



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## „Kultur- und Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegekräften und nicht-deutschsprachigen Patient:innen

Eine Analyse der Problembewältigungsstrategien  
zur Deckung des Kommunikationsbedarfs aus der Sicht von  
Pflegekräften eines oberösterreichischen Krankenhauses“

verfasst von / submitted by

Sarah Elisabeth Haspel, BA

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

Wien, 2024 / Vienna 2024

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

UA 070 331 342

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

Masterstudium Translation Deutsch Englisch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

## Vorwort

Hiermit möchte ich allen Menschen danken, die mich während des Schreibens dieser Masterarbeit auf meinem Weg begleitet und mich unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer. Ihre konstruktive Kritik und ihr Lob haben mir geholfen, mein Selbstvertrauen zu finden und mit ihrer fachlichen Expertise und ihren wertvollen Ratschlägen hat sie mich stets dabei unterstützt, mein Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Ich möchte mich auch bei meiner Familie und meinen Freund:innen bedanken, die mich im letzten Jahr durch guten Zuspruch und Trost, regelmäßigen Austausch und bei so manchen gemeinsamen Schreibnachmittagen immer wieder neu motivieren konnten, weiterzumachen. Besonderen Dank möchte ich meinen Korrekturleserinnen Helene Pointner und Johanna Reiter aussprechen. Vielen Dank, dass ihr euch die Zeit genommen habt und für die immer wieder notwendigen aufbauenden Worte während meiner unmotivierten Schreibphasen. Außerdem möchte ich mich bei meinem Partner für seine Geduld, sein Mitgefühl und für seine Unterstützung bedanken, mit dem er mich durch die Höhen und Tiefen meines Forschungs- und Schreibprozesses begleitet hat.

Natürlich bedanke ich mich auch herzlich für die Zeit und Hilfsbereitschaft meiner Interviewpartner:innen, ohne deren wertvolle Einblicke in ihren Arbeitsalltag im Pflegeberuf diese Masterarbeit nie zustande gekommen wäre.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Das österreichische Gesundheitssystem</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Aufbau und Organisation</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege im österreichischen Gesundheitssystem</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Kompetenz- und Qualifikationsprofile für Gesundheits- und Krankenpflege .....	9
1.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege in der Primärversorgung .....	11
1.2.3 Gesundheits- und Krankenpflege in der Sekundärversorgung .....	12
<b>2. Sprach- und Translationspolitik in Österreich</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Umgang mit Mehrsprachigkeit in der EU</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Umgang mit Mehrsprachigkeit und Translationspolitik in Österreich</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3 Kommunaldolmetschen und das Streben nach Professionalität</b> .....	<b>18</b>
<b>3. Transkulturalität und Mehrsprachigkeit in Gesundheitseinrichtungen</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1 Kultur und Transkulturalität</b> .....	<b>23</b>
<b>3.2 Auswirkungen von Transkulturalität und Sprachbarrieren auf die Gesundheitsversorgung</b> .....	<b>24</b>
3.2.1 Einfluss auf Kommunikation und Pflegebeziehung .....	24
3.2.2 Gesundheit und Migration .....	28
<b>3.3 Umgang mit Mehrsprachigkeit in Gesundheitseinrichtungen</b> .....	<b>31</b>
3.3.1 Mehrsprachige Pflegekräfte .....	32
3.3.2 Dolmetscher:innen .....	33
3.3.2.1 „Professionelle“ Dolmetscher:innen .....	34
3.3.2.2 Laiendolmetscher:innen und Kinder als Dolmetscher:innen .....	37
3.3.2.3 Remote Interpreting im Gesundheitswesen .....	39
3.3.3 Visuelle Hilfsmittel und mehrsprachiges Informationsmaterial .....	40
<b>4. Transkulturelle Pflege</b> .....	<b>42</b>
<b>4.1 Definition transkultureller und kultursensibler Pflege</b> .....	<b>42</b>
<b>4.2 Kommunikationsbedarf in der Pflege</b> .....	<b>43</b>
<b>4.3 Transkulturelle Aspekte in der Pflegeausbildung</b> .....	<b>44</b>
<b>4.4 Modelle und Konzepte der transkulturellen und kultursensiblen Pflege</b> .....	<b>47</b>
4.4.1 Sunrise Modell nach Leininger .....	47
4.4.2 Transkulturelle Pflege nach Domenig .....	48
4.4.3 Transkulturelles Kompetenzprofil nach Ewald Kiel .....	50
<b>5. Methode der empirischen Untersuchung</b> .....	<b>52</b>
<b>5.1 Merkmale und Prinzipien qualitativer Forschung</b> .....	<b>52</b>
<b>5.2 Zielsetzung</b> .....	<b>53</b>
<b>5.3 Datenerhebungsmethode</b> .....	<b>54</b>

5.3.1	Expert:inneninterviews .....	54
5.3.2	Interviewpartner:innen .....	56
5.3.3	Interviewleitfaden .....	60
<b>5.4</b>	<b>Kategorienbildung und Codierung .....</b>	<b>61</b>
<b>5.5</b>	<b>Analyseformen .....</b>	<b>63</b>
<b>6.</b>	<b>Auswertung und Analyse.....</b>	<b>65</b>
<b>6.1</b>	<b>Kommunikationssituationen .....</b>	<b>65</b>
<b>6.2</b>	<b>Pflegebeziehung .....</b>	<b>67</b>
<b>6.3</b>	<b>Kulturelle Einflüsse auf die Kommunikation und Betreuung .....</b>	<b>68</b>
<b>6.4</b>	<b>Strategien zur Kommunikationsbewältigung .....</b>	<b>70</b>
6.4.1	Dolmetscher:innen .....	71
6.4.1.1	<i>Familienmitglieder.....</i>	72
6.4.1.2	<i>Freunde und Bekannte.....</i>	73
6.4.1.3	<i>Mehrsprachiges Krankenhauspersonal .....</i>	73
6.4.1.4	<i>Video- und Telefondolmetschen .....</i>	75
6.4.2	Visuelle Hilfsmittel .....	76
6.4.3	Non-verbale Kommunikation .....	78
6.4.4	Eigene Mehrsprachigkeit.....	79
6.4.5	Verzicht auf Kommunikation.....	80
<b>6.5</b>	<b>Zufriedenheit mit den Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs.....</b>	<b>81</b>
6.5.1	Zufriedenheit mit Familienmitgliedern, Freund:innen und Bekannte als Dolmetscher:innen .....	81
6.5.2	Mehrsprachiges Krankenhauspersonal .....	84
6.5.3	Video- und Telefondolmetschen .....	85
6.5.4	Visuelle Hilfsmittel und Körpersprache.....	85
6.5.5	Verzicht auf Kommunikation.....	87
<b>6.6</b>	<b>Transkulturalität in Aus- und Fortbildungen .....</b>	<b>87</b>
<b>6.7</b>	<b>Einfluss des Pflegekräftemangels auf die Kommunikation und Patient:innenbetreuung .....</b>	<b>89</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusio .....</b>	<b>91</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>96</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>110</b>
	<b>Interviewleitfaden .....</b>	<b>110</b>
	<b>Transkripte.....</b>	<b>112</b>
	Interview 1.....	112
	Interview 2.....	119
	Interview 3.....	127
	Interview 4.....	132
	Interview 5.....	139
	<b>Abstract (dt.).....</b>	<b>144</b>
	<b>Abstract (engl.).....</b>	<b>145</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Sunrise-Modell nach Leininger (1998) .....	48
Abb. 2: Modell für Transkulturelle Kompetenz nach Dagmar Domenig (2007).....	50
Abb. 3: Prototypisches Modell inhaltlicher Strukturierung als Themenmatrix für Interviewstudien (Kuckartz 2018: 109).....	63
Abb. 4: Formen einfacher und komplexer Analyse nach Kuckartz (2018: 147) .....	64

## Einleitung

Transkulturalität spielt in unserer modernen und globalisierten Gesellschaft mittlerweile in fast allen Lebensbereichen eine Rolle, in denen Menschen aufeinandertreffen, interagieren und kommunizieren. Auch Krankenhäuser sind ein Bereich des täglichen Lebens, in denen ein Querschnitt der Bevölkerung aufeinandertrifft. Das hat zur Folge, dass in Krankenhäusern der Umgang mit Patient:innen unterschiedlichster Herkunft und einer damit einhergehenden Transkulturalität sowie mit Sprachbarrieren vor allem für das medizinische und pflegerische Personal in Krankenhäusern ein zunehmend relevanteres Thema wird. In der medizinischen Versorgung von Patient:innen und dabei insbesondere in der Pflegearbeit ist funktionierende Kommunikation von zentraler Bedeutung.

Kommunikative Aufgaben von Pflegekräften in Krankenhäusern reichen von Aufklärungsgesprächen über das Vermitteln von Orientierungswissen zum Krankenhausaufenthalt bis hin zum laufenden Abklären des Wohlbefindens und von Wünschen und Beschwerden der Patient:innen. Aufgrund der aktuellen Umgestaltung des Gesundheitsversorgungssystems in Österreich kommen den Pflegekräften in Gesundheitseinrichtungen allerdings zunehmend Aufgaben mit mehr Verantwortung zu. Auch das Mitwirken beim Erstellen von Diagnosen und immer mehr eigenverantwortliches Handeln in der Patient:innenarbeit gehören mittlerweile zum Arbeitsalltag von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP). Mit dieser zusätzlichen Verantwortung bekommt auch die Problematik von Sprachbarrieren in der medizinischen Kommunikation zwischen Pflegekräften und nicht-deutschsprachigen Patient:innen mehr Gewicht, da auch hier mangelhafte Kommunikation nun zunehmend ernstere Konsequenzen haben könnte.

Als Basisliteratur für diese Arbeit ist der Sammelband *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* von Kaelin et al. (2013) zu nennen, der als Ausgangspunkt für die weitere inhaltliche Recherche zu den Themenbereichen Kommunikationsbedarf in der Patient:innenarbeit sowie den Auswirkungen von Transkulturalität und Migration auf die Gesundheitsversorgung diente (vgl. Menz 2013; Körtner 2013; Kletečka-Pulker 2013). Eine erste inhaltliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten des Dolmetschens in medizinischen Settings ermöglichte der Sammelband *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*, herausgegeben von Pöllabauer und Kadrić (2021). Hier waren vor allem der Beitrag von Platter (2021) zum Aspekt der Professionalisierung im Kommunaldolmetschbereich und der Beitrag von Havelka (2021) zum technikgestützten Dialogdolmetschen im Gesundheitsbereich brauchbare Ausgangspunkte. Für das inhaltliche

Schwerpunktthema der transkulturellen beziehungsweise kultursensiblen Pflege wurden als Schlüsselwerke die Pflegeatlanten des Thieme Verlages *I care – Pflege* (Georg Thieme Verlag 2020) und *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegenden in der Ausbildung* (Schewior-Popp et al. 2017), dabei insbesondere Inhalte zu Kommunikation und Sprache in der Pflegearbeit, sowie das Lehrwerk *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, herausgegeben von Dagmar Domenig (2007), herangezogen.

