl. Korb et al. 2015a:36).

Laut Korb et al. (2015) zeigt sich aber auch, dass bereits zahlreiche Krankenanstalten bewusst aus diesen Gründen auf mehrsprachiges Personal Wert legen und mehrsprachige Bewerber\_innen bei gleicher Qualifikation bei Stellenneubesetzungen auf allen Ebenen des medizinischen Hauses bevorzugt werden. Einwände hierzu sind laut der Befragung von Korb et al. (2015) hauptsächlich organisatorischer Natur, da *Ad-hoc*-Dolmetscher\_innen für die Zeit der Dolmetschung ihren Arbeitsplatz verlassen müssen. Dennoch ist auch die Problematik der Fachsprache und der Spezialgebiete für Lai\_innen eine bekannte, die aufgrund mangelnder Ersatzoptionen jedoch als geringeres Übel pragmatisch hingenommen wird (vgl. Korb et al. 2015a: 35f.).

Im Rettungsdienst stellt mehrsprachiges Personal sogar die einzige Möglichkeit dar, mit nicht-deutschsprachigen Patient\_innen zu kommunizieren, da in Notsituationen keine Zeit für den Einsatz eines professionellen Dolmetschdienstes bleibt (Korb et al. 2015A:35).

Telefondolmetschdienste scheinen entweder nicht bekannt genug zu sein oder aber aus Gründen der Bevorzugung von Dolmetscher\_innen vor Ort oder einer fehlenden Wahrnehmung oder Leugnung der Notwendigkeit nicht in Anspruch genommen zu werden.

Hier zeigen sich jedoch klare Unterschiede in der Handhabung der verschiedenen Grazer Ambulanzen. Je nach Bewusstsein der Problematik und Folgen des Lai\_innendolmetschens wurden mehr oder weniger professionelle Dolmetscher\_innen hinzugezogen, wurden mehr Fortbildungen zu interkulturellen Themen besucht und angeboten, wurden andere Maßnahmen zur Verbesserung der Ärzt\_innen-Patient\_innenkommunikation in den Klinikalltag eingegliedert (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Korb et al. (2015) suchten auch die Herausforderungen im Hinblick auf anderssprachige, mehrsprachige Patient\_innen im klinischen Kontext zu verorten.

Eine bekannte und bereits genannte Problematik ist das Aufsuchen der Klinik mit „Notfällen“ die keine sind. Patient\_innen suchen die Klinik mit Problematiken auf, die bei niedergelassenen Ärzt\_innen ebenso gut aufgehoben wären bzw. von jenen behandelt gehören, da keine Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts oder komplexer Untersuchungen besteht, die nicht in einer Ärzt\_innenpraxis durchgeführt werden könnten. Dieses Phänomen tritt besonders häufig abends, nachts oder am Wochenende auf. Hier scheint es ein Informationsdefizit bezüglich des österreichischen Versorgungssystems zu geben, das niederschwellig und verständlich aufklärend zugänglich gemacht und verbreitet gehört. Informationen in anderen Sprachen bzw. leicht verständlichem Deutsch auch für die österreichische Bevölkerung, die gebündelt und logisch strukturiert *usability*-freundlich zugänglich gemacht werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde ebenso bestätigt, dass oft eine sehr hohe Erwartungshaltung gegenüber der (westlichen) Medizin und den Behandlungen besteht, der in Realität nicht entsprochen werden kann. Dadurch entsteht Unzufriedenheit und ein Ärzt\_innen-Hopping und Spitalwechseln, wodurch der Kranken im Endeffekt minder geholfen werden kann (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Eine weitere große Thematik laut Korb et al (2015) ist die der Kulturen, die im Rahmen dieser

Arbeit abgesehen von den Kulturmittlungsfähigkeiten professioneller Dolmetscher\_innen nicht behandelt wurde. Teils werden hier mehr Probleme gesehen als im Sprachaspekt der Kommunikation.

Hier geht es um Traditionen, um länder-, und kulturspezifische Praktiken für Kranke und von Kranken. In manchen Ländern sind Familien verpflichtet die Versorgung für die Kranke zu übernehmen und Essen in die Krankenanstalt zu bringen, da dort keine Speisung angeboten wird – wenn sie kein Essen bringt, ist sie eine schlechte Familie, auch in Österreich z.B.. Es geht auch um Konzepte von Gesundheit und Krankheit oder um den Wert von Familie. So werden Besuchszeiten nicht eingehalten bzw. große Scharen an Verwandten und Bekannten „belagern“ das Zimmer. Es geht um Verhaltensregeln im Falle einer Krankheit, um religiöse Praktiken und Differenzen – um die Notwendigkeit von Besinnungsräumen, um die Handhabung von Kreuzen im Krankenzimmer etc. und um gesellschaftliche Differenzen im Verhältnis von Mann und Frau. In besonders patriarchalen Kulturen ist es der Frau beispielsweise untersagt Deutsch zu sprechen und der Ehemann entscheidet alleinig und möchte beispielsweise die Aufklärung und Einverständniserklärung unterzeichnen (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Gerade im Bereich der Psychiatrie ist das Wissen um kulturelle Phänomene wie „Geister“, oder „das verflucht, verhext Sein“, „den bösen Blick abbekommen haben“ etc. wichtig um überhaupt abschätzen zu können, was zum Krankheitsverständnis und zu Erklärungsmodellen, kulturellen und religiösen Überzeugungen gehört und was Teil der möglichen Beeinträchtigung, Erkrankung ist. Hier nehmen einige Stationen/Kliniken bereits transkulturelle Fortbildungsseminare in Anspruch.

Andere wiederum sehen in der sprachlichen Kommunikation direkt die größte Herausforderung. Die Sorge um die Sicherheit der Patient\_innen, das Hinterfragen der Verantwortungsabgabe an ein dolmetschendes Kind, die Problematik mit Analphabet\_innen oder das Organisieren einer Sprach- und Kulturbarrierenbeseitigung oder Dolmetscher\_in vor Ort wurden hier genannt. Vermehrt gäbe es auch Probleme mit alten Menschen, die sich nicht mehr artikulieren können und anderssprachige Pfleger\_innen mit in die Klinik bringen, welche nicht ausreichend Deutsch können (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Wo sehen die Befragten Bedarf, welche Hilfestellungen im Bereich Sprache wären vonnöten? Laut Korb et al. (2015) bezeichneten einige grundsätzlich ein (professionelles) Dolmetschangebot als wertvoll, andere präferierten das Dolmetschen vor Ort, manche wünschten, fixe Dolmetscher\_innen wären im Haus angestellt, oder aber dass Dolmetscher\_innen über medizinisches Basiswissen verfügen (wie das im Telefondolmetschdienst *Sprache Direkt* der Fall ist) und in Form eines Dolmetschpools vorhanden wären. Besonders häufig wurde die Idee der Videodolmetschung als Chance der Bedarfsdeckung erwähnt und es wurde der Bedarf an mehr mehrsprachigem Personal laut.

Zudem wurde der Bedarf von anderssprachigen Informationsbroschüren mit Basisinformation zu häufigen Erkrankungen in anderen Sprachen als Deutsch, mehrsprachigen Hinweisen, Symboltafeln oder reinen Piktogrammen, Merkblättern, Infoblättern und Medikamentenbeipackzetteln etc. besonders in den Sprachen der Nachbarländer und den Sprachen der EU dargelegt. Auch eine bessere Vernetzung unter den Krankenhäusern zum Zwecke des Austauschs oder der Materialienweitergabe wurde angesprochen.

Genannt wurde auch der Bedarf an Fortbildungen zu den Themen transkulturelle Kompetenz und Diversität – über den Umgang mit Krankheit (physisch und psychisch) in den verschiedenen Kulturen. Sehr häufig wurde jedoch der Bedarf im Hinblick auf die Patient\_innen formuliert: Fundierte Deutschkenntnisse der Patient\_innen und Integration seien ein Problem in Graz, so die Devise. Auch kulturelle Aufklärung der Verwandten und Bekannten über Besuchszeitenregelungen, Essensversorgung im Krankenhaus etc. wären dringend erforderlich

(vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

So bestätigt sich die Annahme, dass das Problembewusstsein und die Einschätzung der eigentlichen Problemlage seitens des medizinischen Personals oft einseitig und zu kurz gedacht sind. Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch haben sich zu integrieren und die Landessprache zu erlernen, sprächen sie Deutsch, entstünden keine Missverständnisse und eine Dolmetschung wäre nicht mehr nötig. Graduierungen der Kenntnisse werden negiert, kulturelle oder religiöse Differenzen als Problem der „anderen“ wahrgenommen, welches durch Integration und Anpassung abgeschafft werden kann. Während die Realität diverser und komplexer ist, Sprachbarrieren durchlässig sind und längst nicht durch nicht vorhandene Deutschkenntnisse allein definiert werden können.

Trotzdem wurde oft in Zusammenhang mit Schwierigkeiten oder Herausforderungen das Problem des Kinderdolmetschens angesprochen. Kinder dolmetschen zu lassen, wird als problematisch wahrgenommen und zu vermeiden versucht. Ein Fall aus Graz hat vor Jahren die Thematik erneut aufgebracht und zu einem Versuch einer Regelung geführt: Ein 13-jähriger Junge wurde nachts geweckt, um mit einer Nachbarin ins Krankenhaus zu fahren. Da sein Deutsch unter den Menschen in der näheren Umgebung am besten war, sollte er für sie dolmetschen. Im Krankenhaus wurde der Junge kurz nach der Ankunft ohnmächtig, sodass nach Beenden der Untersuchung die Nachbarin nach Hause fuhr und der Junge im Krankenhaus behalten wurde.

Für Graz hat dieser Fall zu einer Vereinbarung zwischen den CARITAS-Flüchtlingsheimen und betreuenden NGOs geführt, die besagt, dass keine Kinder unter 16 Jahren zu Dolmetschzwecken ins Krankenhaus mitgenommen werden dürfen. In der Praxis wird das aber nach wie vor nicht umgesetzt. So wird versucht den Eltern oder Erwachsenen zu sagen, dass Kinder in der Klinik nicht als Dolmetscher\_innen akzeptiert werden – was in wenigen Fällen tatsächlich der Fall ist (vgl. Rajič 2006: 153f. & vgl. Schwentner 2004).

Allgemein kann gesagt werden, dass Graz im Umgang mit Mehrsprachigkeit in der Klinik keinerlei Sonderstellung im europäischen Vergleich hat. Sprachvielfalt und Umgang sind trotz der Einzelinitiativen für alle Beteiligten problematisch. Für die dolmetschenden Angestellten, die ihren Arbeitsplatz verlassen müssen; für die dolmetschenden Angehörigen, die den Belastungen der Situation ausgesetzt werden; für die Patient\_innen, deren Gesundheit einer zufälligen Dolmetschqualität ausgesetzt sind; und für die behandelnden Ärzt\_innen, deren Rechtssicherheit durch die Handhabe bedroht ist.

Liegt es nur an der prekären Informationslage der Patient\_innen, liegt es an der geringen Sprachabdeckung der Dolmetschdienstleister\_innen, liegt es am fehlenden Problembewusstsein? Im Eingangskapitel II *Informationszugang* wurde die Informationsproblematik und deren Folgen kurz umrissen, darauf aufbauend soll nun der genannte Sprachbedarf mit den Sprachausbildungsmöglichkeiten für professionelle Dolmetscher\_innen abgeglichen werden.

#### **4.7.2 Bedarf und Dolmetschausbildung**

Der Vergleich der Sprachangebote der drei Universitäten Österreichs mit Translationsausbildung mit dem spezifischen Bedarf in Graz soll veranschaulichen, dass Bedarf und Angebot sich nicht decken. Die Daten des Bedarfs wurden im Rahmen der Untersuchungen von Korb et al. (2015) durch semi-strukturierte, qualitative Interviews erhoben und sind mit Vorbehalt zu betrachten, da sie nur die persönliche Wahrnehmung und Einschätzung der Interviewten wiedergeben. Daten über den Bedarf werden meist nicht systematisch erhoben oder schriftlich festgehalten, Dolmetsch-Bedarf entsteht situationsbezogen und wird auch situationsbezogen gelöst. Dennoch fließen Beobachtung von wiederkehrenden Sprachbedarfen in die langfristige Lösungsstrategiesuche – so es eine gibt – mit ein und die Nennung des Sprachbedarfs zeigt daher die Erfahrungswelt der Informant\_innen (vgl. Korb et al. 2015a:64f.).

Um eine Annäherung an den tatsächlichen Sprachbedarf zu schaffen, fasse ich in der folgenden Tabelle unter „Bedarf“ hier die Angaben zu „Sprachen der Patient\_innen, Sprachen, für die eine Dolmetscher\_in angefordert wurde und die Angaben des Dolmetschpools zu Sprachen der Dolmetscheinsätze zusammen; „\*“ zeigt das Angebot der Universität Innsbruck, welches deckungsgleich mit einem Teil des Grazer Angebotes ist (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht). Für die Daten der Studienangebote wurden die Webseiten der Universität Wien, Graz und Innsbruck konsultiert (vgl. <https://translationswissenschaft.uni-graz.at/de/studieren/studienangebot-am-itat/ba-transkulturelle-kommunikation/>; [http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no\\_cache=1](http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no_cache=1) & <https://transvienna.univie.ac.at/studium/allgemeines-zum-studium/sprachen/> [abgerufen am 01.01.2017]).

<b>GRAZ/ *Innsbruck</b>	<b>WIEN</b>	<b>BEDARF</b>
Deutsch*	Deutsch	
		Afghanisch
		Albanisch
Arabisch		Arabisch
		Armenisch
Bosnisch/Kroatisch/Serbisch	Bosnisch/Kroatisch/Serbisch	Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
		Bulgarisch
		Chinesisch
		Dari
Englisch*	Englisch	Englisch
		Farsi
Französisch*	Französisch	Französisch
Gebärdensprache		
Italienisch*	Italienisch	Italienisch
		Kurdisch
		Mongolisch
		Paschtu
	Polnisch	
	Portugiesisch	
		Ruandesisch
	Rumänisch	Rumänisch
Russisch*	Russisch	Russisch
Slowenisch		
		Somali
Spanisch*	Spanisch	Spanisch
	Tschechisch	Tschechisch
		Tschetschenisch
Türkisch		Türkisch
Ungarisch	Ungarisch	Ungarisch
	Chinesisch <sup>31</sup>	
	Japanisch <sup>31</sup>	

*Tabelle 6: Das österreichische Dolmetschausbildungsangebot und der Sprachbedarf in Graz*

31 Kein BA-Studium, nur MA-Studium mit Schwerpunkt Fachübersetzen vgl. [http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no\\_cache=1](http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no_cache=1) [abgerufen am 01.01.2017]).

Andere Bedarfsnennungen sind allgemeiner gehalten, Bedarf besteht demnach auch für slawische Sprachen, Sprachen der Nachbarländer, bis hin zu Sprachen der EU und für afrikanische Sprachen (inkl. Kulturdolmetschfähigkeiten) im LSF Graz (vgl. Korb et al. 2015b:unveröffentlicht).

Was das Ausbildungsangebot betrifft, ist beispielsweise an der Universität Wien zusätzlich das Studium einer einzelnen Philologie wie beispielsweise: Ägyptologie, Afrikawissenschaften, Dutch Language, Literature and Culture in a Central Europe, Fennistik, Koreanologie, Niederlandistik, Orientalistik, Skandinavistik und Sprachen und Kulturen Südasiens und Tibets möglich (siehe Studienangebot der Universität Wien [http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no\\_cache=1](http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no_cache=1) [abgerufen am 01.01.2017]). Im Zuge dieser Studien werden auch Sprachkenntnisse unterschiedlichen Niveaus erworben, jedoch keine spezielle Dolmetschschulung. Personen mit „besonderen“ Sprachkenntnissen wären somit ebenso Lai\_innen wenngleich mit Kultursensitivität im Bezug auf eine Dolmetschleistung.

Bedarf und Ausbildungsangebot der Universitäten sind nicht für das Dolmetschen im Kommunalbereich abgestimmt. Es zeigt sich, dass die *high prestige* Sprachen (wie Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch) im Angebot mannigfaltig enthalten sind – sprich eine große Anzahl an Dolmetscher\_innen werden für diese Sprachen ausgebildet – Bedarf ist jedoch für noch ganz andere Sprecher\_innen-Gruppen vorhanden.

Das Problem des Kommunaldolmetschbereichs ist, dass das Kommunaldolmetschen zwar in den letzten Jahren an wissenschaftlicher Beachtung zugenommen hat, die Wahrnehmung der Mehrheitsbevölkerung und Ausrichtung auf die westliche Welt und Kommunikation mit deren Vertreter\_innen in jenen Sprachen jedoch weiterhin im Zentrum steht. Das fehlende Ausbildungsangebot in den weniger prestigeträchtigen Sprachen wird als Nischenproblem angesehen und der veränderten Realität des Bedarfs erst langsam nach Jahren im Angebot der Ausbildungen Rechnung getragen.

Immer wieder zu thematisieren ist jedoch die Größe der Sprecher\_innengruppe, denn nach ihr wird der Bedarf gewichtet. Sind Sprecher\_innengruppen zahlenmäßig gering oder geographisch stark verstreut, wird ihr Bedarf als nachrangig, bzw. sekundär gehandelt und jene Sprecher\_innen sind vermutlich langfristig auf eine mindere Dolmetschqualität verbunden mit den daraus entstehenden Risiken angewiesen.

An der Universität Graz wird seit Anfang 2016 ein einjähriger Universitätslehrgang bestehend aus 2 Semesterkursen – Basis und Aufbaukurs – zum Kommunaldolmetschen angeboten. Aufgrund fehlender Finanzierung müssen Interessent\_innen derzeit jedoch selbst für die Kosten dieser Aus- oder Weiterbildung (insges. 1.700 Euro) aufkommen. Voraussetzung ist keine Ausbildung, aber ein Sprachniveau Kompetenzniveau B2 nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen* (GeRS), das mittels kommissioneller Sprachbeherrschungsprüfung – auch durch Prüfer\_innen aus dem Ausland – überprüft wird. Hier ist es also möglich einen gewissen Grad an Professionalisierung zu erwerben. Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch und einem Sprachniveau von B2 in beiden Sprachen können daher aus dem Lai\_innenstatus in einen Status der Kommunaldolmetscher\_in kommen. Dies ermöglicht, dass am Markt zu den oben genannten Sprachen noch andere, weniger geläufige Sprachen abgedeckt werden können. Finanzierung und Sprachniveau können hier jedoch eine Hürde darstellen (vgl. <http://www.uniforlife.at/sprachen/detail/kurs/kommunaldolmetschen-basiskurs-grundlagen-und-basiskompetenzen/> [abgerufen am 16.02.2017] und [http://www.uniforlife.at/news/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=109&cHash=8920a467a0758153634121fed774519d](http://www.uniforlife.at/news/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=109&cHash=8920a467a0758153634121fed774519d) [abgerufen am 16.02.2017]).



## V Ethische Diskussion

Im vorliegenden Schlusskapitel sollen nun die in Kapitel IV diskutierten möglichen Handlungsoptionen auf eine moralisch für den klinischen Alltag zu bevorzugende Sprachbarrierenlösung hin geprüft werden.

Zu diesem Zwecke sollen die ethischen Aspekte aufgrund ihrer Diversität und Komplexität mittels einer prinzipienethischen Abwägung analysiert werden. Der prinzipienorientierte Ansatz wurde von den Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress im Jahre 1979 entwickelt und sucht, statt wie andere ethische Theorien auf ein einziges oberstes Moralprinzip zu fokussieren, mehrere weithin akzeptierte oder akzeptanzfähige „mittlere“ Prinzipien in den Blickpunkt zu nehmen. Mittlere Prinzipien sind konsensfähige alltägliche moralische Überzeugungen, die im Zuge eines Prozesses der Interpretation, Konkretisierung und Gewichtung rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden können und solange gültig und verpflichtend sind, als sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren (vgl. Marckmann 2015:10ff.).

Für den medizinischen Bereich rekonstruierten Beauchamp und Childress (1979) folgende vier Prinzipien moralischen Handelns im klinischen Alltag: 1. Das Prinzip des Wohltuns oder Nutzens (*beneficence*); 2. das Prinzip des Nichtschadens (*nonmaleficence*); 3. das Prinzip des Respekts der Autonomie (*respect for autonomy*) und 4. das Prinzip der Gerechtigkeit (*justice*) (vgl. Beauchamp & Childress 2013:*passim*):

### 1. Das Prinzip des Wohltuns/Nutzens:

Das Prinzip des Wohltuns und Nutzens besagt, dass Ärzt\_innen und das medizinische Personal verpflichtet sind, die Patient\_in bestmöglich zu unterstützen und ihr Wohlergehen zu fördern. Hierzu zählt die Pflicht zur Behandlung von Krankheiten, die Pflicht zum Mindern des Leides, die Pflicht des Verbesserns oder Erhaltens der Lebensqualität und die Pflicht zur Prävention von Erkrankungen und deren Folgen. Das Handeln soll dabei „im besten Interesse“ der Patient\_in sein.

### 2. Das Prinzip des Nichtschadens:

Kurzgefasst bedeutet dieses Prinzip, dass der Patient\_in kein Schaden zugefügt und sie nicht in Gefahr gebracht werden darf. Diese Negativpflicht der Unterlassung schädigender, fahrlässiger oder unzumutbarer Handlungen, ist auch in den verfassungsrechtlich verankerten Menschenrechten wiederzufinden (vgl. Art. 2. Recht auf Leben, Art. 3. Verbot der Folter und Art. 5. Recht auf Freiheit und Sicherheit; in: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000308> [abgerufen am 22.02.2017]).

3. Das Prinzip des Respekts der Autonomie: Das Prinzip der Achtung der Patient\_innen-Autonomie liegt in der Annahme begründet, dass jeder Mensch das Recht auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit seinen Körper und sein Leben betreffend hat. Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen müssen berücksichtigt werden und die Patient\_in darf nicht durch Zwang oder manipulativer (negativer) Einflussnahme in ihrer Freiheit beschränkt werden. In einer aktiven Formulierung des Prinzips, muss die Patient\_in zudem zur Wahrung ihrer Autonomie eine Förderung ihrer Entscheidungsfähigkeit und Hilfe bei der Entscheidungsfindung erhalten. Dies geschieht im Zuge des Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gesprächs durch Information und Aufklärung. Insbesondere im Rahmen des partnerschaftlichen Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehungsmodells und der Entscheidungsfindung mittels *informed consent*, kommt dies zum tragen.

4. Gerechtigkeit: Das Prinzip der Gerechtigkeit erfordert eine faire und gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen auf alle Patient\_innen. Trotz eines Konsenses darin, dass Gerechtigkeit erstrebenswert und bedeutsam ist, lässt sich schwer festmachen wie Gerechtigkeit in der

Gesundheitsversorgung konkret auszusehen hat. Als richtungsweisend kann der Grundsatz „Gleiche Fälle müssen gleich behandelt werden und verschiedene Fälle nur insofern verschieden, als sie moralisch relevante Unterschiede aufweisen.“ genannt werden. Offen bleibt jedoch, was moralisch relevante Unterschiede sind (vgl. Marckmann 2015:12). Dies bedeutet in Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen unterschiedlicher Erstsprache auch, dass die Patient\_in mit anderer Erstsprache gleich behandelt werden muss, wie eine deutschsprachige Person ohne Sprachbarriere – gleicher Zugang zu gleichwertigen Gesundheitsleistungen muss gewährleistet werden.

Diese vier Prinzipien bieten die Möglichkeit einer allgemeinen ethischen Orientierung. Es gibt keine Hierarchie, die Prinzipien sind als gleichwertig und *prima facie* gleichermaßen verbindlich zu betrachten. Im Einzelfall müssen die so formulierten Prinzipien nun in Hinblick auf mögliche konfligierende Aspekte analysiert, interpretiert bzw. gewertet und infolge gewichtet werden (vgl. Marckmann 2015:12).

Um die ethische Prinzipienabwägung in Bezug auf die Thematik dieser Arbeit durchzuführen, soll die Analyse ähnlich dem Falldiskussionsschema von Marckmann & Mayer (2009:2) erfolgen: Zu Beginn steht die Leitfrage: „Zu welcher Handlung sind wir einer konkreten Situation moralisch verpflichtet?“. Diese Frage soll durch 1.) eine Analyse der Handlungsoptionen und deren möglichen Ergebnissen und (2) der Bewertung dieser Handlungsoptionen im Hinblick auf die Konflikte mit oder unter den genannten vier Prinzipien ergründet werden. Sodann folgt die Synthese: Die Handlungsoptionen werden auf ihr Konfliktpotential im Hinblick auf die vier Prinzipien geprüft. Dann erfolgt eine Reihung der Handlungsoptionen nach ihrem Konfliktpotential und den damit verbundenen potentiellen Pflichtverletzungen wider die Beteiligten. Im Zuge dessen können sich eine oder mehrere moralisch verpflichtende Optionen hervortun, die es zu implementieren gilt.

## 5.1 Analyse

Es folgt nun Schritt (1), die Analyse der Handlungsoptionen im Falle einer Sprachbarriere zwischen Ärzt\_in und Patient\_in im klinischen Kontext. Für die Darstellung wird hier keine konkrete Fallbesprechung durchgeführt, sondern zur strategischen Lösungsorientierung der Versuch einer allgemeineren Darstellung unternommen.

(1) Analyse der Handlungsoptionen: Welche Handlungsoptionen bestehen überhaupt? Was sind die (erwarteten) Ergebnisse jeder dieser Handlungsoptionen?

Ad (1) – Beschreibung der (allgemeinen) Ausgangslage und Analyse der Handlungsoptionen:

Eine Patient\_in mit anderer Erstsprache als Deutsch kommt in die Klinik. Im Zuge des Erstgesprächs wird klar, dass es Sprachbarrieren in der Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal, der Ärzt\_in und der Patient\_in gibt. Für das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages und für eine Behandlung ist das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch – die Anamnese, Diagnose, Aufklärung und Einwilligung – jedoch unabdingbar. Wie soll nun mit der Situation, dem Dilemma der Notwendigkeit einer Kommunikation und dem Fehlen einer gemeinsamen Sprache auf hohem Niveau und somit der Kommunikationsmöglichkeit in diesem Kontext umgegangen werden? Es folgt die Suche nach einer Möglichkeit eine gelingende Kommunikation zu schaffen und eine Behandlung der Kranken zu ermöglichen.