Diese Arbeit setzt sich aus einem Theorieteil, in dem unter anderem die oben genannte Literatur aufgearbeitet wurde, und einem empirischen Teil zusammen, in dem die Vorgehensweise der Planung, Durchführung und Analyse der Interviewstudie ausgeführt sind. Die Theoriekapitel geben einleitend einen umfassenden Überblick in das österreichische Gesundheitssystem und beschreiben die Arbeitsbereiche und Aufgaben von Pflegekräften innerhalb dieses Systems, vor allem in der Sekundärversorgung. Auf einen kurzen Exkurs zum Thema Sprach- und Translationspolitik in der EU und in Österreich folgt eine umfangreiche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Transkulturalität und den Auswirkungen dieser auf Gesundheitseinrichtungen und das Gesundheitsversorgungssystem generell. In diesem Zusammenhang wird auch bereits theoretisch auf Möglichkeiten zum Umgang mit Mehrsprachigkeit in der Patient:innenarbeit in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern eingegangen. In anschließenden umfangreichen Ausführungen zur Relevanz von Kommunikation in der Pflegearbeit und der Einführung des Konzepts der *Transkulturellen Pflege* wird schließlich direkt auf das Kernthema dieser Arbeit hingeführt. Anhand von drei zentralen Forschungsfragen wird im empirischen Teil aufbauend auf die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviewstudie ermittelt, welche Einflüsse Transkulturalität und Sprachbarrieren auf den Arbeitsalltag und die Patient:innenarbeit von Pflegekräften in Krankenhäusern haben können und wie die befragten Pflegekräfte mit dadurch entstehenden Herausforderungen oder Problemen umgehen. Eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) lieferte Ergebnisse, die im Zuge einer ausführlichen Diskussion präsentiert werden, und mit denen die Forschungsfragen beantwortet werden konnten. Einige noch offene Fragen und weiterführende Gedanken wurden im Schlusskapitel der Arbeit angeführt.

# 1. Das österreichische Gesundheitssystem

In diesem Kapitel wird einleitend ein Überblick über das österreichische Gesundheitssystem vermittelt. Dazu wird zunächst die allgemeine Struktur und Organisation des Gesundheitswesens beleuchtet und danach die für diese Arbeit zentralen Akteur:innen der Gesundheitsversorgung, nämlich die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die Pflegeassistenten und die Pflegefachassistenten und deren Kompetenzprofile und Aufgabenbereiche in der primären, der sekundären Versorgung, sowie im ambulanten und stationären Bereich vorgestellt. Da sich die tertiäre Versorgung in Österreich auf wenige spezifische Einrichtungen beschränkt und sich die Aufgabenbereiche für Pflegekräfte dort aufgrund der Natur der Einrichtungen grundsätzlich mit denen der sekundären Versorgung decken (Czypionka et al. 2012: 173), werden die Aufgabenbereiche der Pflege in der tertiären Versorgung hier nicht extra angeführt.

## 1.1 Aufbau und Organisation

Generell kann das österreichische Gesundheitssystem in die ambulante und in die stationäre Versorgung untergliedert werden. Die ambulante Versorgung setzt sich aus den niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen, Zahnärzt:innen und Fachärzt:innen, den sogenannten „extramuralen“ Ambulatorien der Krankenkassen und selbstständigen und privaten Ambulatorien, sowie den „intramuralen“ Spitalsambulanzen in Krankenhäusern zusammen (Gesundheit Österreich GmbH 2019a). Die stationäre Versorgung erfolgt in Österreich durch öffentliche, privat-gemeinnützige und private Spitäler (ibid.). Dort werden Patient:innen mit akuten oder chronischen Krankheiten betreut und behandelt, außerdem erfolgt in diesen Einrichtungen die Notfallversorgung (Gesundheit Österreich GmbH 2022).

Eine zweite Möglichkeit zur Gliederung der Österreichischen Gesundheitsversorgung bietet die Gliederung in die primäre, die sekundäre und die tertiäre Versorgung, wie zuvor bereits angesprochen (vgl. Czypionka et al. 2012), wobei der Begriff *Primärversorgung* am häufigsten anzutreffen ist. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass in Österreich in den letzten Jahren aktiv an der Stärkung und dem Ausbau der Primärversorgung gearbeitet wird, um Fachärzt:innen zu entlasten, die Patient:innenbetreuung zu verbessern, und unser Gesundheitssystem resilienter zu machen (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2022a; Ruhaltinger 2021:28), weshalb zur Entwicklung der Primärversorgung besonders viele aktuelle Informationen veröffentlicht werden und sie auch vermehrt in der wissenschaftlichen Literatur behandelt wird (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2022; Rappold 2019, Ruhaltinger 2021). Leistungen der



Primärversorgung können Patient:innen bei Allgemeinmediziner:innen wie auch in Ambulatorien und Spitalsambulanzen in Anspruch nehmen. Die sekundäre Versorgung besteht aus der spezialisierten ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung durch Fachärzt:innen und Krankenanstalten. Die tertiäre Versorgung in Österreich erfolgt durch bundesweit insgesamt vier Universitätskliniken, die eine spezifische und hochspezialisierte Versorgung von Patient:innen bieten. Daneben gibt es noch weitere, spezifischere Versorgungsarten, zum Beispiel die Notfall- und Unfallsversorgung, Rehabilitationseinrichtungen, und weitere spezifischere Pflegeeinrichtungen, die nicht der sekundären Pflege zugeordnet werden können (Czypionka et al. 2012: 172ff.). Der Bereich der ambulanten Versorgung deckt sich also mit der Primärversorgung, während die stationäre Versorgung der sekundären und tertiären Versorgung entspricht.

## **1.2 Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege im österreichischen Gesundheitssystem**

Aufbauend auf diese generellen Ausführungen zum österreichischen Gesundheitswesen, wird im folgenden Unterkapitel der Fokus auf die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in österreichischen Gesundheitseinrichtungen gelegt. Dazu werden erst die Kompetenz- und Qualifikationsprofile von Gesundheits- und Krankenpflegekräften abgesteckt, wie sie in den jeweiligen Ausbildungsverordnungen definiert sind, aber auch aufgrund rechtlicher Vorgaben für die jeweiligen Berufsprofile. Anschließend geht dieses Kapitel noch etwas detaillierter auf verschiedene Einsatzbereiche für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in Krankenhäusern ein. Sich an den Ausführungen des vorhergehenden Kapitels orientierend wird auch dabei gesondert auf die jeweiligen Aufgabenbereiche der primären und der sekundären Versorgung eingegangen.

### **1.2.1 Kompetenz- und Qualifikationsprofile für Gesundheits- und Krankenpflege**

In der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegelandschaft wird zwischen drei verschiedenen Berufsprofilen unterschieden: dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (auch: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (DGKP)), den Pflegeassistentenkräften (PA) und den Pflegefachassistentenkräften (PFA) (vgl. Weiss 2020).

Die Ausbildung zur Pflegeassistentin dauert 1 Jahr und kann anschließend um die zweijährige Ausbildung zur Pflegefachassistentin erweitert werden (Weiss 2020: 133f.), wobei beide

Ausbildungen an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege absolviert werden können (ibid.: 133f.). Der Bachelorstudiengang für Gesundheits- und Krankenpflege dauert hingegen 3 Jahre und kann an ausgewählten Fachhochschulen absolviert werden (ibid.: 109f.).

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sind Kompetenzprofile für Pflegekräfte definiert. Der umfangreiche Kompetenzbereich für Kräfte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst sowohl pflegerische Kernkompetenzen als auch Kompetenz bei Notfällen, teilweise eigenverantwortliche Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, die Weiterverordnung von Medizinprodukten sowie Kompetenzen für die Arbeit im multiprofessionellen Versorgungsteam und aufbauend auf etwaige erworbene Spezialisierungen (§ 13 GuKG). Die pflegerischen Kernkompetenzen der DGKP sind detailliert im GuKG definiert und beinhalten „die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess)“ (§ 14 GuKG). Diese Kompetenzen beziehen sich auf sämtliche Versorgungsstufen und Formen der Versorgung sowie auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung/-beratung (ibid.). Die FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) hat ein auf dem GuKG basierendes Qualifikationsprofil definiert, welches Absolvent:innen eines Fachhochschul-Bachelorstudienganges für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erwerben sollen. Die FH-GuK-AV definiert im Rahmen dieses Qualifikationsprofils 48 individuumsbezogene, 13 organisationsbezogene und 6 gesellschaftsbezogene Fachkompetenzen. Diese orientieren sich an den Aufgabenfeldern der Pflegepraxis (§ 1 Abs 1 FH-GuK-AV).

Die Pflege(fach)assistenz hingegen ist für jene Aufgaben und Tätigkeiten verantwortlich, die ihnen von Pflegekräften des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzt:innen übertragen werden, unter anderem mit dem Ziel, die Ärzt:innenschaft zu entlasten (AK Steiermark 2016). Dazu zählen das Mitwirken bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen, das selbstständige und eigenverantwortliche Handeln in Notfällen und die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (Weiss 2020: 119ff.). Der Unterschied zwischen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz bezieht sich in erster Linie auf Zuständigkeiten für Tätigkeiten sowie ihre Einsatzbereiche. Der Einsatz von Pflegeassistent:innen ist auf längere Sicht zum Beispiel nicht in Krankenhäusern, sondern in der Langzeitpflege vorgesehen (AK Steiermark 2016). Einsatzbereiche für Kräfte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegefachassistenzkräfte werden sowohl in Krankenanstalten als auch in

Betreuungseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, in der Hauskrankenpflege oder in ärztlichen Ordinationen eingesetzt (Gesundheit Österreich GmbH 2019b).

In der Realität ist es unwahrscheinlich, dass jede:r Absolvent:in zum Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses über sämtliche der in den Ausbildungsverordnungen beschriebenen Kompetenzen in einem ausreichenden Ausmaß verfügt und sich die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen vollständig mit den berufsrechtlich möglichen Kompetenzen decken (Rappold et al. 2019: 21). Fachhochschulen können sogar beispielsweise standortbezogene Schwerpunkte in ihren Ausbildungszweigen setzen, solange die in der FH-GuK-AV festgelegten zumindest benötigten Fachkompetenzen, sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen sowie wissenschaftlichen Kompetenzen erreicht werden (§ 1 Abs 2 FH-GuK-AV). In der Realität werden also in Ausbildungen mindestens Grundkompetenzen vermittelt, spezifischere für die jeweilige berufliche Tätigkeit benötigte Kompetenzen müssen sich später im Arbeitsalltag angeeignet werden, beziehungsweise werden die Kompetenzrepertoires von Gesundheits- und Krankenpflegekräften im Laufe ihrer individuellen beruflichen Laufbahnen stetig erweitert und nach Bedarf vertieft (Rappold et al. 2019: 21).

### **1.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege in der Primärversorgung**

Der Mangel an qualifizierten medizinischen Fachkräften und Pflegekräften und damit der erschwerte Zugang zu medizinischer Primärversorgung, der weltweit zu beobachten ist, führt dazu, dass es in vielen Ländern zur Übertragung von Aufgaben und Verantwortung von Ärzt:innen auf Pflegekräfte kommt, um einen besseren Zugang zur Primärversorgung für die Bevölkerung zu ermöglichen (Maier et al. 2016). Ein breiter und niederschwelliger Zugang zur Primärversorgung als Teil des Konzepts der Universal Healthcare Coverage (UHC) ist sogar eines der in der Agenda 2030 der Vereinten Nationen formulierten Ziele (UN 2015: 18) und beinhaltet den Zugang zu medizinischen Services für alle Menschen, wann und wo auch immer diese benötigt werden und ohne dass die Inanspruchnahme dieser Services mit einem untragbaren finanziellen Aufwand verbunden ist (Tavares et al. 2019: 31). Aus dem 2021 Global Monitoring Report geht allerdings hervor, dass die aktuelle Lage nicht vielversprechend aussieht, was die Wahrscheinlichkeit betrifft, dass diese Ziele erreicht werden. Punkte, die der 2021 Global Monitoring Report dahingehend als problematisch einstuft sind unter anderem, dass sich seit Formulierung der Ziele die Unterstützung zur Deckung medizinischer Kosten nicht ausreichend verbessert hat, Ausgaben für medizinische Behandlungen zunehmend die finanziellen Möglichkeiten von Haushalten übersteigt, Ausgaben für Gesundheit nach wie vor ein Armutsrisiko für

viele Menschen darstellen und Ungleichheit bei der Verfügbarkeit von und dem finanziellen Zugang zu Gesundheitsservices von Haushalten innerhalb einzelner Länder herrscht (WHO et al. 2021).