In der folgenden Tabelle 7 – *Analyse der Handlungsoptionen* finden sich die in Kapitel IV identifizierten Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Situation; die Beschreibung der Handlungsoptionen; eine Beschreibung der Kosten, des Aufwands & der Qualität der Handlungsoption, sowie mögliche Folgen für die Beteiligten. Ebenso beinhaltet sind bereits die in Schritt (2) eruierten Ergebnisse einer prinzipienorientierten Analyse der Handlungsoptionen.

Handlungsoptionen sind demnach das Unterlassen der Behandlung und Verschieben auf einen späteren Zeitpunkt, an dem eine der anderen genannten Optionen zur Verfügung steht. Die Kommunikation ohne Dolmetscher\_in, die Kommunikation mit einer Lai\_innendolmetscher\_in und die Kommunikation mit einer professionellen Dolmetscherin vor Ort oder *remote, via* Telefon oder Videokonferenz.

<b>Handlungsoption</b>	<b>Kosten, Aufwand, Verfügbarkeit &amp; Qualität</b>	<b>Mögliche Folgen für die Patient_in</b>	<b>Mögliche Folgen für das medizinische Personal</b>	<b>Mögliche Folgen für Dritte</b>	<b>Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber der Patient_in</b>	<b>Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber Dritten</b>
1 keine Versorgung, Terminverschieben	keine Dolmetschkosten, erhöhter Zeitaufwand der Patient_in, Folgesituation: eine der unten genannten Varianten bei einem Folgetermin	leichte-schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit; Autonomie	fallabhängig
2 „mit Händen und Füßen reden“, anderssprachige Materialien	keine Dolmetschkosten; einmalige Materialerstellungskosten & geringe Materialkosten; Zugänglichkeit zu den anderssprachigen Materialien muss gewährleistet sein; geringste Dolmetschqualität – unzureichend	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	Gerechtigkeit
3.1 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: medizinisches Personal	keine zusätzlichen Kosten für die Dolmetschtätigkeit; einmaliger Aufwand der Spracherhebung und Informationsimplementierung in den Klinikalltag; Verfügbarkeit begrenzt nach Zeitressourcen des Personals; Qualität der Dolmetschung – „mittelmäßig“	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	Gerechtigkeit

<b>Handlungsoption</b>	<b>Kosten, Aufwand, Verfügbarkeit &amp; Qualität</b>	<b>Mögliche Folgen für die Patient_in</b>	<b>Mögliche Folgen für das medizinische Personal</b>	<b>Mögliche Folgen für Dritte</b>	<b>Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber der Patient_in</b>	<b>Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber Dritten</b>
3.2 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: Allgemeinbedienstete	kein Kostenmehraufwand für Dolmetschtätigkeiten; Listenerstellungsaufwand; Zeitaufwand der dolmetschenden Person, Verfügbarkeit auf die Präsenz jener begrenzt; unzureichende Dolmetschqualität	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Wohltun & Nichtschaden; Autonomie; Gerechtigkeit	Gerechtigkeit; Wohltun & Nichtschaden
3.3 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: mehrsprachige Verwandte	keine Kosten für die Dolmetschtätigkeit; Zeitaufwand der dolmetschenden Person; leicht verfügbar; unzureichende Dolmetschqualität	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit
3.4 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: mehrsprachige Kinder bis 18 Jahre	keine Kosten für Dolmetschleistung; Zeitaufwand der Kinder; leicht verfügbar; unzureichende Dolmetschqualität	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit; Autonomie
3.5 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: andere	keine Kosten für die Dolmetschleistung; Zeitaufwand der dolmetschenden Person; zufällig verfügbar; unzureichende Dolmetschqualität	leichte – schwere Folgen	schwere Folgen	leichte-schwere Folgen	Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	Gerechtigkeit

Handlungsoption	Kosten, Aufwand, Verfügbarkeit & Qualität	Mögliche Folgen für die Patient_in	Mögliche Folgen für das medizinische Personal	Mögliche Folgen für Dritte	Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber der Patient_in	Betroffene Prinzipien: Verpflichtungen gegenüber Dritten
4 Hinzuziehen von professionellen Kommunaldolmetscher_innen vor Ort	Dolmetschkosten; Zeit und Organisationsaufwand; nicht uneingeschränkt (im Sinne von Zeit und Sprachangebot) verfügbar; Qualität – sehr gut	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine	keine
5.1 Nutzung der Remote-Variante: professioneller Telefondolmetschdienst	ger. Dolmetschkosten; technischer Aufwand; durchgängig verfügbar (nicht für Therapien geeignet); große Sprachauswahl mögl.; Dolmetschqualität – gut	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine	keine
5.2 Nutzung der Remote-Variante professioneller Videodolmetschdienst	ger. Dolmetschkosten; technischer Aufwand; durchgehend verfügbar; große Sprachauswahl mögl.; Dolmetschqualität – sehr gut	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine neg. Folgen	keine	keine

Tabelle 7: Analyse der Handlungsoptionen

#### Erläuterung zu Tabelle 7:

**Kosten-, Aufwands- und Verfügbarkeitsinformationen** wurden den Resultaten der im Rahmen dieser Arbeit in Kapitel IV angeführten empirischen Untersuchung entnommen.

Die Einschätzung und Bewertung der **sprachlichen Dolmetschqualität** erfolgte anhand der ebenso in Kapitel IV elaborierten Aspekte einer professionellen Dolmetschung unter Berücksichtigung des genannten Forschungsstandes und den Zufriedenheitsskalen diverser dolmetschwissenschaftlicher Studien. Tabelle 8 – *Bewertung der Dolmetschqualität* dient der Demonstration und Offenlegung der Bewertungskriterien, sowie deren Zuordnung und Interpretation:

<b>Dolmetschart:</b>	<b>professionelle Dolmetscher_in vor Ort</b>	<b>professionelle Dolmetscher_in via Video</b>	<b>professionelle Dolmetscher_in via Telefon</b>	<b>Lai_innendolm.: medizinisches Personal</b>	<b>Lai_innendolm.: Allgemeinbedienstete</b>	<b>Lai_innendolm.: Bekannte, Fremde</b>	<b>Lai_innendolm.: Verwandte</b>	<b>Lai_innendolm.: Kinder</b>
<b>Prof. Dolmetsch-Fähigkeiten:</b>								
Neutralität	ja	ja	ja	ja	ja	mögl.	nein	nein
Schweigepflicht	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Koordinationskompetenz	ja	ja	ja	mögl.	nein	nein	nein	nein
Institutionelles Hintergrundwissen	mögl.	mögl.	mögl.	ja	mögl.	nein	nein	nein
Medizinisches Hintergrundwissen	mögl.	mögl.	mögl.	ja	nein	nein	nein	nein
Sprachbeherrschung in Wort und Schrift	ja	ja	ja	mögl.	mögl.	mögl.	mögl.	graduell mögl.
Beherrschung von professionellen Dolmetschtechniken	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Paraspr. & prosod. Wissen	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Interkulturelle Kompetenzen	ja	ja	ja	mögl.	mögl.	mögl.	mögl.	graduell mögl.
Paratranslat. Aufgaben	ja	ja	ja	mögl.	nein	nein	nein	nein
<b>BEWERTUNG</b>	sehr gut	sehr gut	sehr gut	„mittelmäßig“	unzureichend	unzureichend	unzureichend	unzureichend

*Tabelle 8: Bewertung der Dolmetschqualität*

**Erläuterung Tabelle 8 – Bewertung der Dolmetschqualität:** waren von den 10 genannten Qualitätskriterien 10-8 positiv (ja), wurde die Dolmetschqualität in Bezug auf die Barrierenbeseitigung als sehr gut bezeichnet; waren 8-6 positiv – wurde sie als gut bezeichnet; waren 6-4 positiv – ist sie mittelmäßig und waren 4-0 positiv, kann von einer unzureichenden Qualität gesprochen werden.<sup>32</sup>

So wurden professionelle Dolmetschmethoden generell mit einer sehr guten Dolmetschqualität bewertet. Die Dolmetschqualität der Lai\_innen kann nun ebenso gemessen nach bereits genannten, qualitätsbezogenen Vor- und Nachteilen gereiht werden: Vorteil des medizinischen Personals ist das Wissen um klinikinterne Strukturen, die Kenntnis der Fachbegriffe in zumindest einer der beherrschten Sprachen, Schweigepflicht und emotionale Distanz. Nachteile ergeben sich aus der fehlenden Dolmetschausbildung und den für Lai\_innen typischen Fehlern/Problemen im Dolmetschprozess. Die Qualität kann daher als die beste der Kategorie Lai\_in bezeichnet werden, erhält aber wegen der potenziellen Gefahren von Dolmetschfehlern, aufgrund der fehlenden (professionellen) Dolmetschfähigkeiten und dem bestehenden Risiko solcher, ein „mittelmäßig“. Allgemeinbedienstete verfügen meist über einen geringeren Bildungsgrad, haben keine medizinische Sachkenntnis, sind jedoch vor Ort verfügbar und neutral. Aufgrund der nicht abschätzbaren, zufälligen Dolmetschqualität und den möglichen schweren Folgen für die Patient\_in, kann diese Dolmetschung generell als *unzureichend* für den sensiblen Bereich Medizin bezeichnet werden. Die Anwesenheit von Bekannten oder Fremden deckt nur einen minimalen Prozentsatz der Dolmetschleistungen und ist gleich der Dolmetschqualität von Allgemeinbediensteten (Krankenhausangestellten) als *unzureichend* einzustufen. Die Problematiken der Involviertheit, der fehlenden Fachkenntnis, der Belastung, des fehlenden Schutzes der Privatsphäre etc., welche die Dolmetschqualität negativ beeinflussen, begründen eine nicht nur sprachlich schlechte Dolmetschqualität bei Dolmetschungen durch Verwandte. Kinder als Dolmetscher\_innen einzusetzen ist im Hinblick auf die Dolmetschqualität ebenso nachteilig für alle Beteiligten. Kinder leben je nach Alter in einer anderen lebensweltlichen Realität, verstehen gewisse Konzepte (noch) nicht, können Fachbegriffe schwer deuten oder in eine andere Sprache übertragen und sind aufgrund der familiären Bindung emotional stark involviert; diese und weitere Überforderungspotentiale beeinträchtigen die Dolmetschqualität massiv. So ist die Dolmetschqualität auch hier als unzureichend im Hinblick auf gelingende Kommunikation und eine gute Überbrückung von Sprachbarrieren in der Klinik zu bezeichnen.<sup>33</sup>

Die **Folgen einer schlechten, unzureichenden Dolmetschqualität**, können (aufgrund der Probleme bei Anamnese, Diagnose, Aufklärung und Einwilligung) eine Unter-, Über oder Fehlversorgung der **Patient\_in** sein. Je nach Ausgangslage und Erkrankung ist der Gesundheitszustand der Patient\_in dabei in Folge gleichbleibend schlecht oder er verschlechtert sich. So kann es unter anderem zu einer minderen Lebensqualität aufgrund einer verzögerten Genesung, einem zeitlich verlängerten Schmerzzustand, einer Chronifizierung der Erkrankung; zu Folgeerkrankungen; oder aber zu zu irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen bis hin zum Tode kommen. Ohne Diagnose – und das Ärzt\_innen-Patient\_innen-Gespräch ist ein wichtiger

---

32 Unabhängig von der Qualität ist die *Verfügbarkeit* und *Sprachabdeckung* bzw. *Anwendbarkeit* zu bewerten: Videodolmetschdienste und Telefondolmetschdienste können einen großen Sprachbedarf decken und sind rund um die Uhr verfügbar; Dolmetscher\_innen können nicht immer vor Ort sein und auch Lai\_innen sind nicht immer verfügbar. Das Telefondolmetschen hat denn Nachteil, dass es nicht in jeder Situation angewandt werden kann. Einzig das Videodolmetschen hat in Bezug auf Verfügbarkeit in jeder Dimension Vorteile.

33 Die Bewertung der Dolmetschfähigkeit und Dolmetschqualität erfolgt hier dezidiert für den medizinischen Bereich. Wie bereits erwähnt ist die Kommunikation im Alltag weniger komplex, weniger fachsprachenlastig und mit geringeren Folgen für Fehler behaftet; die Dolmetschqualität im Alltag kann daher von den hier getroffenen Qualitätsbeschreibungen divergieren. Ein Mehrwert der Mehrsprachigkeit ist daher für die Alltagswelt durchwegs anzunehmen.



Teil des diagnostischen Verfahrens – ist der Schweregrad der konkreten Folgen jedoch nur vage im Vorfeld bestimmbar. Für diese allgemeine Auswertung sei daher eine Skala möglicher Folgen von *keine zu erwartenden (neg.) Folgen/* oder anders formuliert *positiven Folgen* aufgrund funktionierender Kommunikation und *möglichen leichten bis schweren negativen Folgen* für die Gesundheit der Patient\_in angenommen, die im konkreten Beispiel adäquat eingeschätzt werden müssen. Die schwerste negative Folge wäre der Tod. Negative Folgen sind jedoch auch die fehlende Möglichkeit einer freien, informierten Entscheidungsfindung und Einwilligung seitens der Patient\_in – da aufgrund der Informations-, oder Informationsqualitätsdefizite die Autonomie der Patient\_in nicht gegeben ist. Die derzeitige medizinische Versorgung und Versorgungsqualität von Menschen anderer Erstsprache hängt also vom Zufall, der zufällig guten oder schlechten Qualität der Dolmetschung aufgrund einer bestimmten Dolmetschvariantenwahl ab. Daraus folgt für die Gleichbehandlung, dass es hier zu einem Verstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip kommt. Doch auch die Autonomie wird durch fehlende Information stark beschränkt oder gar missachtet. Ebenso die Prinzipien des Wohltuns & Nichtschadens, da anderssprachigen Patient\_innen nicht die Fürsorge zukommt, die sie benötigen.

Auch in Bezug auf die möglichen Folgen für die Lebensqualität und physische & psychische Gesundheit **Dritter** sei diese Skala angenommen. *Leicht negative Folgen* wären beispielsweise der vermehrte Zeitaufwand oder die zusätzliche Arbeitsleistung für die dolmetschende Lai\_in; *stark negative Folgen* wären beispielsweise gravierende Folgewirkungen einer Fehlversorgung und die Auswirkungen einer solchen auf die Lebensqualität der Familienmitglieder von Betroffenen, oder ein erhöhter Stress und verminderte Lebensqualität aufgrund von Überlastung und daraus folgenden Erkrankungen bei dolmetschenden Dritten. Insbesondere eine Retraumatisierung von Kindern und andere Belastungsfolgen in Bezug auf die Entwicklung des vulnerablen Kindes sind als *stark negativ* einzustufen. Aber auch Folgen für die Gesundheitsversorgung anderer Patient\_innen seien zu nennen. Unnötiger Ressourcenverbrauch aufgrund fehlender Informationen auf Ärzt\_innenseite kann gerade bei knappen Ressourcen Gerechtigkeitsfragen aufwerfen, da andere Patient\_innen diese Ressourcen ebenso benötigen und durch ein Fehlen jener zu Schaden kommen.

Auch die Folgen für die **Ärzt\_in** oder das medizinische Personal müssen mitbedacht werden: ohne eine geeignete Verständigung kann und darf keine Behandlung nach derzeitigem Recht stattfinden. Anamnese, Diagnoseerstellung, Aufklärung und Einwilligungseinholung sind ohne eine gute, möglichst fehlerfreie Dolmetschung nicht möglich. Folgen können keine Möglichkeit der Ausübung der Berufspflichten; oder bei fehlender oder fehlerhafter Ausführung Klagen und hohe Strafen für Delikte wie unterlassene Hilfeleistung, leichte bis schwere Körperverletzung oder fahrlässige Tötung sein. Im Falle von gravierenden negativen Folgen und einer Klage kommen daher hohe finanzielle Schäden für die Ärzt\_in bzw. die Krankenanstaltsträger\_in in Betracht. Insgesamt sind mögliche Folgen für das medizinische Personal daher als *schwer* einzustufen und in der oben angeführten Tabelle unter einer „Wenn-Dann-Prämisse“ zu sehen: wenn es negative Folgen gibt, sind diese meist schwerwiegend. Idealerweise wird bei *gelingender* Kommunikation daher von *keinen negativen Folgen* für die Ärzt\_in ausgegangen.

## 5.2 Bewertung

(2) Bewertung der Handlungsoptionen: Mit welcher Handlungsoption erfüllen wir unsere ethischen Verpflichtungen am besten?

Ad (2): Bewertungsmaßstab sind die vier medizinethischen Prinzipien. Sie definieren den Gehalt der ethischen Argumente und mittels einer diesbezüglichen Analyse kann die ethische Begründung der Entscheidung für oder wider eine Handlungsoption erfolgen. Zuerst muss jedoch geklärt werden inwieweit welche Prinzipien betroffen und welche ethischen Verpflichtungen gegenüber der Patient\_in und gegenüber Dritten (anderen Patient\_innen, Dolmetscher\_innen, Familienmitglieder, der Gesellschaft) eine Rolle spielen bzw. möglicherweise verletzt werden können.

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 1 – zunächst keine Behandlung:**

Aufgrund der Verpflichtungen der Ärzt\_in der Patient\_in gegenüber, wird bei dieser Handlungsoption das Prinzip des *Wohltuns* & des *Nichtschadens* klar missachtet; die Patient\_in erhält keine Behandlung und wird potentiell Gefahren und Risiken sowie deren Folgen durch eine Nicht-Behandlung ausgesetzt. Auch das Prinzip der *Gerechtigkeit* wird gebrochen: aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes wäre die Ärzt\_in dazu verpflichtet Patient\_innen mit gleicher Ausgangslage/Diagnose unabhängig von ihrer Erstsprache gleich zu behandeln, hier geschieht dies nicht. Die Patient\_in wird im Zuge dieser Option auch nicht in ihrer *Autonomie* bestärkt, im Gegenteil, wenn aufgrund fehlender Kommunikationsmöglichkeiten kein Behandlungsvertrag zustande kommt, kann sie keinerlei Informationen über ihren Gesundheitszustand herausfinden und bleibt für die Zeit bis zu einem neuen Termin mit einer Dolmetscher\_in sich selbst überlassen. Sie selbst würde diese Option aufgeklärt jedoch vermutlich nicht wählen. Die Abschätzung von etwaigen Folgen und somit Pflichten gegenüber Dritten ist vom konkreten Fall abhängig.

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 2 – Materialien, keine Dolmetscher\_in:**

Ohne Dolmetscher\_in kann die Sprachbarriere nur stark begrenzt überbrückt werden. Gerade im Hinblick auf das Prinzip der *Autonomie* tun sich hier Probleme auf: Materialien können nicht befragt werden, es besteht somit keine Rückfragemöglichkeit seitens der Patient\_innen und auch der Ärzt\_in kann wichtige Information entgehen, da sie nur auf die schriftlich verfügbaren, beschränkten Fragen zugreifen kann. Zudem kann sie so auch nicht feststellen, ob die Patient\_in die Aufklärung tatsächlich verstanden hat und ihre Einwilligung in etwaige Behandlungen wirklich freiwillig ist. Als eine Folge dessen kann es zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen oder zu Behandlungen ohne tatsächliche gültige Patient\_innen-Einwilligung kommen – das Prinzip des *Nichtschadens* und das des *Wohltuns* sowie das Prinzip der *Gerechtigkeit* im Hinblick auf eine *Gleichbehandlung* werden verletzt. Da aufgrund der fehlenden Kommunikation die Diagnose sich aufwendiger gestaltet und mehr (techn.) messbare Daten und Bildgebungsverfahren involviert werden müssen, schadet dies zum einen ebenso durch unnötige Zusatzbelastung der Patient\_in und es kommt zu einer Verletzung der gerade genannten Prinzipien des *Wohltuns* & *Nichtschadens*, aber auch aufgrund von verstärktem Ressourceneinsatz im Sinne des *Gerechtigkeitsprinzips* anderen Patient\_innen, welchen diese Ressourcen benötigen würden.

**Handlungsoptionen 3 – Lai\_innendolmetscher\_innen**

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 3.1 – medizinisches Personal:**

Da das medizinische Personal zu der natürlichen Mehrsprachigkeit über besondere institutionenbezogene und medizinische Kenntnisse verfügt, wird die Qualität der Dolmetschung trotz Lai\_innenstatus der dolmetschenden Person als „*mittelmäßig*“ eingestuft; es ist somit eine

Verständigung zwischen dem medizinischen Personal, der Ärzt\_in und der Patient\_in möglich. Kommt es dennoch zu Missverständnissen oder Fehlern, so kann die *Autonomie* und die *Gesundheit* der Patient\_in gefährdet sein. Es entstehen Probleme bei der Versorgung der Patient\_in und es kommt zu Konflikten im Bereich der Prinzipien *Wohltun* und *Nichtschaden*. Im Falle einer Unter-, Über-, oder Fehlversorgung kommt es wieder zur ressourcenbezogenen *Gerechtigkeitsfrage*. Im Bezug auf die Auswirkungen und Verpflichtungen gegenüber Dritten soll der Augenmerk auf die zusätzliche Arbeitsleistung des dolmetschenden medizinischen Personals gelegt werden. Trotz der Zusatzfähigkeit erhalten jene keine weitere dolmetschdienstleistungsbezogene Entlohnung und tragen ungleich mehr Verantwortung als sonst, hier tun sich Fragen der gesellschaftlichen *Gerechtigkeit* auf. Auch aus einem anderen Blickwinkel kommt es zu Fragen der Gerechtigkeit: da das medizinische Personal den Arbeitsplatz für die Zeit der Dolmetschung verlassen muss, kann dies zu Nachteilen bei der Versorgung anderer Patient\_innen und damit zu einer *Ungleichbehandlung* führen.

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 3.2 – Allgemeinbedienstete**:

Da durch das Dolmetschen von Lai\_innen (und somit auch durch das Dolmetschen der mehrsprachigen Allgemeinbediensteten) nur eine unzureichende Dolmetschqualität erreicht werden kann, bleibt auch hier die Versorgung der Patient\_in mehr dem Zufall überlassen. Die Wahrung der Patient\_innen-*Autonomie* kann nicht gewährleistet werden und die Folgen der Sprachbarriere verhindern ein Nachkommen der *Wohltuns- und Nichtschadenspflicht* seitens der Ärzt\_in.

Im Hinblick auf *Gleichbehandlung* kann hier wieder von keiner solchen ausgegangen werden, es folgt ein Konflikt mit dem *Gerechtigkeitsprinzip*. Ebenso stellen sich Fragen der *Gerechtigkeit* aufgrund der Ressourcenbedarfe nach oder bei einer Unter-, Über-, oder Fehlversorgung von Patient\_innen. Und auch der bereits genannte Aspekt der unbezahlten, verantwortungsvollen Mehrarbeit der dolmetschenden Angestellten ist nach dem *Gerechtigkeitsprinzip* zu hinterfragen. Ebenso der Aspekt der Negativfolgen für Dritte wie beispielsweise der Familie der Patient\_in im Falle einer folgenschweren Unter-, Über-, oder Fehlbehandlung – das Prinzip des *Wohltuns & Nichtschadens* würden verletzt.

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 3.3 – Verwandte**: Wenn Verwandte dolmetschen, kommen zu den Aspekten der fehlenden oder falschen Information bei Anamnese und Aufklärung; den Missverständnissen durch die mit unzureichender Qualität durchgeführte Dolmetschung sowie den daraus entstehenden Folgen für das Verständnis und eine informierte freie Entscheidung seitens der Patient\_in; auch noch Aspekte der Schweigepflicht und des Schutzes vor Beeinflussung bei der Entscheidungsfindung und Behandlungswahl. Das Prinzip der *Autonomie* wird folglich bei dieser Handlungsoption stark konfliktiert. So kann die Ärzt\_in nicht sicherstellen, ob die Einwilligung seitens der Patient\_in freiwillig und ohne Druck entstand und somit gültig ist.

Auch im Hinblick auf die zwar rechtlich als freiwillig erfolgt angenommene Schweigepflichtsenthebung in Bezug auf die anwesenden Personen des nahen Umfeldes zu Dolmetschzwecken tun sich Fragen der *Autonomie* und *Gerechtigkeit* sowie des *Wohltuns & Nichtschadens* auf. Mögliche Folgen wären aufgrund der Verletzung des *Autonomie*-Prinzips durch eine fehlende umfassende Aufklärung, eine Verletzung des Prinzips des *Nichtschadens* bei einer Behandlung wider den eigentlichen Patient\_innenwillen und des *Wohltuns*, da das tatsächliche Wohl einer Person mehr als nur eine paternalistisch verordnete, medizinisch feststellbare Symptombesserung umfasst. Das Recht auf Gleichbehandlung und damit das Prinzip der *Gerechtigkeit* wird hiervon ebenso tangiert. In Bezug auf Dritte seien hier die Konsequenzen der Belastung, des Mitwissens des Familiensystems, der fehlenden Schweigepflicht, sowie der Abhängigkeit der Patient\_in von dem dolmetschenden

Familienmitglied genannt. Das Wohl der Familie als System als auch der Beteiligten kann unter den genannten Aspekten leiden und nachhaltig Schäden nehmen. Gleichzeitig kann aber auch das Gegenteil, die wechselseitigen Bestärkung aufgrund familiärer Nähe der Fall sein. Aspekte des *Wohltuns-* und des *Nichtschadensprinzips* müssen daher im Einzelfall geprüft werden. Bei negativen Konsequenzen aus Unter-, Über und Fehlversorgung treten wieder Ressourcenallokations- und *Gerechtigkeitsfragen* auf.

#### Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 3.4 – Kinder:**

Da die Qualität der Dolmetschung hier besonders fragwürdig ist, ist von Kommunikationsproblemen, Missverständnissen und somit negativen Folgen für die Patient\_in auszugehen. Es kommt zu den genannten Problemen der Kommunikation mit den damit verbundenen Folgen für die *Autonomie*, *Gleichbehandlung* (Gerechtigkeit) und das gesundheitliche *Wohl* der Patient\_in. Doch auch das *Wohl* des dolmetschenden Kindes ist gefährdet. Die Belastungen und Überforderungen der Dolmetschsituation können zahlreiche, in Kapitel IV 4.5 genannte, Folgen für die *Entwicklung* und *Lebensqualität* des Kindes, als auch das Familiensystem an sich haben. Hier ist daher von einer großen Relevanz des *Nichtschadensprinzips* in Bezug auf Dritte – Familienmitglieder, insbesondere dolmetschende Kinder – zu sprechen. In diesem Zusammenhang müssen auch *Gerechtigkeitsfragen* betrachtet werden, da nicht nur die erwachsenen Patient\_innen aufgrund von Dolmetschfehlern erhöhte Ressourcenbedarfe aufweisen, sondern auch die betroffenen Kinder für *ihre* Gesundheit/Erholung von etwaigen, durch die Dolmetschsituation entstandenen, Traumata Ressourcen benötigen können. Auch die Freiwilligkeit der Dolmetschtätigkeit und *Autonomie* der dolmetschenden Kinder ist infrage zu stellen.

#### Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 3.5 – andere Lai\_innendolmetscher\_innen:**

Hier ist von ähnlichen Konflikten auszugehen wie bei Handlungsoption 3.2, dem Dolmetschen durch Allgemeinbedienstete. Unterschiede sind nur in der Dolmetschqualität zu finden, die bei Bekannten durch Tabus, fehlende Schweigepflicht etc. zu Auslassungen oder Verschwiegenheit seitens der Patient\_in führen kann und somit zu einer schlechteren Dolmetschqualität, was wiederum in Folge eine wahrscheinlichere Problemkette in Bezug auf die Prinzipienverpflichtungen zu *Autonomie*, *Wohltun* & *Nichtschaden* mit sich zieht.

#### Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 4 – professionelles Dolmetschen vor Ort:**

Aufgrund der hervorragenden Dolmetschqualität und der damit verbundenen gelingenden Übermittlung der Informationen im Ärzt\_innen-Patient\_innengespräch, sowie der professionellen Neutralität und der Einhaltung der Schweigepflicht, ist die Basis für eine selbstbestimmte, *autonome* Entscheidungsfindung für die Patient\_in gegeben. Da die Sprachbarriere gelöst ist und die Kommunikation funktioniert, kommt es idealerweise auch zu keinen Missverständnissen und eine unwissentliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patient\_in kann ausgeschlossen werden. Es sind daher keine Konflikte mit den Prinzipien der *Autonomie*, des *Wohltuns* & *Nichtschadens* sowie der *Gerechtigkeit* zu erwarten. Auch nicht im Bezug auf Dritte. Einzig der Ressourceneinsatz für die Dolmetschkosten kann hier im Hinblick auf Gerechtigkeit der Ressourcenverteilung gegenüber anderen debattiert werden. Da die Notwendigkeit einer Dolmetschung offensichtlich und die Kosten möglicher Folgen des Verzichts auf eine solche vergleichbar größer sind, sind jene jedoch vernachlässigbar.

### Handlungsoptionen 5 – *Remote-Varianten*

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 5.1 – professionelles Dolmetschen via Telefon**: Wiederum ermöglicht eine gute Dolmetschqualität ein geringes Konfliktpotential mit den Prinzipien der *Autonomie*, des *Wohltuns & Nichtschadens* und der *Gerechtigkeit*. Aufgrund von remotervarianteigenen Aspekten seien hier folgende Überlegungen in Betracht gezogen: die Option des Telefondolmetschdienstes ist immer verfügbar, für eine weit größere Anzahl von Sprachen (im Vergleich zur Dolmetschung vor Ort) und innerhalb von kurzer Zeit – dies ermöglicht somit den Einsatz auch in Notsituationen. Nachteil ist die Beschränkung aufgrund der fehlenden visuellen Komponente – in gewissen Bereichen, wie beispielsweise dem physio- oder psychotherapeutischen Bereich, ist ein Einsatz somit nicht möglich.

Betroffene Prinzipien im Falle von **Handlungsoption 5.2 – professionelles Dolmetschen via Video**: Diese Option ist vergleichbar mit der Option des Hinzuziehens einer Dolmetscher\_in vor Ort, jedoch inklusive der Vorteile der *Remote-Varianten*. Keine Konflikte in Bezug auf die Prinzipien und der Vorteil der permanenten Verfügbarkeit, der großen Sprachauswahl und der Möglichkeit des Einsatzes in jedem Bereich medizinischer Tätigkeit, sprechen stark für den Einsatz dieser Variante.

### 5.3 Synthese: Abwägung der Optionen

Tabelle 9 – *Konflikte der Handlungsoptionen mit den vier ethischen Prinzipien*, zeigt den für die Synthese relevanten Bereich der Tabelle 7 – *Analyse der Handlungsoptionen*:

<b>Handlungsoption</b>	<b>Anzahl und Art der Prinzipienverstöße gegenüber Patient_innen</b>	<b>Anzahl und Art der Prinzipienverstöße gegenüber Dritten</b>
1 keine Versorgung, Terminverschieben	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	fallabhängig
2 „mit Händen und Füßen reden“, anderssprachige Materialien	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	1: Gerechtigkeit
3.1 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: medizinisches Personal	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	1: Gerechtigkeit
3.2 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: Allgemeinbedienstete	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	3: Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit
3.3 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: mehrsprachige Verwandte	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	3: Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit
3.4 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: mehrsprachige Kinder bis 18 Jahre	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit
3.5 Hinzuziehen von Lai_innendolmetscher_innen: andere	4: Autonomie; Wohltun & Nichtschaden; Gerechtigkeit	1: Gerechtigkeit

<b>Handlungsoption</b>	<b>Anzahl und Art der Prinzipienverstöße gegenüber Patient_innen</b>	<b>Anzahl und Art der Prinzipienverstöße gegenüber Dritten</b>
4 Hinzuziehen von professionellen Kommunaldolmetscher_innen vor Ort	keine	keine
5.1 Nutzung der Remote-Variante: professioneller Telefondolmetschdienst	keine	keine
5.2 Nutzung der Remote-Variante professioneller Videodolmetschdienst	keine	keine

*Tabelle 9: Konflikte der Handlungsoptionen mit den vier ethischen Prinzipien*

### **Analyse & Synthese:**

Im folgenden werden nun die Ergebnisse der Analyse zu einer Synthese zusammen geführt und bewertet; beginnend mit den Handlungsoptionen mit dem größten Konfliktpotential bis zu jenen, die sich als unbedenklich und wünschenswert herausgestellt haben:

Am schlechtesten ist **Handlungsoption 3.4 – das Hinzuziehen von Kindern bis 18 Jahren** zu Dolmetschzwecken. Hier muss sowohl in Bezug auf die Verpflichtungen die Patient\_in betreffen, als auch Verpflichtungen Dritte betreffend, von einem Verstoß gegen alle *vier Prinzipien* ausgegangen werden. Diese Handlungsoption sollte somit ausschließlich wenn keine andere Option verfügbar ist zur Anwendung kommen. Langfristig muss von einer Nutzung von Kindern als Dolmetscher\_innen abgesehen werden und Alternativoptionen müssen, so sich tatsächlich die Möglichkeit einer Nicht-Verfügbarkeit ergeben kann, forciert und verfügbar gemacht werden.

Als ebenso nicht wünschenswert und indiziert kann die Wahl von **Handlungsoption 3.2 – das Hinzuziehen von Allgemeinbediensteten** und **3.3 – das Hinzuziehen von Verwandten** zu Dolmetschzwecken bezeichnet werden. Die Patient\_innen betreffend käme es zu einem Konflikt mit allen *vier Prinzipien* und für Dritte bedeuteten diese Handlungsoptionen ebenfalls einen Verstoß gegen die Prinzipien *Wohltun & Nichtschaden* sowie das Prinzip der *Gerechtigkeit*.

Auch Handlungsoption 2 – „mit Händen und Füßen reden“, **mehrsprachige Materialien**; **3.1 – das Dolmetschen durch das medizinische Personal** und **Handlungsoption 3.5 – das Dolmetschen durch Bekannte, Freunde oder Fremde** beinhaltet für die Patient\_in Nachteile alle *vier Prinzipien* betreffen und für Dritte einen Nachteil in Bezug auf das Prinzip der *Gerechtigkeit*. Sie sind aus prinzipienethischer Sicht mit dem Wissen um die noch folgenden Handlungsoptionen mit geringerem Konfliktpotential ebenso nicht zu wählen.

Es zeigt sich klar, dass einzig bei der **Hinzuziehung von professionellen Dolmetscher\_innen** *keine* der vier Prinzipien verletzt werden. Diese konfliktfreien Handlungsoptionen sind daher am geeignetsten und moralisch betrachtet, verpflichtend zu wählen.

Um die zu präferierende Handlungsoption der prinzipienethisch gleichwertigen Optionen der professionellen Dolmetschung zu wählen, sei auf die Verfügbarkeit, Anwendbarkeit und die mit der Handlungsoption verbundenen Kosten verwiesen: Das Dolmetschern vor Ort kann, so man das Studien-, und Ausbildungsangebot in Österreich betrachtet, nicht für alle benötigten

Sprachen verfügbar sein; auch in Hinblick auf die zeitliche Komponente muss hier abgewogen werden – Dolmetscher\_innen sind nicht immer verfügbar oder in der benötigten Zeitspanne vor Ort. Hier muss je nach Thematik daher auf das Telefon-, oder Videodolmetschen zurückgegriffen werden. Zudem ist es vergleichsweise die teuerste Handlungsoption der professionellen Dolmetschvarianten. Aus ressourcenbezogenen Überlegungen könnten daher die *Remote*-Varianten bevorzugt werden. Für das Dolmetschen im therapeutischen Bereich, wo visueller Input vonnöten ist, muss das Telefondolmetschen jedoch ausgeschlossen werden. Sonst sind beide *Remote*-Varianten zeitlich durchgehend verfügbar und in Bezug auf das Sprachangebot zwar nicht notwendigerweise bedarfsdeckend, aber mannigfaltiger als dasjenige der „Vor-Ort-Anbieter\_innen“.

Der stärkste Einwand gegen die Wahl der geeignetsten Handlungsoptionen, gegen das Hinzuziehen professioneller Dolmetscher\_innen, ist das Argument der Kosten. Im Gegensatz zum Einsatz von Lai\_innendolmetscher\_innen ist hier ein Kostenaufwand gegeben, der in Bezug auf andere Patient\_innen als zusätzlicher Ressourcenaufwand betrachtet werden kann. Dem entgegenzuhalten sei jedoch, dass zum einen bei einem Nicht-Nutzen professioneller Dolmetscher\_innen wesentlich mehr Kosten und Ressourcen für Diagnostik und Korrektur oder Schadensersatz bei Unter-, Über oder Fehlbehandlung verbraucht werden würden und, dass alle Patient\_innen, auch jene mit einem *Handicap* oder einer anderen Erstsprache, aufgrund des Gerechtigkeitsprinzips ein Recht auf Gleichbehandlung haben.

Wäre eine Vermeidung der Konflikte auch in den anderen Handlungsoptionen möglich? Hier kann nicht klar verneint werden; das mögliche Konfliktpotential und -ausmaß nimmt mit der Komplexität der zu dolmetschenden Thematik zu oder ab. Da selbst Kinder in der Lage sind Alltagsgespräche gut zu dolmetschen, kann davon ausgegangen werden, dass auch Themen des Alltags wie Husten, Schnupfen oder Bauchschmerzen noch relativ leicht und fehlerfrei übermittelt werden können. Hier kann darauf verwiesen werden, dass 7-jährige Kinder beispielsweise bei der Übersetzung von Kurzgeschichten in einer Untersuchung von Dirim (2005), keinerlei Schwierigkeiten hatten, emotional dadurch auch nicht belastet wurden und die Situation diesbezüglich kaum Risiken barg; daher kann in bedenkliche und unbedenkliche Dolmetschsituationen, in stark herausfordernde und leichte Dolmetschtätigkeiten unterteilt und je nach Situation abgewogen werden, ob ein Kind in diesem Fall die geeignete und gute Wahl darstellt (vgl. Dirim 2005:234; zit. nach Meyer et al. 2010:304). Einzig die Beurteilung ab wann etwas zu komplex oder für die einzelne Lai\_in zu schwierig ist obläge wiederum der Ärzt\_in, die der anderen Sprache nicht mächtig ist.

Aufgrund des von zahlreichen empirischen Untersuchungen angedeuteten fehlenden Problembewusstseins seitens der Ärzt\_innen in Bezug auf die Dolmetschqualität und die Dolmetsch-Fähigkeiten von Lai\_innen, ist daher im Hinblick auf die eben diskutierten Folgen und Konflikte mit den ethischen Grundprinzipien davon abzuraten die Qualität durch individuelle Lösungen generell in den unkontrollierbaren Bereich des Zufalls zu verlagern.