Eine Studie der Cochrane Database of Systematic Reviews hatte zum Ziel, herauszufinden, was eine Übertragung der Leistungen von Ärzt:innen auf Pflegefachkräfte bedeutet und welche Folgen oder Chancen diese Leistungsverschiebung beinhaltet. Dazu wurden mehrere europäische Studien analysiert und verglichen, die diese Fragestellung behandelten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sich kaum Unterschiede in der Sterberate oder in den Behandlungserfolgen bei bestimmten Krankheiten, wie Herzerkrankungen, Diabetes oder Rheuma ergeben. Deutliche Unterschiede sind in der Dauer des Kontaktes zwischen Patient:innen und Pflegekräften im Vergleich zu Ärzt:innen erkennbar, die einerseits zu mehr Patient:innenzufriedenheit und zu einer höheren Wahrnehmung von Folgeterminen führen können (Laurant et al. 2019: 18).

### **1.2.3 Gesundheits- und Krankenpflege in der Sekundärversorgung**

Wie bereits erwähnt, besteht die medizinische Sekundärversorgung in Österreich aus der ambulanten und der stationären Versorgung durch Facharztpraxen und Krankenanstalten (Czypionka et al. 2012: 163). Im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) fallen unter Krankenanstalten allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten für die Behandlung von Patient:innen mit speziellen Krankheiten oder bestimmter Altersstufen, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Sanatorien, sowie selbstständige Ambulatorien und militärische Krankenanstalten (§ 2 Abs 1 KAKuG).

Während sich der erweiterte Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in der österreichischen Primärversorgung also erst fester etablieren beziehungsweise weiterentwickeln muss, sind sie in der Sekundärversorgungslandschaft, vor allem in Krankenhäusern traditionellerweise bereits ein fester Bestandteil. Ihre Aufgaben im Krankenhauskontext sind sehr umfangreich und betreffen wie erwähnt unterschiedlichste Bereiche, darunter klassischerweise die Pflege, aber auch das Mitwirken bei Diagnosen, Therapien und Maßnahmen der Rehabilitation sowie Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen (Gesundheit Österreich GmbH 2019b).

## **2. Sprach- und Translationspolitik in Österreich**

Mehrsprachigkeit ist ein wesentliches Merkmal der Europäischen Union (EU) und ein historischer Bestandteil der österreichischen Gesellschaft (vgl. Europäisches Parlament 2020). In diesem Kapitel wird näher beleuchtet, wie Mehrsprachigkeit in der EU und speziell in Österreich aus offizieller und rechtlicher Sicht behandelt wird. Im Zusammenhang mit dem Umgang mit Mehrsprachigkeit wird auch das Thema Kommunaldolmetschen grundlegend betrachtet und bereits ein Einblick in das Problemfeld der Professionalität im Kontext von Dolmetschen im Kommunalbereich gegeben.

Ahamer trifft eine anschauliche Einteilung in zwei Perspektiven, die für eine Betrachtung der Translationspolitik eines Landes eingenommen werden können und eigentlich zwei Ebenen beschreiben, auf denen sprachenpolitische Handlungen stattfinden (Ahamer 2014: 24). Die Einteilung erfolgt in die gesellschaftliche Ebene und die gemeinschaftliche Ebene (ibid.). Während dieses Kapitel sich mit nun erst mit der österreichischen Translationspolitik auf der gesellschaftlichen Ebene befasst, also mit Regulierungen und den Umgang mit Mehrsprachigkeit öffentlicher Einrichtungen, wird es in Kapitel 3 vorwiegend um den gemeinschaftlichen Aspekt translatorischer Handlungen gehen, also wie von Individuen innerhalb der Gemeinschaft ausgehend versucht wird, Kommunikationsbedürfnisse zu decken. Im Rahmen dieser Arbeit handelt es sich dabei vorwiegend um Individuen, die innerhalb des Gesundheits- und Pflegesektors tätig sind und ihre Strategien, ihren täglichen Kommunikationsbedarf zu decken.

### **2.1 Umgang mit Mehrsprachigkeit in der EU**

Mehrsprachigkeit und kulturelle und sprachliche Vielfalt stellen zwei der Grundwerte der EU dar (vgl. Europäisches Parlament 2020). Jeder Mitgliedsstaat der EU hat eine offizielle Amtssprache bestimmt, die damit auch als eine der Amtssprachen der EU fungiert, wodurch die EU aktuell 24 Amtssprachen hat (ibid.: 1). Mit dem Ausstieg des Vereinigten Königreichs aus der EU fiel der einzige Staat weg, dessen offizielle EU-Amtssprache Englisch gewesen wäre (Irland hat sich dazu entschlossen, Irisch als Amtssprache festzulegen), dennoch ist Englisch als Amtssprache der EU erhalten geblieben (Modiano 2022: 250). Ein Grund dafür könnte sein, dass Englisch neben Französisch und Deutsch als eine der Hauptarbeitssprachen für die interne Kommunikation der EU-Institutionen gilt (ibid.: 251). Gleichzeitig ist Englisch – nicht nur in der EU, sondern weltweit – eine Lingua Franca, die dazu beiträgt, EU-Bürger:innen untereinander zu vereinen, da sie die am weitesten verbreitete Zweitsprache in den EU-

Mitgliedsstaaten ist und damit die Kommunikation der EU-Bürger:innen miteinander ermöglicht. Zudem ist Englisch eine etablierte Verkehrssprache, die nicht nur Kommunikation innerhalb der EU-Grenzen, sondern auch die Kommunikation mit dem Rest der Welt ermöglicht (Eurostat 2019; Modiano 2022: 250).

Kulturelle und sprachliche Vielfalt sowie das Verbot der Diskriminierung aufgrund von Herkunft und Sprache stellen also einen wesentlichen Schwerpunkt der Grundwerte der EU dar und sind in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC) unter Artikel 21 und 22 festgelegt (Europäisches Parlament 2020). Auf der EU-Ebene bezieht sich sprachliche Vielfalt aber nicht ausschließlich auf den Umgang mit den offiziellen Landessprachen beziehungsweise EU-Amtssprachen, sondern auch auf den Umgang mit den in der EU anzutreffenden sprachlichen Minderheiten, was in einer eigenen Europäischen Charta verankert ist (vgl. Europarat 1992). Anzumerken ist jedoch, dass laut dieser Charta der Regional- und Minderheitensprachen (ECRML) nur solche Sprachen als Regional- und Minderheitensprache gelten, die „herkömmlicherweise in einem bestimmten Gebiet eines Staates von Angehörigen dieses Staates gebraucht werden“, sie umfassen aber keine Dialekte der Amtssprache(n) einzelner EU-Mitgliedsstaaten und auch keine Herkunftssprachen von Immigrant:innen, die in der EU leben (Art 1) (ibid.). Inhalte der ECRML sind hauptsächlich Grundsätze und zu ergreifende Maßnahmen, die sich auf den Schutz und die aktive Förderung von Regional- und Minderheitensprachen beziehen, wie etwa die Ermunterung zum Gebrauch solcher Sprachen, der Förderung von Bildungseinrichtungen, in denen Regional- und Minderheitensprachen gelehrt und gelernt werden können, sowie auch die Förderung von Forschung und Studium dieser Sprachen (Art. 7) (ibid.). Konkrete Details zur Umsetzung dieser Schutz- und Fördermaßnahmen gibt es für die Bereiche Bildung (Art. 8), Justizbehörden (Art. 9), Verwaltungsbehörden und öffentliche Dienstleistungsbetriebe (Art. 10), Medien (Art. 11), Kulturelle Tätigkeiten und Einrichtungen (Art. 12), Wirtschaftliches und soziales Leben (Art. 13) und grenzüberschreitenden Austausch mit anderen Staaten, in denen dieselben Regional- oder Minderheitensprachen gebraucht werden (Art. 14) (ibid.).

Als EU-Mitgliedsstaat hat Österreich den Forderungen in Bezug auf Sprache und Kultur der GRC sowie denen der ECRML nachzukommen. Im folgenden Teilkapitel liegt der Fokus nun speziell auf dem Umgang mit Mehrsprachigkeit, kultureller Vielfalt und kulturellen und sprachlichen Minderheiten innerhalb Österreichs.

## 2.2 Umgang mit Mehrsprachigkeit und Translationspolitik in Österreich

Mehrsprachigkeit und kulturelle Vielfalt stellen also in der Theorie Grundwerte der Europäischen Union und für das Zusammenleben der unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Gemeinschaften in der Union dar. Der Umgang mit Mehrsprachigkeit und kultureller Vielfalt in Österreich passt in der Realität allerdings nicht vollständig in diesen von der EU vorgegebenen Rahmen, denn trotz der heterogenen Bevölkerung Österreichs (vgl. Statistik Austria 2022) und einer gelebten Mehrsprachigkeit, vor allem im urbanen Raum (vgl. Vasilyev 2012), gibt es eine starke Vorherrschaft der Mehrheits- und Amtssprache Deutsch, vor allem in der öffentlichen Kommunikation und im Bildungswesen (vgl. oesterreich.gv.at 2023; Statistik Austria 2021). Im Zuge der Ratifikation der ECRML hat Österreich Burgenlandkroatisch, Romanes, Slowenisch, Slowakisch, Ungarisch sowie Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) zu Minderheitensprachen im Sinne dieses Abkommens erklärt (vgl. Europäische Charta der Regional- und Minderheitensprachen), wobei Kroatisch, Ungarisch und Slowenisch regionalen Amtssprachenstatus besitzen (§ 13 VoGrG). Der Umgang mit diesen regionalen Amtssprachen ist in Österreich nach Vorbild der ECRML im Volksgruppengesetz (VoGrG) sowie im Bundesverfassungsgesetz (BVG) geregelt und umfasst dort neben Bestimmungen und Maßnahmen zum Erhalt des Bestandes ansässiger Volksgruppen auch Bestimmungen zum sprachlichen Umgang mit diesen regionalen Minderheiten, etwa in Bezug auf die Kommunikation mit Behörden, Dienststellen und in anderen Bereichen der Öffentlichkeit (vgl. VoGrG; Europarat 1992; Art 8 B-VG). Im VoGrG findet sich unter § 1 eine Definition des Begriffes *Volksgruppen* sowie der rechtlichen Stellung dieser in Österreich:

- § 1. (1) Die Volksgruppen in Österreich und ihre Angehörigen genießen den Schutz der Gesetze; die Erhaltung der Volksgruppen und die Sicherung ihres Bestandes sind gewährleistet. Ihre Sprache und ihr Volkstum sind zu achten.
- (2) Volksgruppen im Sinne dieses Bundesgesetzes sind die in Teilen des Bundesgebietes wohnhaften und beheimateten Gruppen österreichischer Staatsbürger mit nichtdeutscher Muttersprache und eigenem Volkstum. (§1 VoGrG)

In der Realität gibt es aber in Österreich noch weitaus mehr sprachliche Minderheiten, im Sinne von Sprecher:innengruppen, die zahlenmäßig den Sprecher:innen der Mehrheits- und nationalen Amtssprache Deutsch unterlegen sind (vgl. Statistik Austria 2021). Trotz der Tatsache, dass die kulturell heterogene Bevölkerung, sprachliche Vielfalt und Sprachkontakt in Österreich, einem historischen „Vielvölkerstaat“, Tradition hat (vgl. Kim 2022; Ahamer 2014), gibt es über den Umgang nicht-amtlichen Minderheitensprachen, die zum Beispiel von Migrant:innen aus Drittstaaten gesprochen werden, keine gesetzlichen Regelungen für den Zugang zu offiziellen

Informationen oder der Kommunikation mit Regierungsorganen oder Organen der EU (vgl. VoGrG; Europäische Kommission 2023).