Für die Handhabung an Grazer Kliniken sei daher die Wahl einer professionellen Dolmetschung empfohlen. Dies umfasst sowohl das Angebot der Kommunaldolmetschpools, als auch des Telefondolmetschdienstes *Sprache Direkt*. Zudem sei auf die Vorzüge eines Videodolmetschdienstes und die Notwendigkeit einer solchen Option, so Dolmetschen vor Ort oder Telefondolmetschen aus diversen, genannten Gründen nicht möglich ist, auch für Grazer Kliniken verwiesen.

## VI Zusammenfassung

In Rahmen dieser Arbeit wurde der Umgang mit anderssprachigen Patient\_innen im klinischen Kontext mit Fokus auf der Kommunikationsnotwendigkeit und etwaigen Sprachbarrieren näher beleuchtet. „Kommt es in Österreich/Graz zu Benachteiligungen oder gibt es eine Gleichberechtigung und Gleichbehandlung jener Patient\_innen?“, wurde eingangs als überblicksmäßige Forschungsfrage definiert und mittels der Betrachtung zahlreicher Aspekte der Kommunikation, der täglichen Handhabe und der Konsequenzen sowie einer Abwägung der tatsächlichen Handlungsoptionen elaboriert:

Es wurde zunächst der Zugang zu Informationen und medizinischen Anlaufstellen untersucht. Hier zeigt sich, dass über den Weg der Onlinerecherche auf den untersuchten österreichischen Webseiten das Gesundheitssystem und die Grazer Kliniken bzw. Sozialversicherungsanstalt betreffend, kaum anderssprachige Informationen gefunden werden können. Wenn Informationen in anderen Sprachen vorhanden sind, so zumeist auf Englisch. Ein in diesem Zusammenhang immer wiederkehrendes Problem ist jedoch die Zugriffsmöglichkeit. Fremdsprachige Materialien müssen, damit sie gefunden werden können, als solche gekennzeichnet und leicht ersichtlich platziert werden. Webseiten, die ihre fremdsprachigen Informationen in auf Deutsch beschrifteten Unterpunkten ablegen, versäumen die Chance jene Sprecher\_innengruppe zu adressieren und zu informieren. Die Informationen kommen nicht an, wodurch Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch daher auch kaum die Möglichkeit haben das österreichische Versorgungssystem zu verstehen und die richtige Ansprechpartner\_in für ihr Leiden zu finden. So ist bereits vor dem Aufsuchen der Klinik die Gleichbehandlung von anderssprachigen Patient\_innen restringiert.

Aufbauend darauf wird die Thematik der Kommunikation, wo es nicht nur um die Übermittlung von Informationen, sondern bereits um den wechselseitigen Austausch solcher zum Zwecke der Verständigung geht, aufgegriffen. Sprachliches Handeln ist von solcher Komplexität, dass für die Erforschung gelingender Kommunikation viele Aspekte betrachtet werden müssen. Zum einen die rein linguistische Ebene der Grammatik, Syntax, des Gebrauchs der semantisch passenden Wörter und der prosodischen Kompetenz; zum anderen die Ebene der sozialen Rollen oder der Beziehung zwischen den Kommunizierenden etc. All diese und mehr Aspekte beeinflussen die Qualität, die Art und das Ausmaß der übermittelten Information. In den Bereichen, wo das hohe Gut der Autonomie, der Gesundheit und des Schutzes des Lebens von Informationsübermittlung abhängig ist, wird diese zur Gewährleistung des Schutzes jener auch im Recht festgeschrieben. So ist jegliches Eingreifen in die Integrität einer Patient\_in durch §110 geregelt, der besagt, dass ein solches ohne eine vorangegangene Einverständniserklärung der Patient\_in als eigenmächtige Heilbehandlung gilt und strafbar ist. Eine Einverständniserklärung kann nur nach einer erfolgten Aufklärung gegeben werden. Für die Patient\_in gilt hier ein Recht auf Information die Diagnose, mögliche Entwicklungen, mögliche Handlungsoptionen sowie die damit verbundenen möglichen Risiken betreffend. Für die Ärzt\_in wiederum gilt hier die Pflicht der Übermittlung jener und der Feststellung des patient\_innenseitigen Verständnisses. Die zu übermittelnden Informationen sind jedoch Teil eines Fachgebietes und somit Teil einer Fachsprache oder Teil einer ungewohnten nicht-alltagsweltlichen körperlichen oder seelischen Erfahrung. Fachsprachen und komplexe Themen erschweren die Kommunikation, so ist es nicht verwunderlich, dass sich Menschen mit anderer Erstsprache als Deutsch hier vor einer Sprachbarriere wiederfinden, die ein gutes Verständnis und eine freie, informierte Entscheidung für oder gegen eine Einwilligung in eine der Behandlungsoptionen verhindert. Die Folgen einer misslingenden Kommunikation können für die Patient\_in jedoch gravierend sein, da die Gefahr einer Fehldiagnose; der Unter-, Über und Fehlversorgung sowie einer Behandlung wider des Patient\_innen-Willens besteht. Um dies zu verhindern wird im medizinischen Alltag von allen Beteiligten versucht, Wege der Kommunikation und Barrierenüberbrückung zu finden. Hierzu zählt die Inanspruchnahme von sowohl professionellen, als auch non-professionellen Dolmetschdienstleistungen. Es wird



zeigt, dass aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht Mehrsprachigkeit alleine keine Garantin für eine gute Dolmetschqualität sein kann. Trotz dessen kommen laut zahlreichen Studien im klinischen Alltag hauptsächlich Lai\_innen insbesondere Kinder zum Einsatz. Als Gründe können die leichte Verfügbarkeit, das Vermeiden von Dolmetschkosten und ein fehlendes Bewusstsein in Bezug auf die Schwierigkeiten des Dolmetschens und die Relevanz der Qualität der Dolmetschung genannt werden.

Die verschiedenen Lai\_innengruppen – mehrsprachiges Personal (medizinisches & allgemeines), Angehörige (inkl. Kinder), Fremde oder Bekannte – unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf die mögliche Dolmetschqualität oder Problemlagen. Da keine der Lai\_innengruppen eine wirklich zufriedenstellende Dolmetschqualität liefern kann, professionelle Dolmetscher\_innen nicht immer verfügbar sind oder aus Kostengründen nicht hinzugezogen werden und sich damit die Frage nach den Konsequenzen für die Gesundheit anderssprachiger Patient\_innen stellt, wurden auch mögliche Alternativen für den Einsatz von Lai\_innen im medizinischen Kontext diskutiert. Klare Vorteile der *Remote*-Varianten sind zur Professionalität und hohen Qualität der Dienstleistung auch die Verfügbarkeit und große Sprachabdeckung. Sowohl Telefon- als auch Videodolmetschdienste bieten ihr Service täglich und rund um die Uhr für eine Vielzahl an Sprachen an. Zudem sind sie kostengünstiger als Dolmetschungen vor Ort und stellen als Barrierenüberbrückungsmethode eine wirkliche Bereicherung für Notfallsituationen und Menschen mit seltenen Erstsprachen dar. Die Befragung von Korb et al. (2015) ergab, dass in Graz selten auf professionelle Dolmetschdienstleister\_innen zurückgegriffen wird. Hier konnten jedoch Unterschiede in der Handhabung der einzelnen Ambulanzen festgestellt werden und es zeigte sich, dass das Problembewusstsein eine große Rolle in der Abwägung und Entscheidung für oder wider die Wahl einer professionellen Dolmetschung spielt.

Die Analyse der Grazer Sprachbedarfserhebung im Vergleich mit den Sprachwahlangeboten der professionellen Dolmetschausbildungsstätten Österreichs ergab, dass sich auf Ausbildungsebene Angebot und Nachfrage des Kommunalbereichs nicht decken und dass Professionalisierungsangebote, wie beispielsweise der Kommunaldolmetsch-Universitätslehrgang der Karl-Franzens-Universität Graz, für geübte Lai\_innen mit hohem Sprachniveau in beiden Sprachen ein innovativer pragmatischer Ansatz der Problembewältigung und Bedarfsdeckung in diesem Bereich sein könnten.

Im Rahmen einer ethischen Zusammenschau wurden alle diskutierten Handlungsoptionen zum Zwecke der Barrierenüberbrückung nach dem prinzipienethischen Ansatz von Beauchamp & Childress (1979; 2013) abgewogen.

Als Ergebnis der Analyse und Bewertung lässt sich festhalten, dass die ethischen Verpflichtungen gegenüber der Patient\_in und gegenüber Dritten – Gleichbehandlung aller Patient\_innen für soziale Gerechtigkeit, Schutz der Autonomie, Nichtschaden & Wohltun – nur mithilfe von professionellen Dolmetschdienstleister\_innen erfüllt werden können. Qualitätsbezogen lässt sich kein Unterschied im Hinblick auf die Nutzung von vor Ort *versus Remote*-Varianten feststellen – die Wahl sollte daher situationsabhängig nach Verfügbarkeit und Einsatzmöglichkeit erfolgen.

Als völlig unzureichend und problematisch wurde aber die Handlungsoption „Einsatz von Kindern als Dolmetscher\_innen“ bewertet. Kinder sollten daher nicht nur aus dolmetschwissenschaftlicher Perspektive, sondern auch aus ethischer Sicht, zum Schutz aller Beteiligten nicht zur Leistung von Dolmetschdiensten hinzugezogen werden.

Um eine Änderung der derzeitigen Handhabung auf den Grazer Stationen zu erwirken wäre in einem ersten Schritt Aufklärungsarbeit zu leisten. Da im Zweifel die Ärzt\_in (mit der Patient\_in) entscheidet ob und wer hinzugezogen wird, ist eine Sensibilisierung für die vorliegende Thematik hier anzusetzen und zu forcieren.

## VII Literaturverzeichnis

Ärztammer Steiermark. 2015. Dolmetsch am Monitor. In: *AERZTE Steiermark 09/2015*; <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=5743> [abgerufen am 21.01.2017].

Aigner, Gerhard; Kletečka, Andreas; Kletečka-Pulker, Maria & Michael Memmer. 2009. *Handbuch Medizinrecht für die Praxis I*. Wien: Manz.

Andres, Dörte. 2008. *WP5–Summary Report. Exploring the Use of ICT in Medical Interpreting*. In: [https://static.uni-graz.at/fileadmin/gewi-institute/Translationswissenschaft/Bilder/MedInt/summary\\_report\\_wp5.pdf](https://static.uni-graz.at/fileadmin/gewi-institute/Translationswissenschaft/Bilder/MedInt/summary_report_wp5.pdf) [abgerufen am 17.01.2017].

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

Ankermann, Ernst. 2004. *Sterben zulassen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Ammann, Margret. 1995. *Kommunikation und Kultur. Übersetzen und Dolmetschen heute. Eine Einführung für Studierende*. Frankfurt: IKO.

Barkowski, Marja. 2007. *Dolmetschen im medizinischen Bereich. (Diplomarbeit 2005)*. Berlin: Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e. V. (BDÜ).

Beauchamp, Tom L. & James F. Childress. 2013<sup>7</sup>. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.

Berman, Antoine. 2004. Translation and the trials of the foreign. In: Venuti, Lawrence (ed.). *The Translation Studies Reader*. London; New York: Routledge, 276-289.

Berufs- und Ehrenkodex des Österreichischen Verbandes der allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher. In: [http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=63&lang=de](http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=63&lang=de) [abgerufen am 14.05.2016].

Bischoff, Alexander & Florian Grossmann. 2006. *Telefondolmetschen im Spital*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

Bischoff, Alexander & Florian Grossmann. 2007. Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? In : *Schweizerische Ärztezeitung* 88/3, 102-105.

Bolden, Galina. 2000. Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. In: *Discourse Studies* 2:4. Thousand Oaks: Sage, 387-419.

Borgetto, Bernhard. 2006. Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In: Rehberg, Karl-Siegbert; Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (eds.). *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1965-1975.

Bowen, Margareta. 1998. Community Interpreting. In: Snell-Hornby, Mary et al. (eds.). *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg.

- Bowker, Lynne; Cronin, Michael; Kenny, Dorothy & Jennifer Pearson (eds.). 1998. *Unity in Diversity? Current Trends in Translation Studies*. Manchester: St. Jerome.
- Buddeberg, Claus & Barbara Buddeberg-Fischer. 2004<sup>3</sup>. Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Claus Buddeberg (ed.), *Psychosoziale Medizin*. Berlin: Springer, 327–360.
- Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 2013. *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten*. In: [www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf) [abgerufen am 07.02.2017]; [www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian\\_health\\_care\\_key\\_facts\\_2013.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf) [abgerufen am 07.02.2017].
- Dickins, James; Hervey, Sándor & Ian Higgins. 2002. *Thinking Arabic Translation. A Course in Translation Method: Arabic to English*. Abingdon, Oxon: Routledge
- Dirim, Inci. 2005. Erfassung, Bewertung und schulische Nutzung der „Übersetzungsfähigkeit mehrsprachiger Kinder“. In: Charlotte Röhner (ed.) *Erziehungsziel Mehrsprachigkeit*, Weinheim/München: Juventa, 232-243.
- Egger, Josef W. 2007. Fakten zur Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Psychologische Medizin*, 4/07, 2-3.
- Eigruber, Petra. 2014. Patientenaufklärung – unerlässlich für den Ordinationsalltag. *News Austria*. 24.03.2014. In: [http://www.dental-tribune.com/articles/news/austria/17362\\_patientenaufklaerung\\_unerlaesslich\\_fuer\\_den\\_ordinationsalltag.html](http://www.dental-tribune.com/articles/news/austria/17362_patientenaufklaerung_unerlaesslich_fuer_den_ordinationsalltag.html) [abgerufen am 05.12.2016]
- Ethikcode der AALSP - Austrian Association of Language Service Providers. In: <http://www.aalsp.at/index.php?id=139> [14.05.2016]
- Faller, Hermann. 2006a<sup>2</sup>. Entstehung und Verlauf von Krankheiten. Sozialpsychologische Modelle. In: Faller, Hermann & Hermann Lang (eds.). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, 36–39.
- Faller, Hermann. 2006b<sup>2</sup>. Ärztliches Handeln. In: Hermann Faller & Hermann Lang (eds.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, 155–262.
- Flores, Glenn. 2006. Language Barriers to Health Care in the United States. In: *The New England Journal of Medicine* 355 (3), 229-231.
- Frühwirth, Helene. 2009. *Der Arzt im Konflikt mit seiner Verschwiegenheitspflicht*. Diplomarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Gesundheit Österreich GmbH. (ed.) 2016. *Österreichischer Spitalskompass*. In: <http://www.spitalskompass.at> [abgerufen am 15.02.2016].
- Green, Judith; Free, Caroline; Bhavnani, Vanita & Tony Newman. 2004. Translators and mediators: bilingual young people’s accounts of their interpreting work in health care. In: *Social Science and Medicine* 60 (9), 2097-2110.

- Grice, Herbert Paul. 1975. Logic and Conversation. In: Peter Cole & Jerry L. Morgan (eds.). *Syntax and semantics, Vol. 3 Speech acts*. Academic Press: New York, 41–58.
- Hönig, Hans G. 2011. *Übersetzen lernt man nicht durch Übersetzen*. Berlin: SAXA Verlag.
- It's Tooltime!*. Der Standard. 23.05.2013. In: <http://derstandard.at/1369264145771/Sprachbarrieren-im-Spital-Videodolmetscher> [abgerufen am 21.01.2017].
- Jacobs, B., Kroll, L., Green, J. & T. J. David. 1995. The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88,474–475.
- Johnen, Thomas & Bernd Meyer. 2007. Between connectivity and modality: reported speech in interpreter-mediated doctor-patient communication. In: Rehbein, Jochen; Hohenstein, Christiane & Lukas Pietsch (eds.). *Connectivity in Grammar and Discourse*. Amsterdam: Benjamins, 395-417.
- Jung, Sybille. 2004. *Das präoperative Aufklärungsgespräch. Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Baden-Baden: Nomos (Ethik und Recht in der Medizin 39).
- Jurko, Primož. 2009. Medical Interpreter: The Quest for Words. In: Andres, Dörte & Sonja Pöllabauer (eds.). *Spürst du, wie der Bauch rauf – runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer, 97-113.
- Kaiser-Cooke, Michèle. 2007. *Wissenschaft, Translation, Kommunikation*. Wien: Facultas.
- Kampits, Peter. 1996. Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Buchmüller, Hans-Rainer (ed.). *Angermühler Gespräche Medizin-Ethik-Recht*. Passau: Rothe.
- Kelly, Nataly. 2007. Telephone Interpreting in Health Care Settings: Some Commonly Asked Questions. In: *The ATA Chronicle*. Featured Article from The ATA Chronicle 36, no. 6 (June 2007:18-21); [http://www.atanet.org/chronicle/feature\\_article\\_june2007.php](http://www.atanet.org/chronicle/feature_article_june2007.php). [abgerufen am 19.01.2017].
- Kelly, Nataly. 2008. *Telephone Interpreting. A comprehensive guide to the profession*. Lowell: Trafford.
- Khwaja, Nadeem; Sharma, Saroj; Wong, Julian et al. 2006. Interpreter services in an inner city teaching hospital: A 6-year experience. In: *Ann R Coll Surg Engl* 88, 659-662.
- Kletečka-Pulker, Maria & Sabine Parrag. 2015. Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen.“ Endbericht. In: [http://www.ierm.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/i\\_ethik\\_recht\\_medizin/Endbericht\\_QVC.pdf](http://www.ierm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_ethik_recht_medizin/Endbericht_QVC.pdf) [abgerufen am 21.01.2017].
- Kletečka-Pulker, Maria & Sabine Parrag. 2016. Kinder als Laiendolmetscher im Gesundheits- und Sozialbereich. Wenn Kinder dolmetschen: Haftungsrisiken und Probleme einer gängigen Praxis. In: *iFamZ* 11/2, 101-105.
- Ko, Leong. 2006. The need for long-term empirical studies in remote interpreting research. A case study of telephone interpreting. In: *Linguistica Antverpiensia New Series* 5, 325-338.

- Kohn, Fay. 1996. Migrant children interpreting for parents – An ethnographic study. In: FIT (ed.) *Proceedings of the XIV World Congress of the Fédération Internationale des Traducteurs. Vol. 1.* Melbourne: AUSIT, 366-384.
- Koller, Werner. 1992. *Einführung in die Übersetzungswissenschaft.* Heidelberg; Wiesbaden: Quelle & Meyer (UTB 819).
- Korak, Christina. 2010. *Remote Interpreting via Skype – Anwendungsmöglichkeiten von VoIP-Software im Bereich Community Interpreting – Communicate everywhere?* Diplomarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Korb, Christina; Gruber, Kerstin; Windisch, Anna & Barbara Schrammel-Leber. 2015a. Sprachliche Vielfalt im Alltag: Initiativen, Herausforderungen und Bedarfe an Grazer Institutionen. In: *Grazer Plurilingualismus Studien 02.* Graz: Selbstverlag.
- Korb, Christina; Gruber, Kerstin; Windisch, Anna & Barbara Schrammel-Leber. 2015b. *Projekt „Sprachliche Vielfalt im Alltag: Initiativen, Herausforderungen und Bedarfe an Grazer Institutionen“.* Unveröffentlichte Projektdaten des Forschungsbereichs Plurilingualismus am *treffpunkt sprachen* der Karl-Franzens-Universität Graz. Webseite: <http://pluriling.uni-graz.at/>, E-Mail: pluriling@uni-graz.at.
- Kuljuh, Emir. 2003. Kinder als Dolmetscher. In: Pöllabauer, Sonja & Erich Prunč (eds.). *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich.* Graz: GTS, 143-148.
- Kuo, David & Mark Fagan. 1999. Satisfaction with Methods of Spanish Interpretation in an Ambulatory Care Clinic. In: *Journal of General Internal Medicine* 14 (9), 547-550. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496734/> [abgerufen am 03.12.2016].
- Lee, Linda J.; Batal, Holly A.; Maselli, Judith H. & Jean S. Kutner. 2002. Effect of Spanish Interpretation Method on Patient Satisfaction in an Urban Walk-in Clinic. In: *Journal of General Internal Medicine* 17/8. Entnommen aus: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?&pubmedid=12213146> [abgerufen am 17.1.2017].
- Lippert, Heribert. 1979. Sprachliche Mittel in der Kommunikation im Bereich der Medizin. In: Mentrup, Wolfgang (ed.). *Fachsprachen und Gemeinsprache.* Düsseldorf, 84-99.
- Mane, Gudrun. 2004. „Wenn die Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischen Fachkräften misslingt...“ In: *Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e. V.* (ed.), 52-69.
- Marckmann, Georg. 2015. Grundlagen ethischer ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, Georg (ed.). *Praxisbuch der Medizin.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsbuchhandlung.
- Marckmann Georg & Frank Mayer. 2009. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. In: *Der Onkologe* 2009;15(10), 980-988.

- Marics, Alexandra. 2006. Mis fa:him walla e:?. Ein diskursanalytischer Beitrag zum Laiendolmetschen. In: Grbić, Nadja & Sonja Pöllabauer (eds.). „*Ich habe mich ganz peinlich gefühlt.*“, *Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 101-138.
- Menz, Florian & Heinz K. Stahl. 2012. Arzt-Patient-Kommunikation – ein großes Missverständnis? Teil 2. In: *Qualitas*, 2, 15-18.
- Meyer, Bernd. 2000. Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. In: Kalina, Silvia; Buhl, Silke & Heidrun Gerzymisch-Arbogast (eds.). *Dolmetschen: Theorie. Praxis. Didaktik – mit ausgewählten Beiträgen der Saarbrücker Symposien*. St. Ingbert: Röhrig, 44-72.
- Meyer, Bernd. 2001. How untrained interpreters handle medical terms. In: Mason, Ian (ed.). *Triadic Exchanges*. St. Jerome, 87-106.
- Meyer, Bernd. 2004. *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Meyer, Bernd. 2009. Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres, Dörte & Sonja Pöllabauer (eds.) *Spürst du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer, 139-157.
- Meyer, Bernd; Pawlack, Birte & Ortrun Kliche. 2010. Family interpreters in hospitals. Good reasons for bad practise? In: *MediAzioni* 10, 279-324.
- Mintz, David .1998. Hold the Phone. Telephone Interpreting Scrutinized. In: *PROTEUS (The Digital Edition of the quarterly Newsletter of the National Association of Judiciary Interpreters and Translators)*, 7/1.
- Orellana, Marjorie Faulstich; Dorner, Lisa & Lucila Pulido. 2003. Accessing assets: immigrant youth's work as family translators or „para-phrasers". In: *Social Problems* 50 (4), 505-524.
- Orellana, Marjorie Faulstich. 2009. *Translating Childhoods. Immigrant Youth, Language, and Culture*. New Brunswick; New Jersey; London: Rutgers University Press.
- Parceller, Markus; Wenk, Maren; Zedler, Barbara; Rothschild, Markus. 2007. Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Gesprächen. In: *Ärzteblatt*. <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=54690> [abgerufen am 08.04.2016].
- Phelan, Mary. 2001. *The Interpreter's Resource*. Clevedon: Cromwell Press.
- Pöchhacker, Franz. 2000a. Dolmetschen – ein Kinderspiel? Eine klinische Fallstudie. In: *TextconText* 14:2, 153-179.
- Pöchhacker, Franz. 2000b. *Dolmetschen – Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.



- Pöllabauer, Sonja. 2000. „Nema problema, alles paletti...? Community Interpreting aus der Sicht von NGOs“. In: *TextconText* 14:2, 181-210.
- Prince, Cynthia. 1986. *Hablando con el Doctor. Communication Problems between Doctors and their spanish-speaking Patients*. Ann Arbor: UMI.
- Prunč, Erich. 2005. *Einführung in die Translationswissenschaft. Band 1. Orientierungsrahmen*. Graz: ITAT, Selbstverlag (Graz Translation Studies).
- Prutsch, Karin. 2004. *Die Ärztliche Aufklärung. Handbuch für Ärzte und Juristen*. Dresden: WUV.
- Rajič, Kristina. 2006. „Der Familienaußenminister“. Kinder als Sprach- und KulturmittlerInnen – eine empirische Erhebung. In: Grbić, Nadja & Sonja Pöllabauer (eds.). *„Ich habe mich ganz peinlich gefühlt.“ Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 139-178.
- Reithofer, Gerda. 2011. Alles klar per Telefon. In: Krankenanstaltenpersonalamt (ed.). *G'sund. Die besten Seiten der KAGes*. 70 Juni 2011. Graz: Klipp, 36.
- Riesberg, Anette & Markus Wörz. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Germany*. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Roberts, Roda P. 1997. Community Interpreting today and tomorrow. In: Carr, Silvana E. & Roda P. Roberts et al. (eds.) *The Critical Link. Interpreters in the community. Papers from the 1<sup>st</sup> International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Geneva Park; Canada, June 1-4, 1995*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins, 7-26.
- Röhner, Jessica & Astrid Schütz. 2012. *Psychologie der Kommunikation. Basiswissen Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Roter, Debra; Lipkin, Mack & Audrey Korsgaard. 1991. Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication During Primary Care Medical Visits. *Medical Care* 29 (11), 1083-1093.
- Saint-Louis, Loretta; Friedman, Elisa; Chaisson, Emily; Quessa, Avlot & Fernando Novaes. 2003. *Testing New Technologies in Medical Interpreting*. In: [http://www.hablamosjuntos.org/newsletters/2006/October/pdf/Testing\\_New\\_Technologies\\_In\\_Medical\\_Interpreting\\_2003.pdf](http://www.hablamosjuntos.org/newsletters/2006/October/pdf/Testing_New_Technologies_In_Medical_Interpreting_2003.pdf) [abgerufen am 27.02.2017].
- Saleh, Maryam. 2013. *Kinder als DolmetscherInnen im medizinischen Bereich*. Diplomarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Shackman, Jane. 1982. *Speaking through Others. A Study of the Use and Training of Interpreters in Bristol*. Leeds (Chapelton Road 307): Refugee Action.
- Shackman, Jane. 1985. *The Right to be Understood. A handbook on working with, employing and training community interpreters*. Cambridge: National Extension College.