Doch selbst für Personen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten, die zwar einer oder mehrerer EU-Amtssprachen kundig sind, die aber kein oder nicht ausreichend Deutsch sprechen, kann die Alltagskommunikation und der Besuch bei österreichischen Ämtern, Behörden und anderen öffentlichen Stellen von sprachlichen Hürden durchzogen sein (Purkarthofer 2021: 57ff.). Sprachliche Unterstützung zum Überwinden dieser Kommunikationshürden, etwa durch das Beiziehen von Kommunaldolmetscher:innen, ist in Österreich nicht überall und nicht für alle Sprachen im gleichen Ausmaß und in der gleichen Qualität verfügbar beziehungsweise vorgesehen (Marics & Nuč 2021: 264ff.). Das hat mehrere Gründe, auf die im folgenden Unterkapitel näher eingegangen wird.

Ein Bereich, in dem zumindest in der Theorie jedem Menschen unabhängig seiner Sprache oder Herkunft das gleiche Recht auf sprachliche Unterstützung zugesichert ist, ist der Justizbereich. Alle Menschen, die in Österreich mit der Justiz in Kontakt treten, haben das Recht auf sprachliche Unterstützung durch Zuzug von Gerichtsdolmetscher:innen. Verankert ist dieses Recht in Österreich unter § 39a des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes (AVG) und besagt, dass für den Fall, dass „eine Partei oder eine zu vernehmende Person der deutschen Sprache nicht hinreichend kundig, stumm, gehörlos oder hochgradig hörbehindert [ist], so [ist] erforderlichenfalls der der Behörde beigegebene oder zur Verfügung stehende Dolmetscher (Amtdolmetscher) beizuziehen.“ (§ 39a AVG) Was allerdings nicht im AVG vorgeschrieben ist, ist, dass nicht-deutschsprachige Personen in ihrer Muttersprache vernommen werden müssen (ibid.). Hier tritt Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) in Kraft, die besagt, dass es zur Gewährleistung des Rechts auf ein faires Verfahren reicht, wenn Dolmetscher:innen zugezogen werden, die die Kommunikation in einer Sprache ermöglichen, in der sich nicht-deutschsprachige Personen in einem für das Verfahren ausreichenden Maße verständigen können (vgl. Windischbauer 2016; Art 6 Abs 3a EMRK).

Auch der Einsatz von allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen ist nicht ausnahmslos verpflichtend, denn in Ausnahmefällen können laut Strafprozessordnung (StPO) auch geeignete nicht beeidete Dolmetscher:innen ad hoc für ein Verfahren vereidigt werden, sofern keine allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen zur Verfügung stehen (§ 126 Abs 2b StPO). Das hängt unter anderem mit der Tatsache zusammen, dass sich in der österreichischen Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen nicht für jede Sprache (ausreichend) Dolmetscher:innen finden; der



Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher (ÖVGD) verzeichnet bereits seit Jahren einen Dolmetscher:innenmangel (vgl. Seeh 2021). Vor allem außereuropäische Sprachen sind in der Dolmetscher:innenliste des ÖVGD nur sehr spärlich vertreten (ÖVGD 2023a). Derzeit (Stand: März 2023) beinhaltet die Liste Dolmetscher:innen für insgesamt 51 Sprachen, von denen nur 19 keine EU-Sprachen sind (ibid.). Das Recht auf eine:n Dolmetscher:in im Justizverfahren beinhaltet natürlich auch Asylverfahren, wobei in solchen Verfahren besonders häufig Dolmetscher:innen für außereuropäische Sprachen benötigt werden, für die es wenige oder sogar gar keine allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen gibt. Zur Veranschaulichung: In den Jahren 2015 – 2023 wurden die meisten Erstanträge auf Asyl von Asylsuchenden aus Syrien, Afghanistan, Indien, dem Irak und Pakistan gestellt (BMI 2022), für die in diesen Ländern gesprochenen Sprachen sieht das Angebot an Gerichtsdolmetscher:innen allerdings sehr karg aus (ÖVGD 2023a); im Jahr 2021 wurden zum Beispiel rund 16.000 Asylanträge von Asylsuchenden aus Syrien gestellt, für die österreichweit nur ca. 30 allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Dolmetscher:innen für Arabisch zur Verfügung standen (vgl. ÖVGD 2023a; BMI 2022).

Ein Grund für den allgemeinen Mangel an allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen ist die schlechte Entlohnung für Dolmetscheinsätze vor Gericht in Kombination mit hohen Erwartungen bezüglich Qualifikationen und Flexibilität der Dolmetscher:innen, was bereits seit längerem von Sprecher:innen des ÖVGD kritisiert wird, wobei hier jedoch kaum Besserungen durchgesetzt werden können (vgl. Seeh 2021). Doch nicht nur die unattraktiven Arbeitsbedingungen sind Grund für den Gerichtsdolmetscher:innenmangel. Auch dass es in Österreich nur begrenzte Ausbildungsmöglichkeiten für Dolmetscher:innen, zum Beispiel im Rahmen von Universitätsstudiengängen, gibt, die jeweils nur in begrenzten Sprachkombinationen angeboten werden, spielt dabei sicher eine nicht zu vernachlässigende Rolle (vgl. Universität Wien 2015; Universität Innsbruck 2019; Karl-Franzens-Universität Graz 2017). Die verfügbaren universitären Ausbildungsmöglichkeiten beziehen sich außerdem zumeist nicht auf eine spezifische Gerichtsdolmetscher:innenausbildung, vielmehr handelt es sich um allgemeine Studiengänge für Translation, beziehungsweise für Dolmetschen und/oder Übersetzen (ibid.). Einzelne Lehrgänge mit Schwerpunkten für das Dolmetschen bei Gericht und Behörden existieren zwar, und richten sich auch an sprachkundige Personen ohne Dolmetschausbildung, sind allerdings nicht flächendeckend vorzufinden, sind mitunter mit (hohen) Kurskosten verbunden und werden ebenfalls nur in einigen wenigen ausgewählten Sprachkombinationen angeboten (vgl. Universität Wien, Postgraduate Center 2023).

Wie bereits erwähnt, gibt es außerhalb von Gerichten und Behörden noch weitere Bereiche, in denen sprachliche Hürden zu erheblichen Kommunikationsproblemen führen können. Auch in verschiedenen Bereichen der medizinischen (Grund-)Versorgung spielt es eine wichtige Rolle, sich verständigen zu können (vgl. Mantz et al. 2020; Menz 2013: 3f.). Für Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse ergibt sich dadurch ein erschwerter Zugang zu medizinischen Leistungen (Mehnert-Theuerkauf 2022: 255). Grundsätzlich haben alle in Österreich lebenden Personen als EU-Bürger:innen aufgrund der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC) ein „Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“ (Europäisches Parlament 2020) Fremdsprachigkeit, vor allem im Zusammenhang mit Migration, haben dennoch erheblichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung (Razum & Spallek 2015: 56; Anzenberger et al. 2015: 26).

Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheit, Mehrsprachigkeit und Migration folgt in Kapitel 3. Im nun folgenden Unterkapitel wird nun zuerst grundlegend auf die aktuelle Situation des Kommunaldolmetschens in Österreich und damit einhergehend auf das Konzept der Professionalisierung und der Problematik und gleichzeitigen Notwendigkeit des Laiendolmetschens eingegangen.

### **2.3 Kommunaldolmetschen und das Streben nach Professionalität**

Im Allgemeinen wird zwischen zwei Arten des Dolmetschens unterschieden, die sich wiederum in weitere Unterbereiche beziehungsweise Modi gliedern. Klassischerweise unterscheidet man grob in das Simultandolmetschen und das Konsektivdolmetschen (Pöchhacker 2015: 268). Grundsätzlich sind Einsatzbereiche für Dolmetscher:innen überall dort, wo eine Sprachmittlung nötig ist, um Kommunikation zu ermöglichen, also überall dort, wo Gesprächsteilnehmer:innen verschiedene Sprachen sprechen und ein direkter verbaler Austausch ohne eine:n Dolmetscher:in nicht möglich wäre (Pöchhacker 2016: 10). Diese Settings reichen von Konferenzen und Vorträgen, klassischen Simultandolmetschsettings, sowie mehrsprachigen Podiumsdiskussionen bis hin zum Kommunalbereich und dort vor allem unterschiedlichsten dialogischen Settings, wie Interviews oder (Gerichts-)Verhandlungen (vgl. Grbić 2015a). Bereits nun sollte hier erwähnt werden, dass Dolmetschen in Österreich generell als freier Beruf gilt, daher gibt es keinen Berufsschutz und damit auch wenig Regulierung für den Einsatz von Dolmetscher:innen, vor allem im Kommunalbereich (vgl. BMAW 2022). Die vorliegende Arbeit behandelt als Schwerpunkt einen Unterbereich des Kommunaldolmetschens, nämlich das Dolmetschen im

medizinischen Kontext, genauer im Kontext der Pflege in Krankenhäusern. Im Folgenden werden kurz ein paar beschreibende Faktoren des Kommunaldolmetschens aufgeschlüsselt, um einen Überblick über die Thematik zu geben, und anschließend das Konzept der „Professionalität“ beleuchtet.

Das Dolmetschen bei Gerichten, Behörden und Ämtern ist ein klassisches Beispiel für Einsatzbereiche von Kommunaldolmetscher:innen, aber auch das Dolmetschen bei anderen Stellen, wie etwa Beratungsgesprächen verschiedenster Art, in Schulen bei Elternkonferenzen, oder bei Arztgesprächen, in denen jeweils vollständige und funktionierende Kommunikation eine wichtige Rolle spielt, fällt unter den Rahmen des Kommunaldolmetschens (Pöchlhammer 2022: 14f.). Charakteristisch für solche Gesprächssettings ist, dass es sich dabei meist um Situationen handelt, die von einem asymmetrischen Machtverhältnis geprägt sind, bei dem die Teilnehmer:innen üblicherweise ein Mitglied der nationalen sprachlichen Mehrheit mit Expertise in einem bestimmten Bereich, ein Mitglied einer sprachlichen Minderheit und ein:e Dolmetscher:in sind (Balounová 2021: 14).

Die Einsatzbereiche für Kommunaldolmetscher:innen ist also sehr breit gefächert und entsprechend groß ist auch der Bedarf an Dolmetscher:innen, die diesen unterschiedlichen Einsatzbereichen gewachsen sind. In Österreich wächst die sprachliche Diversität der Gesellschaft kontinuierlich, wodurch für immer mehr (Minderheiten-)Sprachen sprachliche Unterstützung durch Dolmetscher:innen benötigt wird (vgl. Pichler 2017). Mit dieser Entwicklung hängt auch ein weiteres Merkmal von Dolmetschen im Kommunalbereich zusammen: in Kommunalsettings wird häufig in andere Sprachen gedolmetscht als etwa in Konferenzsettings, wo die Hauptverkehrssprachen traditionell zum Beispiel häufig Englisch oder Französisch sind (vgl. Modiano 2022; Sokolovska 2017). Im Kommunalbereich verwendete und gedolmetschte Sprachen sind hingegen vergleichsweise häufig Minderheitensprachen (Prunč 2017: 25).

Trotz dieses steigenden Bedarfs an Kommunaldolmetscher:innen, verzeichnet Österreich derzeit einen Dolmetscher:innenmangel, der eben auch im Kommunalbereich spürbar ist (vgl. Seeh 2021; vgl. Bodo 2021). An dieser Stelle muss noch einmal erwähnt werden, dass aufgrund des fehlenden Berufsschutzes des Dolmetscherberufes all jene Personen als Dolmetscher:innen gelten, die als Dolmetscher:innen tätig sind, ungeachtet ihrer Erfahrung, ihrer Ausbildung oder ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten (vgl. BMAW 2022). Es müsste also eigentlich von einem Mangel an *ausgebildeten* Dolmetscher:innen die Rede sein. Einige Gründe für diesen Mangel an ausgebildeten Dolmetscher:innen wurden oben bereits angeschnitten; im Folgenden wird nun noch einmal näher darauf eingegangen. Deutlich messbar ist der

Dolmetscher:innenmangel, wie ebenfalls bereits erwähnt, bei den Gerichtsdolmetscher:innen, da anhand der Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen gut erkennbar ist, für welche Sprachen Dolmetscher:innen verfügbar sind und für welche Sprachen Mängel bestehen (vgl. ÖVGD 2023a). Für die Lage in anderen kommunalen Bereichen, in denen gedolmetscht wird, finden sich keine so übersichtlich und einfach einsehbaren Zahlen oder Listen. Doch zum Beispiel anhand der oben erwähnten mangelnden Ausbildungsmöglichkeiten zu „professionellen“ Dolmetscher:innen kann man sich ein Bild von der allgemeineren Lage machen.

Ebenfalls beschreibend für das Kommunaldolmetschen, etwa im Vergleich zum Konferenzdolmetschen, sind das öffentliche Ansehen und die allgemeine Anerkennung des Berufsfeldes. Während Konferenzdolmetscher:innen und ihre Dienstleistungen gemeinhin ein relativ hohes Ansehen genießen, so trifft auf den Bereich Kommunaldolmetschen eher Gegenteiliges zu (Downie 2016: 56). Gründe für diesen „niedrigeren Status“ des Kommunaldolmetschens hängen unter anderem mit dem Professionalitätsgrad von Kommunaldolmetscher:innen zusammen (vgl. Ruano 2018). Konferenzdolmetschen gilt als sehr professionalisiert, während Kommunaldolmetscher:innen häufig mehrsprachige Laien ohne translatorische Ausbildung sind (Russell 2022: 5f.). Das hängt mitunter wiederum damit zusammen, dass eben in vielen Fällen eine Ausbildung für Kommunaldolmetscher:innen keine Voraussetzung ist (Hale 2015: 66) und, wie bereits erörtert, nicht immer ausreichend geeignete Dolmetscher:innen verfügbar sind. Gleichzeitig scheint der soziale Status von Sprecher:innen von Minderheitensprachen, besonders häufig sind das in solchen Settings Migrant:innen beziehungsweise Menschen mit Fluchthintergrund (Martínez-Gómez 2020: 371), einen Einfluss auf die öffentliche Anerkennung von Kommunaldolmetscher:innen zu haben (Hale 2015: 66f.).

In diesem Zusammenhang wird ein Thematisieren des Konzeptes der „Professionalität“ relevant. Dieses Konzept ist ein zunehmend stärker diskutiertes Thema in der translationswissenschaftlichen Forschung. Vor allem vor dem Hintergrund einer wachsenden linguistischen Diversität in Europa im Zuge der Globalisierung aber auch aufgrund von Migrationsbewegungen, etwa aufgrund politischer oder ökonomischer Unruhen in vielen Teilen der Welt in den letzten Jahren, kommt dem Kommunaldolmetschen (häufig verwendet werden auch die englischen Benennungen *Community Interpreting* oder *Public Service Interpreting* (vgl. Hale 2015)) zunehmend translationswissenschaftliche Aufmerksamkeit und allgemein mehr öffentliche Sichtbarkeit zu (Havelka 2021: 63f.; Marics & Nuč 2021: 250). Mit dieser erhöhten Aufmerksamkeit der Translationswissenschaft, beziehungsweise der Dolmetschwissenschaft, wird auch

zunehmend das Konzept der *Professionalität* und des *professionellen* Dolmetschens erörtert, nach Definitionen dafür gesucht, und seine Relevanz diskutiert (vgl. Platter 2021). Nach wie vor gilt das Konzept der Professionalität als etwas schwammig, aufgrund unzureichend definierter Faktoren und Eigenschaften, die Aufschluss über den Umfang und die Essenz von Professionalität geben könnten (vgl. Grbić 2015b). Häufig werden Definitionsversuche von Professionalität oder professionellem dolmetscherischen Handeln anhand unterschiedlicher Faktoren versucht, wie zum Beispiel bestimmten Qualifikationen oder Zertifizierungen durch (akademische) Ausbildungen oder Trainings, dem Befolgen einer Berufsethik, dem offiziellen geschützten oder ungeschützten Status des Dolmetschberufes in einem Land, oder schlicht einer technischen Eignung, die sich durch bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen in der Dolmetschpraxis äußert, und durch die eine gewisse Güte beziehungsweise Qualität gewährleistet werden kann (vgl. Lambert 2020: 166). Schmidt betrachtet Professionalität aus soziologischer Sicht und unterteilt sie dabei in verschiedene Dimensionen, nämlich die *Kompetenzdimension* (wissenschaftsbasiertes theoretisches Vorwissen und fachliche Spezialisierung, das in die praktische Umsetzung einfließt), die *Leistungsdimension* (Wie ist eine Leistung und ihr Nutzen gesamtgesellschaftlich eingebettet?), die *Strukturdimension* (Welche offiziellen Regulierungen sind auf die Ausübung der Profession anwendbar?), sowie die *Handlungs- und Habitusdimension* (Welche Haltung haben die „professionellen“ Dolmetscher:innen gegenüber ihrer Profession und ihren Klient:innen?) (Schmidt 2008: 839ff.). Doch diese Definitionsansätze sind nur wenige Beispiele; sie sind nicht als allgemeingültig zu verstehen und die Auflistung ist nicht erschöpfend. In dieser Arbeit sind mit professionellen Dolmetscher:innen solche gemeint, die ein entsprechendes Training oder eine Ausbildung zur Ausübung ihrer Tätigkeit absolviert haben, in denen Kompetenzen, Techniken und ethische Grundlagen vermittelt wurden, wie beispielsweise im Zuge eines Universitätsstudiums oder in speziellen Lehrgängen. Der Grund für die Wahl dieser Faktoren als Definition, also eine Dolmetschausbildung absolviert zu haben, in denen bestimmte Kompetenzen und ein Bewusstsein für die Verantwortung in der Dolmetscher:innenrolle in verschiedenen Dolmetschsettings vermittelt wurden, als Kriterien für „Professionalität“ zu wählen hat den Grund, dass dies häufig die Faktoren sind, auf die verwiesen wird, wenn die Problematik von Laiendolmetscher:innen in spezifischen Settings diskutiert wird (Petrova 2015: 47).

In gerichtlichen Kontexten bezieht sich das auf den häufigen Einsatz von ad hoc vereidigten Dolmetscher:innen, obwohl es Vorgaben zu einem Bevorzugen von allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher:innen gibt (vgl. ÖVGD 2023b). Risiken, die unter anderem in translationswissenschaftlichen Diskursen diskutiert werden, stehen im

Zusammenhang mit ethischen Konflikten, wie etwa Parteilichkeit/Voreingenommenheit, Interessenskonflikten, aber auch technisch/fachlichen Mängeln, wie etwa mangelnden Sprachkenntnissen oder fehlenden Dolmetschkompetenzen, die die inhaltliche Richtigkeit von Aussagen beeinträchtigen können, was schwerwiegende Folgen für die Personen haben kann, die das darauf aufbauende gerichtliche Urteil letztlich trifft (Petrova 2015: 47ff.). Auch in medizinischen Settings ist ein gewisser Grad an Professionalität erstrebenswert, wenn es um die Gesundheit von Patient:innen geht. Gründe dafür und allgemeine Zusammenhänge zwischen sprachlichen Barrieren und Gesundheit, vor allem im Kontext von Migration, werden im folgenden Unterkapitel näher erläutert.

### **3. Transkulturalität und Mehrsprachigkeit in Gesundheitseinrichtungen**

Dieses Kapitel nähert sich thematisch noch konkreter dem Schwerpunkt dieser Arbeit, Transkulturalität im Arbeitsalltag der Pflege in Krankenhäusern, an. Zentrale Themenpunkte dieses Kapitels sind die Konzepte Transkulturalität und Mehrsprachigkeit. Auf die Definitionen dieser Konzepte aufbauend wird der Einfluss von Transkulturalität und Mehrsprachigkeit und damit einhergehend der Einfluss von Sprachbarrieren auf die Kommunikation in österreichischen Krankenhäusern sowie auf mögliche Werkzeuge für die Bewältigung möglicher Komplikationen und Schwierigkeiten, die kulturelle Differenzen und Sprachbarrieren für die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient:innen bedeuten können, eingegangen. Genauer besprochen werden dabei die Rolle von mehrsprachigem Krankenhauspersonal, (ausgebildeten) Dolmetscher:innen und visuellen Hilfsmitteln.

#### **3.1 Kultur und Transkulturalität**

Um sich einer Begriffsdefinition des Konzepts der Transkulturalität anzunähern, sollte dieser Begriff für ein Grundverständnis zunächst in seine Bestandteile zerlegt betrachtet werden. Das allem zugrundeliegende Konzept ist das der „Kultur“. Eine nicht mehr zeitgemäße, jedoch häufig als Basis für andere Kulturtheorien und -modelle verwendete Definition ist die Definition des Kulturbegriffes nach Tyler aus dem Jahr 1871. Dieser zufolge umfasst Kultur im ethnografischen Sinn „knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society“ (Tyler 1871: 1). Diese Definition gilt in unserer durchmischten modernen Weltgesellschaft als obsolet und in der Literatur finden sich für den „Kulturbegriff“ mittlerweile zahllose Definitionen, weshalb sein konkretes und allgemeingültiges Abstecken und Definieren kaum mehr möglich ist, da Kultur nichts Statisches oder Angeborenes ist (Seidl & Walter 2010:17). Das Konzept der Transkulturalität gründet auf dem Konzept der Kultur und beschreibt ein Sich-bewegen in und zwischen kulturellen Kategorien, durch das Grenzen verschwimmen, was eine Abgrenzung des Kulturbegriffs noch unmöglicher erscheinen lässt (Dengscherz & Cooke 2020: 114). In einer von Migration und Globalisierung geprägten modernen Welt finden ständig transkulturelle Prozesse statt, in denen neue Formen des Zusammenlebens entstehen, indem Grenzen von Kulturen überschritten werden und ineinander übergehen (Wulf 2020: 3). Hier ist auch der Unterschied zwischen Transkulturalität und Interkulturalität angesiedelt. „Interkulturell“ bezeichnet Beziehungen zwischen verschiedenen Kulturen, während „transkulturell“ also die Übergänge und Vernetzungen zwischen ihnen beziehungsweise Phänomene, die mehrere Kulturen übergreifen, betrifft (Mecklenburg 2021: 13).

## **3.2 Auswirkungen von Transkulturalität und Sprachbarrieren auf die Gesundheitsversorgung**

Transkulturealität und Sprachbarrieren können sich auf unterschiedlichen Ebenen auf die Versorgung von Patient:innen in Krankenhäusern auswirken. Man kann dabei grob in zwei Arten von Problemen unterscheiden, die durch Transkulturalität, etwa aufgrund von Migration, entstehen können: erstens, Probleme durch Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Sprache und zweitens, ethische Konfliktfälle aufgrund von unterschiedlichen Wertvorstellungen und Haltungen (Peters 2014: 125). Folgen von Kommunikationsschwierigkeiten können Fehldiagnosen, unnötige Mehrfachuntersuchungen, schlechtere Compliance und schließlich eine längere Verweildauer von Patient:innen im Krankenhaus sein (Pöllabauer 2013: 87). Diese Folgen sind vermeidbar und geben bereits erste Hinweise auf die wichtige Rolle, die professionell agierende Dolmetscher:innen in der transkulturellen Kommunikation spielen können, da diese idealerweise nicht ausschließlich als Sprachmittler:innen fungieren, sondern im besten Fall auch die Rolle von Kultur- und Wertemittler:innen einnehmen (vgl. Peters 2014). Im folgenden Abschnitt wird erläutert, wieso die eingangs erwähnten Arten von Problemen nicht unabhängig voneinander betrachtet werden sollten und welche Konsequenzen daraus entstehen können.