- Schmid, Gabriele; Giorgi, Liana; Pohoryles, Ronald & Sabine Pohoryles-Drexel. 1992. *Ausländerinnen und Ausländer und Gesundheit. Eine handlungsorientierte Studie zur adäquaten Förderung der Nutzung präventiver und kurativer Gesundheitseinrichtungen durch in Wien ansässige ausländische Populationen*. Wien: Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Glenewinkel, Annika. 2013. *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion*. Frank & Trimme: Berlin.
- Schulz von Thun, Friedemann. 1981. *Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schwentner, Judith. 2004. „For never young“. In: *Megaphon* 11/04; [http://megaphon.at/de/strassenmagazin/archiv/megaphon\\_2004/november/83/](http://megaphon.at/de/strassenmagazin/archiv/megaphon_2004/november/83/) [abgerufen am 13.02.2016].
- Shannon, Claude E. & Warren Weaver. 1949. *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press, Urbana Champaign.
- Snell-Hornby, Mary, König, Hans, Kußmaul, Paul, Schmitt, Peter (eds.). 1998. *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg.
- Stadt Bielefeld Amt für Jugend und Familie - Jugendamt – (ed.). 2011. *Was Kinder brauchen – sieben Grundbedürfnisse* – In: [https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/WasKinderbrauchen\\_Internetneu.pdf](https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/WasKinderbrauchen_Internetneu.pdf) [abgerufen 22.02.2017].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (in Zusammenarbeit mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung) (eds.). 2016. *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Sprache Direkt (ed.). 2010. *Infoblatt*. In: [sprachedirekt.at/files/SpracheDirekt\\_Infoblatt.php](http://sprachedirekt.at/files/SpracheDirekt_Infoblatt.php) [abgerufen am 17.01.2017].
- Straub, Michael. 2016. Brauchen Ärzte und Spitäler einen Dolmetscher? In: *ÖKZ*. 57.JG. Graz: Schaffler, 3-4
- Stroebe, Wolfgang. (ed.). 2003<sup>4</sup>. *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Universität Graz. Translationswissenschaft. *Studienangebot* Stand 2017: <https://translationswissenschaft.uni-graz.at/de/studieren/studienangebot-am-itat/ba-transkulturelle-kommunikation/> [abgerufen am 01.01.2017].
- Universität Wien. *Studienangebot* Stand 2017. [http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no\\_cache=1](http://studentpoint.univie.ac.at/vor-dem-studium/alle-studien/?no_cache=1); <https://transvienna.univie.ac.at/studium/allgemeines-zum-studium/sprachen/> [abgerufen am 01.01.2017].
- Vogel, Heiner. & Hermann Faller. 2006. Ärztliches Handeln. Arzt-Patienten-Beziehung. In: Faller, Hermann & Hermann Lang (eds.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, 2. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, 155–158.



- Walzer, Nora-Magdalena. 2011. *Telefondolmetschen im Krankenhaus – sinnvolle Alternative oder Ergänzung zum Dolmetschen vor Ort? Eine Fallstudie zu Durchführbarkeit, persönlicher Befindlichkeit und Qualität*. Diplomarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as Interaction. On dialog-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wienke, Albrecht & Rosemarie Sailer. 2014. Aufklärung und Behandlung trotz Sprachbarriere. Wer trägt die Dolmetscherkosten?. In: *HNO* 7. Heidelberg; Berlin: Springer-Verlag, 536-537.
- Wiese, Ingrid. 1998. Die neuere Fachsprache der Medizin des 19. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der Inneren Medizin. In: Hoffmann, Lothar; Kalverkämper, Hartwig. & Herbert E. Wiegand (eds.) *Fachsprachen. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft*, 14.1, Berlin: de Gruyter, 1278-1285.
- Wirtschaftskammer Österreich (WKO). 2014. *Pressekonferenz "Gesundheit 2020 - Patienten im Mittelpunkt!" Im Fokus: Information und Transparenz. 22. September 2014, 10 Uhr, WKO Wien*. In: [https://www.wko.at/Content.Node/iv/presse/wkoe\\_presse/presseaussendungen/Konzept\\_Patient\\_im\\_Mittelpunkt\\_Gesundheit2020\\_Information\\_u\\_.pdf](https://www.wko.at/Content.Node/iv/presse/wkoe_presse/presseaussendungen/Konzept_Patient_im_Mittelpunkt_Gesundheit2020_Information_u_.pdf) [abgerufen am 26.12.2016].
- Wolf, Doris Maria. 2009. *Effektivität des ärztlichen Gesprächs: Auswirkungen einer konventionellen sowie professionellen ärztlichen Gesprächsführung auf Arzt-Patienten-Beziehung, emotionale Befindlichkeit, Symptomwahrnehmung und Behandlungszufriedenheit – aus Sicht von Patienten und Ärzten*. Diplomarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz.

## Webseiten

- Ärztchammer Steiermark. Webseite: [www.aekstmk.or.at](http://www.aekstmk.or.at) [abgerufen am 07.02.2017].
- AGES – Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. Webseite: [www.ages.at](http://www.ages.at) [abgerufen am 07.02.2017].
- Allgemeines Gesundheitsportal Österreich. Webseite: [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) [abgerufen am 03.02.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Webseite: [www.bmgf.gv.at/home](http://www.bmgf.gv.at/home) [abgerufen am 07.02.2017].
- Datenkorpus EXMARaLDA: [www.exmaralda.org](http://www.exmaralda.org) [abgerufen am 21.12.2016].
- Gehört.org/ Österreich. Webseite: <http://www.videodolmetschen.com/portfolio/ gehoert-org-wien-oesterreich/> [abgerufen am 21.01.2017].
- Gesundheit Österreich GmbH. Webseite: [www.goeg.at/de/Start.html](http://www.goeg.at/de/Start.html) [abgerufen am 07.02.2017].

Medizinische Universität Wien – Institut für Ethik und Recht in der Medizin – IERM:  
<http://www.ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/geplante-projekte/projekt-simultanes-vs-konsekutives-vd/> [abgerufen am 21.01.2017];  
<http://www.ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/laufende-projekte/projekt-gebaerdensprachdolmetscher-am-display/> [abgerufen am 21.01.2017].

Multilingual Graz (ed.). *Sprachenlandschaft Graz – Eine Stadt spricht 150 Sprachen*.  
In: <http://multilingual.uni-graz.at/projekte/14/sprachenlandschaft-graz.html> [abgerufen am 19.02.2017].

Plattform *Arztsuche*. Webseite: <http://arztsuche24.at> [abgerufen am 07.02.2017].

Plattform *Docfinder*. Webseite: [www.docfinder.at/arztsuche/praktischer-arzt/graz](http://www.docfinder.at/arztsuche/praktischer-arzt/graz) [abgerufen am 07.02.2017]

Plattform *help*. Webseite: [www.help.gv.at](http://www.help.gv.at) [abgerufen am 07.02.2017].

Plattform *Kliniksuche*. Webseite: [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at) [abgerufen am 07.02.2017].

Plattform *Netdoktor*. Webseite: [www.netdoktor.at](http://www.netdoktor.at) [abgerufen am 07.02.2017].

Plattform *Patientensicherheit ANetPAS - Austrian Network for Patient Safety*:  
[www.plattformpatientensicherheit.at](http://www.plattformpatientensicherheit.at) [abgerufen am 07.02.2017].

*SAVD Videodolmetschen GmbH*: <http://www.videodolmetschen.com/ueber-uns/> und  
<http://www.videodolmetschen.com/2016/12/09/wochenend-feiertags-und-nachtservice-sprachenerweiterung/> [abgerufen am 21.01.2017];  
<http://www.videodolmetschen.com/dolmetscher/> [abgerufen am 21.01.2017].

Stadt Graz. Informations-Webseite: [www.info-graz.at](http://www.info-graz.at) [abgerufen am 03.02.2017].

Stadt Graz. Webseite: <http://www.graz.at/> [abgerufen am 07.02.2017].

Suchportal "Gelbe Seiten": vgl. [www.herold.at/gelbe-seiten/graz-stadt/hausarzt](http://www.herold.at/gelbe-seiten/graz-stadt/hausarzt) [abgerufen am 06.02.2017].

Zahnärztekammer Österreich. Webseite: [www.zahnaerztekammer.at](http://www.zahnaerztekammer.at) [abgerufen am 07.02.2017].

## **Grazer Institutionen**

**ISOP** - Innovative Sozialprojekte GmbH. Webseite: <http://www.isop.at/ueber-isop/leitbild/>  
[abgerufen am 15.02.2017].

**OMEGA** - Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration.  
Dolmetschpool. Webseite: <http://www.omega-graz.at/projekte/02-dolmetschpool.shtml>  
[abgerufen am 15.02.2017].

**ZEBRA** - Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum. Webseite: <https://www.zebra.or.at/cms/cms.php?pageName=35> [abgerufen am 15.02.2017].

**UNI FOR LIFE**. Weiterbildung an der Universität Graz. Webseite:  
<http://www.uniforlife.at/sprachen/detail/kurs/kommunaldolmetschen-basiskurs-grundlagen-und-basiskompetenzen/> [abgerufen am 16.02.2017]; [http://www.uniforlife.at/news/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=109&cHash=8920a467a0758153634121fed774519d](http://www.uniforlife.at/news/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=109&cHash=8920a467a0758153634121fed774519d) [abgerufen am 16.02.2017].

## **Grazer Krankenanstalten:** [abgerufen am 04.02.2017]

Unfallkrankenhaus Graz der AUVA.	Webseite: <a href="http://www.auva.at">www.auva.at</a>
Sanatorium St. Leonhard.	Webseite: <a href="http://www.leonhard.at">www.leonhard.at</a>
Privatklinik Leech.	Webseite: <a href="http://www.privatklinik-leech.at">www.privatklinik-leech.at</a>
Privatklinik Kreuzschwestern.	Webseite: <a href="http://kreuzschwestern-graz.at">kreuzschwestern-graz.at</a>
Privatklinik Kastanienhof.	Webseite: <a href="http://www.kastanienhof.at">www.kastanienhof.at</a>
Privatklinik HANSA.	Webseite: <a href="http://www.privatklinikum-hansa.at">www.privatklinikum-hansa.at</a>
Privatklinik Graz Ragnitz.	Webseite: <a href="http://www.privatklinik-graz-ragnitz.at">www.privatklinik-graz-ragnitz.at</a>
LKH Graz Süd-West – West.	Webseite: <a href="http://www.lkh-graz-sw.at">www.lkh-graz-sw.at</a>
LKH Graz Süd-West – Süd/Landes Nervenlinik Sigmund Freud.	Webseite: <a href="http://www.lsf-graz.at">www.lsf-graz.at</a>
LKH-Univ. Klinikum Graz.	Webseite: <a href="http://www.klinikum-graz.at">www.klinikum-graz.at</a>
Krankenhaus der Elisabethinen.	Webseite: <a href="http://www.elisabethinen.at">www.elisabethinen.at</a>
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.	Webseite: <a href="http://www.barmherzige-brueder.at/site/graz/home;">www.barmherzige-brueder.at/site/graz/home;</a> <a href="http://www.barmherzige-brueder.at">www.barmherzige-brueder.at</a>
Albert-Schweitzer-Klinik.	Webseite: <a href="http://www.ggz.graz.at">www.ggz.graz.at</a>

## **Sozialversicherungen Steiermark** [abgerufen am 06.02.2017]

Steirische Gebietskrankenkasse (StGKK)	Webseite: <a href="portal/content?contentid=10007.711349&amp;viewmode=content">portal/content?contentid=10007.711349&amp;viewmode=content</a>
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Webseite: <a href="http://www.sva.or.at/portal27/svaportal/content?contentid=10007.713634&amp;viewmode=content">http://www.sva.or.at/portal27/svaportal/content?contentid=10007.713634&amp;viewmode=content</a>
Versicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Webseite: <a href="https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718054&amp;viewmode=content">https://www.svb.at/portal27/svbportal/content?contentid=10007.718054&amp;viewmode=content</a>
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Webseite: <a href="https://www.auva.at/portal27/auvaportal/content?contentid=10007.670874&amp;viewmode=content">https://www.auva.at/portal27/auvaportal/content?contentid=10007.670874&amp;viewmode=content</a>
Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA)	Webseite: <a href="http://www.bva.at/portal27/bvaportal/content?contentid=10007.676561&amp;viewmode=content">http://www.bva.at/portal27/bvaportal/content?contentid=10007.676561&amp;viewmode=content</a>
Pensionsversicherungsanstalt (PVA)	Webseite: <a href="http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content?contentid=10007.707572&amp;portal:componentId=gtn6c405862-e8f8-424c-bf51-6fecf17ff1dc&amp;viewmode=content">http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content?contentid=10007.707572&amp;portal:componentId=gtn6c405862-e8f8-424c-bf51-6fecf17ff1dc&amp;viewmode=content</a>
Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB)	Webseite: <a href="http://www.vaeb.at/portal27/vaebportal/content?contentid=10007.721278&amp;viewmode=content">http://www.vaeb.at/portal27/vaebportal/content?contentid=10007.721278&amp;viewmode=content</a>
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	Webseite: <a href="http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693656&amp;viewmode=content">http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693656&amp;viewmode=content</a> ; <a href="http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.754064&amp;portal:componentId=gtneafefa33-6bec-4abd-8bdb-86ac9174a827&amp;viewmode=content">http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.754064&amp;portal:componentId=gtneafefa33-6bec-4abd-8bdb-86ac9174a827&amp;viewmode=content</a>