### **3.2.1 Einfluss auf Kommunikation und Pflegebeziehung**

In medizinischen Settings ist die Kommunikation zwischen Patient:innen und ihren behandelnden Ärzt:innen von großer Wichtigkeit; ein ebenfalls nicht zu vernachlässigender Teil der Kommunikation im Gesundheitsbereich findet aber mit Pflegekräften statt (Schambortski 2019: 1200). Arztgespräche sollen Patient:innen einerseits mit relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und die Prognose versorgen, gleichzeitig sollten aber auch alternative Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden, wodurch ermöglicht wird, dass Patient:innen aufbauend auf eine ausführliche Beratung zu einer eigenen Bewertung und einer darauf aufbauenden Entscheidung gelangen (Schröter 2014: 27). Medizinstudent:innen wird bereits im Studium die Wichtigkeit einer sorgfältigen Anamnese vermittelt, da kommunikative Nuancen von erheblicher und nicht zu vernachlässigender Bedeutung sein und bereits kleine Missverständnisse zu Fehldiagnosen führen können (Flubacher 2011: 520). Der Pflegealltag in Krankenhäusern ist ebenfalls von häufiger Kommunikation gezeichnet, da Pflegekräfte immer wieder einfache Handlungsanleitungen oder Mitteilungen an Patient:innen zu übermitteln haben, vor allem im stationären Pflegebereich einfacher gehaltene, tägliche Kommunikation mit Patient:innen stattfindet, in Notsituationen reagiert und kommuniziert werden muss, immer wieder die Krankheit



oder Behandlung betreffende Fachausdrücke erklärt werden müssen und Pflegekräfte auch zunehmend bei pflegeanamnestischen Gesprächen eingesetzt werden (Stucker 2007: 224). In Kapitel 4.2 wird auf den Kommunikationsbedarf in der Pflege noch ausführlicher eingegangen.

Probleme, die durch Kommunikationsbarrieren aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen auftreten können, betreffen einerseits die Ausdrucksfähigkeit der Patient:innen, was dazu führen kann, dass möglicherweise Angaben zur eigenen Person und Gesundheit beziehungsweise Krankheit falsch verstanden werden und somit das Risiko einer Fehlbehandlung besteht (Schambortski 2019: 1201). Auf der anderen Seite können die behandelnden Ärzt:innen oder Pflegekräfte womöglich nicht ausführlich genug erklären, welche Maßnahmen warum im Zuge der Behandlung ergriffen werden, was angstausslösend für Patient:innen sein kann (ibid. Schambortski).

In den sehr umfangreichen allgemeinen Lehr- und Nachschlagewerken für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung des Thieme-Verlages findet sich bereits in den einführenden Kapiteln eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Thema Kommunikation mit Patient:innen und Pflegeempfänger:innen, aber auch mit den Angehörigen dieser, sowie auch die interne Kommunikation von Fachkräften untereinander. Behandelt werden dort sowohl professionelle Gesprächsgestaltung, Gesprächskompetenzen und Gesprächstechniken, aber auch eine generelle Aufgliederung der Kommunikation in die verbale, die paraverbale und die nonverbale Kommunikation, wobei auffallend viel Aufmerksamkeit auf der nonverbalen Kommunikation, also der Körpersprache, Mimik, Gestik, Blickkontakt und der Körperhaltung sowie der Bedeutung von Abstand und Körperkontakt in Pflegesituationen liegt (vgl. Mantz et al. 2020). Bei der verbalen Kommunikation handelt es sich um den gesprochenen oder geschriebenen Austausch von Informationen, während die paraverbale Kommunikation Faktoren wie Redelautstärke, Betonung, Geschwindigkeit oder die Wahl des Sprachregisters betrifft (Hofinger 2012: 146f.). Vor allem im Vergleich zur Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen spielen diese nonverbalen Faktoren in der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patient:innen und Pflegeempfänger:innen eine große Rolle, da sie einen starken Einfluss auf die Pflegebeziehung haben können (Altorfer & Käsermann 2007: 242). In Pflegewerken ist in diesem Zusammenhang auch häufig von *leiblicher Kommunikation* die Rede. Diese beschreibt die Rolle von Blicken (wohlwollend vs. abweisend), beruhigender vs. drohender Stimme, des Atems, von verschiedenen Stärken des Händedrucks (Streicheln vs. Festhalten/Fixieren), und es wird auf die Kongruenz bzw. Inkongruenz von verbaler und non-verbaler Kommunikation hingewiesen, also ob die gesprochene und die Körpersprache übereinstimmen (Schambortski 2019: 1204).

Man könnte hier die These aufstellen, dass verbale Kommunikationsstrategien schneller aufgrund sprachlicher Barrieren zwischen Patient:innen und medizinischen Fachkräften scheitern können als nonverbale und paraverbale Kommunikations- und Ausdrucksformen, da diese nicht unbedingt von der Sprache abhängig sind, die die Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen und die medizinischen Fachkräfte sprechen. Allerdings sollte Sprache mit all ihren Kommunikationskanälen nicht komplett unabhängig von unterschiedlichen (sozio-)kulturellen Einflüssen betrachtet werden, denn auch non- und paraverbale Ausdrucksformen werden nicht auf der ganzen Welt und von allen Menschen einheitlich verwendet und verstanden (Altorfer & Käsermann 243f.; Broszinsky-Schwabe 2011: 119ff.). Etwa in Bezug auf die Akzeptanz von körperlicher Nähe oder räumlicher Distanz oder das Vermitteln von Empathie durch Körpersprache und paraverbalen Ausdruck können erhebliche kulturelle Unterschiede bestehen (Dreachslin et al. 2012: 287). Daraus könnte man wiederum ableiten, dass medizinische Fachkräfte nicht ausschließlich, aber vor allem in Situationen, in denen verbale Kommunikation nicht oder nur eingeschränkt verwendet werden kann, auf ein Repertoire transkultureller Kompetenzen und Kommunikationsstrategien zurückgreifen können sollten, um die Kommunikation mit ihren Patient:innen dennoch zu ermöglichen.

Die Qualität der Pflegebeziehung steht auch generell in einem starken Zusammenhang mit der Qualität der Kommunikation, da Kommunikation im Laufe des Pflegeprozesses ständig stattfindet (Schambortski 2019: 1200). Vor allem für Pflegekräfte ist die Fähigkeit, eine (professionelle) Beziehung zu den Pflegeempfänger:innen aufzubauen zentral, denn sie ist die Voraussetzung dafür, dass der Pflegeprozess optimal gestaltet werden kann und damit gewisse Qualitätsansprüche erfüllt (Mantz 2020: 275). Um eine gute Pflegebeziehung aufzubauen, müssen Pflegekräfte den Pflegebedürftigen das richtige Maß an Empathie und Verständnis entgegenbringen, ihre Unterstützung anbieten und für die Pflegebedürftigen da sein, ihnen mit Respekt gegenüberzutreten und dabei dennoch klare Grenzen aufrechterhalten (Heilig et al. 2020: 28f.).

Zeitdruck aufgrund von zahlreichen Patient:innen, die zunehmend wegen kleinerer Beschwerden bereits Fachärzt:innen aufsuchen, sowie der medizinisch-technische Fortschritt, der eine informelle Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen immer schwieriger macht, führen dazu, dass die Kommunikationsdauer und damit die Qualität der medizinischen Kommunikation mit Patient:innen abnimmt (Schröter 2014: 26f.). Ein Problem, das dabei für Patient:innen, die sich aufgrund von Sprachbarrieren nicht gut genug mit ihren Ärzt:innen austauschen können, entstehen könnte, ist das Risiko, eine schlecht informierte Entscheidung zu

treffen, wenn sie einem Arztgespräch nicht ausreichend folgen und sich auch nicht ausreichend selbstständig informieren können (ibid. Schröter 2014:27). Sprachliche Barrieren verlangsamen die Kommunikation noch zusätzlich, wodurch gerade in Situationen mit Zeitdruck oder aus einer Verständigungsnot heraus das Risiko entstehen könnte, dass die Kommunikation zu sehr vereinfacht wird und womöglich relevante Informationen, die die Patient:innen für eine informierte Meinungsbildung brauchen würden, oder Anweisungen, die im besten Fall richtig verstanden und ausgeführt werden sollten, um den Behandlungserfolg nicht zu beeinträchtigen, ausgelassen oder stark reduziert werden (Kletečka-Pulker 2013: 62f.). Im Pflegebereich hat der Mangel an Pflegekräften in der österreichischen Gesundheitsversorgungslandschaft und die damit einhergehende hohe berufliche Belastung von Pflegekräften in ihrem Arbeitsalltag, die in Kapitel 1 bereits thematisiert wurde, einen ähnlichen Einfluss auf die Qualität der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Pflegeempfänger:innen und damit die Pflegequalität (vgl. Biermann 2018).

Neben den rein sprachlichen Barrieren können auch kulturelle und religiöse Hintergründe einerseits ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankenverhalten seitens der Patient:innen bedingen, zum Beispiel was die Wahrnehmung und den Ausdruck von Schmerzen betrifft (vgl. Hüper & Kerkow-Weil 2007), andererseits aber auch zu unterschiedlichen Erwartungshaltungen und Präferenzen im medizinischen und therapeutischen Kontext führen, die von medizinischen Fachkräften respektiert werden müssen, um eine angemessene Behandlung und Zufriedenheit auf beiden Seiten zu ermöglichen (Hollenrieder 2022: 2f.). Hierbei ist auch von Kultursensibilität oder kultursensibler Pflege die Rede, auf die Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit das Hauptaugenmerk legen wird.

Wichtig zu erwähnen ist hier allerdings noch, dass die kulturellen Hintergründe der Patient:innen nicht die Hauptrolle im Entstehen von Kommunikations- und Verständnisproblemen spielen. In einem nicht zu vernachlässigenden Maße entscheidend für das Entstehen von Kommunikationsschwierigkeiten und Missverständnissen ist auch der „institutionelle Rahmen“, in dem die Kommunikation beziehungsweise Interaktionen stattfinden (Knipper 2014: 62). Daneben beeinflussen auch soziale Faktoren, kommunikative Fähigkeiten und habitualisierte Verhaltensmuster des ärztlichen Personals und der Pflegefachkräfte die Kommunikationsqualität, etwa abhängig davon, wie viel Wertschätzung den Patient:innen entgegengebracht wird, denn medizinische Fachkräfte werden immer unterschiedlich stark dazu bereit, beziehungsweise überhaupt dazu fähig sein, sich um eine ausreichende und angemessene Kommunikation mit den Patientinnen zu bemühen (ibid. Knipper 2014: 62). Kommunikationsprobleme allein auf

die Kultur der Patient:innen und Pflegeempfänger:innen beziehungsweise auf kulturelle Differenzen zu schieben, erscheint vor diesen Faktoren fast wie eine zu einfache Ausrede. Vielmehr sollte hier also auch eine organisationsethische Perspektive eingenommen werden, in der Institutionen und Organisationen zur Verantwortung gezogen werden, um die eigene Unternehmens- beziehungsweise Organisationskultur zu reflektieren, um einer gewissen sozialen Verantwortung ihren Klient:innen gegenüber nachkommen zu können (Wehkamp 2014: 81).

### **3.2.2 Gesundheit und Migration**

Die österreichische Bevölkerungszusammensetzung ist geprägt von Migration. Mehr als ein Viertel der Österreicher:innen hat einen Migrationshintergrund. Faktoren für die Zuwanderung nach Österreich sind zum einen die weltweit ansteigende internationale Mobilität, zum anderen internationale Fluchtbewegungen aufgrund von Krieg, Verfolgung oder Klimakatastrophen, die Menschen dazu zwingen, in sicheren Ländern wie Österreich Asyl zu suchen (vgl. Bundeskanzleramt 2022b). Zuletzt erreichte die Anzahl an Asylanträgen in Österreich nach 2015, zurückzuführen auf die Unruhen im Nahen Osten, 2022 erneut einen Höchststand (Statista 2023).

Der hohe Anteil an Migrant:innen, die in das österreichische Gesundheitssystem gelangen, stellt also wie oben bereits besprochen das Krankenhauspersonal vor völlig neue Herausforderungen. Es stellt sich allerdings auch die Frage, welchen Herausforderungen die Migrant:innen, insbesondere jene mit Fluchthintergrund, gegenüberstehen, und wie sich Flucht und Migration auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich auswirken. Finanzielle Unsicherheiten, Armut und Arbeitslosigkeit gehören zur Lebensrealität für viele in Österreich lebende Menschen, Migrant:innen zählen aber zu den sozial besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen und sind damit häufig besonders stark von sozialen Missständen betroffen (Loncarevic 2007: 140). Beginnend mit Ausgrenzungsmechanismen oder Fremdenfeindlichkeit durch die ansässige Bevölkerung im Aufnahmeland reichen Herausforderungen, denen Migrant:innen gegenüberstehen, über erschwerte Arbeitsbedingungen und schlechtere Erfolgschancen am Arbeitsmarkt bis hin zu den zahlreichen Herausforderungen in Bezug auf den Zugang zu Sozialleistungen, jeweils abhängig von den jeweiligen Aufenthaltstiteln (ibid.: 146ff. Loncarevic). Reformen des österreichischen Sozialsystems, die teils als Reaktion auf die Überforderung durch Flucht- und Migrationsbewegungen gefordert werden, erschweren Personen, die die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzen, zunehmend den Zugang zu staatlichen Sozialhilfeleistungen (Kaspar 2021: 2). Auch das hängt wiederum mit den erschwerten

Arbeitsmarktbedingungen zusammen, die mitunter an den Aufenthaltsstatus geknüpft sind (Loncarevic 2007: 147; Kletečka-Pulker 2013: 45).

Bereits der Zugang zum Sozialsystem und damit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt also eine Herausforderung für viele Migrant:innen, besonders mit unklarem Asylstatus, dar, doch auch Personen mit Aufenthaltstitel, Arbeitserlaubnis und Staatsbürgerschaft können aufgrund ihres Migrations- beziehungsweise Fluchthintergrunds noch gewissen Hürden und Problemen in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung ausgesetzt sein (ibid.: Kletečka-Pulker 2013: 45f.). Kommunikationsschwierigkeiten und ihre Auswirkungen auf die Behandlung und Pflege wurden weiter oben bereits thematisiert. Aber die Schwierigkeiten in der Kommunikation und kulturelle Unterschiede sind nicht die einzigen Aspekte, die in diesem Zusammenhang relevant sind. Migration und insbesondere Flucht zwingen Menschen dazu, enorme psychosoziale Anpassungsleistungen zu erbringen, die zuerst das Verarbeiten der Migrationserfahrung, weiters aber auch Statusverlust im Aufnahmeland, traumatische Verluste von Angehörigen und generellen Anpassungsdruck umfassen können (Trevisan 2020: 23:f.). Hinzu kommen noch weitere Herausforderungen, die von der Gesellschaft des Aufnahmelandes ausgehen. Rassismus und Diskriminierung können sich erheblich auf die Lebensqualität und psychische Gesundheit von Migrantinnen auswirken (Trevisan ibid.: 24). Rassismus und (institutionelle) Diskriminierung aufgrund von Herkunft spielen auch in der Gesundheitsversorgung von Migrant:innen eine wesentliche Rolle, etwa wenn es um den erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen aufgrund von ungleichen Ausgangsbedingungen wie mangelnden Sprachkenntnissen und damit einhergehend einem Informationsdefizit geht (Kilcher 2007: 114). Rassistisch motivierte Diskriminierung kann durch Vorurteile gegenüber „Fremden“ entstehen, wenn Gesundheitspersonal Abwehrhaltungen einnimmt, gezielt Informationen vorenthält, oder gar offen aggressives Verhalten gegenüber Patient:innen und Pflegeempfänger:innen mit Migrationshintergrund zeigt (Kilcher ibid.).

Weitere Bezugspunkte zur Einordnung der Gesundheitsversorgungssituation von Migrant:innen in westlichen Aufnahmeländern finden sich in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, wo „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ als grundlegende Bedingungen für Gesundheit beschrieben sind (WHO 1986: 5); doch es sind exakt diese Punkte, in denen Migrant:innen sich oft in einer benachteiligten Position wiederfinden (Baier 2013: 33ff.). Darüber hinaus können sich für bestimmte Personengruppen aber noch andere, spezifischere Probleme ergeben.

Eine dieser besonders vulnerable Gruppe, stellen alte Menschen dar. Generell besteht für ältere Menschen, unabhängig davon, ob diese einheimisch oder zugewandert sind, das Risiko, dass sich Defizite aus dem Erwerbsleben im Alter verfestigen; Altersarmut kann die Folge sein (Hungerbühler 2007: 399). Statistisch betrachtet sind Personen mit Migrationshintergrund überproportional schlechter ausgebildet und damit übervertreten in Wirtschaftsbranchen mit stärkerer Gesundheitsbelastung, höherem Unfallrisiko und niedrigerem Einkommen, wie etwa dem Baugewerbe, dem Gastgewerbe oder dem verarbeitenden Gewerbe (vgl. Wiedenhofer-Galik & Baumgartner 2022). Für den Pflegesektor bedeutet das die Notwendigkeit, sich auf Migration in einer alternden Gesellschaft als zunehmenden Einflussfaktor in der Altenpflege einzustellen. Migrant:innen zeigen zum Teil unterschiedliche Erwartungshaltungen und Sorgen in Bezug auf ihre eigene Pflegesituation im Alter, etwa was Präferenzen von stationärer Betreuung gegenüber der mobilen häuslichen Betreuung betrifft (Hungerbühler 2007: 401). Sorgen dieser älteren Pflegeempfänger:innen betreffen etwa Misstrauen in Institutionen der Altenpflege oder Ängste vor sozialer Isolation in stationären Betreuungseinrichtungen sowie vor sprachlichen Kommunikationsproblemen (ibid. Hungerbühler). Auch in der Palliativversorgung von älteren Migrant:innen kann es zu Versorgungsdefiziten kommen, wie eine deutsche Studie von Jansky et al. (2017) über die palliative Versorgung von Menschen mit türkischem oder arabischen Migrationshintergrund aus dem Jahr 2017 zeigte. Vor allem innerfamiliäre Strukturen, die zur Ablehnung einer palliativen Behandlung führten, Sprachbarrieren und soziale Stigmata im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Hilfe und der Angst vor dem Umstieg von kurativer Pflege auf palliative Pflege stechen als Beweggründe für eine ablehnende Einstellung von älteren Migrant:innen gegenüber ihrer Palliativversorgung heraus (Jansky et al. 2017: 48ff.).

Auch Frauen mit Migrationshintergrund zählen zu einer Gruppe, die ganz spezifischen Herausforderungen gegenübersteht, beziehungsweise für die das Risiko sozialer beziehungsweise sozioökonomischer Benachteiligung häufig besonders groß ist (Baier 2013: 33). Bereits auf ihren Migrationswegen aber auch nach Ankunft im Aufnahmeland finden sich Frauen besonders häufig in Ausbeutungsverhältnissen, sind Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt und stehen vor größeren Schwierigkeiten, am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (Loncarevic 2007: 151). Für die Gesundheitsversorgung von Frauen mit Migrationshintergrund ist nicht nur Rücksicht auf Faktoren des biologischen sowie des sozialen Geschlechts und damit einhergehend auf bestimmte Geschlechterrollen und ihre spezifischen Anforderungen Rücksicht zu nehmen, sondern in weiterer Folge auch auf kulturbedingt unterschiedliche Auslegungen dieser Geschlechterrollen und Anforderungen (vgl. Koch-Straube 2007). Aus einer Studie aus Deutschland aus dem Jahr 2015 ging hervor, dass sich für Migrantinnen etwa in der Schwangerschaftsvorsorge

spezifische Risiken ergeben, da sie im Vergleich zu deutschen Schwangeren seltener und später Vorsorgeuntersuchungen nutzen und sie ein höheres Frühgeburtenrisiko aufweisen (Brenne et al. 2015: 569). Während sich die Lage allgemein zwar zu verbessern scheint und die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeangeboten zwischen deutschen Schwangeren und Schwangeren mit Migrationshintergrund geringer werden, so ist dennoch ein deutlicher Unterschied bei Schwangeren mit wenigen oder keinen Deutschkenntnissen oder mit unklarem Aufenthaltstitel deutlich (Brenne *ibid.*: 575). In der Gesundheitsversorgung von Frauen spielen auch geschlechtsspezifische Phänomene wie die weibliche Genitalverstümmelung eine Rolle, da diese zu ganz konkreten und spezifischen Gesundheitsproblemen führen können, auf die Gesundheitseinrichtungen vorbereitet sein müssen. Die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung findet vorwiegend in Afrika und auf der arabischen Halbinsel Anwendung und kann schwerwiegende akute und auch langfristige Folgen für die Gesundheit der betroffenen Frauen haben, darunter Schmerzen, Blutverlust und Schocks im Zuge des Eingriffes sowie lebensbedrohliche Blutvergiftungen. Aber auch chronische Infektionen des Urogenitaltraktes, Inkontinenz und eine gestörte Narbenbildung, die zu Harnverhalt, Schmerzen und Geburtskomplikationen führen können, können die Folgen dieses mittlerweile in den meisten Ländern verbotenen Eingriffes sein, der Schätzungen zufolge weltweit jährlich an über einer Millionen Mädchen durchgeführt wird (vgl. Béguin Stöckli 2007; EIGE 2020). Daher ist es dringend nötig, dass die Gesundheitssysteme der Aufnahmeländer mit solchen Praktiken vertraut sind und eine entsprechende Versorgung ermöglichen können.

Nach diesen Ausführungen der Problematik von Migration und den mit ihr zusammenhängenden Risiken, die sich hinter kulturellen und sprachlichen Barrieren, vor allem im Kontext von Flucht und Migration, verbergen, werden nun noch einige Möglichkeiten besprochen, wie ärztliches und Pflegepersonal in Krankenhäusern mit diesen Kommunikationsschwierigkeiten und Kulturbarrieren umgehen kann, um eine adäquate Gesundheitsversorgung für Migrantinnen dennoch zu gewährleisten. Auf diese Möglichkeiten bezieht sich die anschließende empirische Forschung zur Realität der Pflegeversorgung von Migrant:innen in österreichischen Krankenhäusern.

### **3.3 Umgang mit Mehrsprachigkeit in Gesundheitseinrichtungen**

Migration, Transkulturalität und Mehrsprachigkeit stellen Gesundheitseinrichtungen also vor ganz spezifische Herausforderungen, die im vorhergehenden Kapitel bereits behandelt wurden. Darauf aufbauend werden nun einige mögliche Instrumente vorgestellt, die in österreichischen

Gesundheitseinrichtungen, speziell in Krankenhäusern, genutzt werden (können), um Sprachbarrieren zwischen medizinischen Fachkräften und den Patient:innen und Pflegeempfänger:innen abzubauen und damit eine angemessene medizinische Behandlung und Pflege gewährleisten zu können. Der Fokus hierbei liegt auf Mehrsprachigkeit und dem Umgang mit Sprachbarrieren. Der Umgang mit kulturellen Barrieren und Transkulturalität, speziell in der Pflege wird als zweiter Teil des thematischen Schwerpunkts dieser Arbeit und als Grundlage für die empirische Forschung anschließend in Kapitel 4 ebenfalls noch detailliert ausgefasst.

### **3.3.1 Mehrsprachige Pflegekräfte**

Mit einer zunehmend multiethnischen und mehrsprachigen Gesamtbevölkerung kommt es erwartungsgemäß auch zu zunehmend multiethnischen Zusammensetzungen des Personals in österreichischen Krankenhäusern. Einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Inneres zufolge hatten im Jahr 2021 16 % der im österreichischen Gesundheitssektor tätigen, unselbstständig Beschäftigten keine österreichische Staatsbürgerschaft, wobei die Hälfte davon in Krankenhäusern beschäftigt war (Bundeskanzleramt 2022b: 82). Die fehlende Datenlage in absoluten Zahlen über den Anteil der Beschäftigten im Gesundheitssektor mit sowohl österreichischer Staatsbürgerschaft als auch Migrationshintergrund lässt nur Vermutungen zu, aufgrund von aktuellen Trends der Migration von ausländischen Pflegekräften nach Österreich ist allerdings davon auszugehen, dass diese Zahlen noch erheblich höher sind (Lenhart 2018: 11). Aktuelle Trends zeigen außerdem, dass österreichische Gesundheitseinrichtungen zur Deckung des Personalbedarfs nicht mehr nur auf Fachkräftezuwanderung aus der EU bauen, sondern vermehrt Fachkräfte aus dem Maghreb, Vietnam oder den Philippinen beschäftigt (Hehemann 2023: 50).

Während Kommunikationsschwierigkeiten und vor allem ein unterschiedliches soziokulturelles Verständnis von Pflege in österreichischen Gesundheitseinrichtungen seitens zugewanderter Pflegekräfte in österreichischen Teams und in der Pfl egetätigkeit selbst zu besonderen Herausforderungen führen können (Stagge & Habermann 2015: 11), so können multiethnische und mehrsprachige Teams in Krankenhäusern in bestimmten Fällen auch Vorteile in Bezug auf die Kommunikation mit den Patient:innen bieten. Kann zwei- oder mehrsprachiges ärztliches oder Pflegepersonal direkt in der Muttersprache seiner Patient:innen kommunizieren, so ist dies etwa dem Einsatz von Dolmetscher:innen zur Ermöglichung der Kommunikation vorzuziehen (Anzenberger & Gaiswinkler 2016: 11).

Eine weitere Möglichkeit ist es, mehrsprachiges ärztliches, sonstiges medizinisches, nicht-ärztliches oder auch nicht-medizinisches Personal als Dolmetscher:innen einzusetzen. In



österreichischen Krankenhäusern werden Ärzt:innen als Sprachmittlerinnen nur zu einem geringen Prozentsatz für Dolmetschungen eingesetzt – am häufigsten fungieren Pflegekräfte oder sonstiges Krankenhauspersonal wie etwa Reinigungskräfte als Dolmetscher:innen (Pöchlhacker & Kadrić 1999: 161; Kletečka-Pulker 2013: 65). Nur in ärztlichen Beratungsgesprächen gelten striktere Regeln, was den Einsatz nicht-ärztlichen Personals als Sprachmittler:innen betrifft, da hier strengere rechtliche Bedingungen bezüglich Haftung bei Misskommunikation und daraus resultierenden gesundheitlichen Konsequenzen bestehen (ibid. Kletečka-Pulker 2013: 65f.). Die folgenden Unterkapitel geben noch genaueren Einblick in den Einsatz von (professionellen) Dolmetscher:innen.

### **3.3.2 Dolmetscher:innen**

Es wurde bereits ausführlich erläutert, warum Sprachbarrieren problematisch sein können, und dass eine funktionierende Kommunikation im Gesundheitswesen wesentlich zum Behandlungserfolg von Patient:innen beitragen kann. Wenn nicht-deutschsprachige Patient:innen in ein österreichisches Krankenhaus kommen, dann ist es in einigen Fällen nicht nur ratsam, sondern sogar verpflichtend, eine:n Sprachmittler:in beizuziehen (Straub 2016: 14). Bei ärztlichen Aufklärungsgesprächen über Diagnose, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sowie um die verpflichtende Einwilligung für diese von Patient:innen einzuholen, ist eine „angemessene Verständigung“ nötig, was bedeutet, dass Patient:innen die Erläuterungen der Ärzt:innen verstehen können müssen (Straub ibid.). In solchen Situationen ist es daher verpflichtend, geeignete, also idealerweise professionelle Dolmetscher:innen zuzuziehen, sofern Patient:innen nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, um den behandelnden Ärzt:innen folgen zu können (Kletečka-Pulker 2013: 67). Für sonstige ärztliche oder nicht-ärztliche Kommunikation in Krankenhäusern, für die natürlich dennoch ein gewisses Maß an Verständigung nötig ist, kann auch auf Laiendolmetscher:innen zurückgegriffen werden, wenn keine ausgebildeten Dolmetscher:innen auf Abruf verfügbar sind oder solche aus sonstigen Gründen nicht zugezogen werden können/wollen (ibid. Kletečka-Pulker 2013: 46f.). Gängige Lösungen sind hierbei das Beiziehen von sonstigem mehrsprachigen, medizinischen oder auch nicht-medizinischem Krankenhauspersonal, Angehörigen der Patient:innen, häufig auch Kindern, oder auch der Einsatz von technischen Hilfsmitteln zum Ermöglichen von Teledolmetschungen (ibid. Kletečka-Pulker 2013: 46f.). Daher behandelt dieses Kapitel auch Alternativen zu professionellen Dolmetscher:innen.

Hier muss angemerkt werden, dass das Beiziehen von Dolmetscher:innen, egal ob professionell oder nicht, immer einen Einfluss auf die Gesprächsdynamik haben wird, da Gesprächssituationen, die zumeist nur unter vier Augen stattfinden würden – also zum Beispiel Ärzt:in/Pfleger:in und Patient:in – so ist bei Gesprächen, die gedolmetscht werden, noch eine dritte Partei im Spiel, durch die sich allem voran der exklusive und diskrete Charakter beispielsweise eines Arztgespräches ändert (Dabić 2021: 216f.). Doch auch das Tempo und damit die Dauer von Gesprächen verändert sich durch diese dritte Partei, da sich die Sprechzeit der Gesprächspartner:innen jeweils fast verdoppelt (ibid. Dabić 2021: 218f.). Auch nonverbal kommunizierte Informationen und Hinweise werden durch die Dolmetschung verfälscht oder – bei Abwesenheit der Dolmetscher:innen, zum Beispiel beim Telefondolmetschen – ganz verloren gehen, da etwa Stottern, Zögern oder Versprecher der Patient:innen von Dolmetscher:innen nicht wiedergegeben werden, da Dolmetschungen üblicherweise auf ihren inhaltlich relevanten Informationsgehalt gekürzt werden, obwohl solche nonverbalen Hinweise ebenfalls Informationsgehalt haben können (Felgner 2017: 104ff.). Aus der Sicht der medizinischen Kräfte kann das aber in manchen Situationen aber sogar einen Vorteil bieten, da so in der „Wartezeit“ während der Dolmetschung die Körpersprache der Patient:innen besser beobachtet werden kann (ibid. Dabić 2021: 219). All diese Faktoren bedeuten für die Arbeit mit Dolmetscher:innen im Krankenhaus, dass ein gewisses Maß an zusätzlicher Vorbereitung auf die Abläufe der Gesprächssituation und die Gesprächsdynamik seitens der involvierten medizinischen Fachkräfte nötig ist (Stuker 2007: 225).

Im Folgenden wird der Einsatz von professionellen Dolmetscher:innen und Laiendolmetscher:innen im Krankenhauskontext betrachtet und etwaige Vor- beziehungsweise Nachteile besprochen. Das Augenmerk liegt hierbei auch auf der Problematik des Einsetzens von Kindern als Dolmetscher:innen. Zuletzt wird außerdem noch eine Sonderform des Dolmetschens präsentiert, nämlich das Teledolmetschen, beziehungsweise Telefon- und Videodolmetschen.

### **3.3.2.1 „Professionelle“ Dolmetscher:innen**

Für diese Arbeit wird der Zusatz „professionell“ für solche Dolmetscher:innen verwendet, die eine Ausbildung oder spezifische Trainings absolviert haben, um für das Dolmetschen benötigte Techniken und Kompetenzen zu erwerben. Das Zuziehen solcher professioneller Dolmetscher:innen gilt aus mehreren Gründen als ratsam, es ist allerdings nicht immer, beziehungsweise nicht immer ohne Einschränkungen möglich, da Dolmetscher:innen nicht zu jeder Tages-

und Nachtzeit auf Abruf vor Ort erscheinen können (Bischoff et al. 2009: 65ff.). Das führt dazu, dass häufig alternative Lösungen zur Deckung des Kommunikationsbedarfs gefunden werden müssen, auf die im Folgenden gesondert in eigenen Unterkapiteln eingegangen wird.

Eine Studie aus dem Jahr 2015, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der medizinischen sowie pflegerischer Betreuung in Krankenhäusern in verschiedenen EU-Ländern in Bezug auf die Kommunikation zwischen medizinischen Kräften und Patient:innen und Pflegeempfänger:innen untersucht hat, kam zu dem Schluss, dass sich die Kommunikation mit Patient:innen erheblich verbessert, wenn „Dolmetsch-Services in eine Gesamtstrategie zum Umgang mit Diversität innerhalb der Organisation eingebettet sind und ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen“, was zur Zeit der Durchführung der Studie nur in den wenigsten der untersuchten Einrichtungen der Fall war (Trummer & Novak-Zezula 2015: 33). In Österreich werden geeignete Dolmetscher:innen im Bedarfsfall von den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung gestellt beziehungsweise beauftragt (Straub 2016: 15).

Zuvor wurde bereits aufgeschlüsselt, welchen Einfluss der Einsatz von Dolmetscher:innen auf Gesprächssituationen haben kann. Bereits hier wird der Unterschied zwischen professionell ausgebildeten Dolmetscher:innen und Laiendolmetscher:innen wesentlich und sichtbar. Professionelle (Dialog-)Dolmetscher:innen werden bereits im Laufe ihres Trainings oder ihrer Ausbildung auf ihre Rollen als Sprach- und Kulturmittler:innen aufmerksam gemacht, sie erwerben neben sprachlichen und fachlichen Kompetenzen auch soziale, mentale und technische Kompetenzen, und sie sind idealerweise auf bestimmte Spezifika von Dialogdolmetschsettings vorbereitet (Kadrić 2011: 24ff.). Diese Spezifika werden von Viljanmaa zusammenfassend beschrieben und umfassen unter anderem den Einfluss der meist asymmetrischen Machtdynamik zwischen den primären Gesprächsparteien auf die Gesprächsdynamik, weiters die Unvorhersehbarkeit der Gesprächsentwicklung, wie auch die in Krankenhaussettings häufig bedrückenden oder belastenden Gesprächsinhalte (Viljanmaa 2020: 72ff.). Vor allem für Pflegekräfte bedeutet die Anwesenheit und starke Eingebundenheit einer dritten Partei in das Gespräch immer auch einen Einfluss auf den Aufbau einer guten Pflegebeziehung, da die indirekte Kommunikation einerseits als Störfaktor wahrgenommen werden kann, wodurch wiederum der Aufbau einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre erschwert, andererseits kann der Einsatz von Dolmetscher:innen auch zu einer Schaffung von Vertrauen beitragen, da durch sie die Kommunikation überhaupt erst ermöglicht wird (Stuker 2007: 224).

Diese (nicht vollständige) Auflistung der Eigenschaften von Dialogdolmetschsettings lässt erschließen, welche Eigenschaften Dolmetscher:innen entsprechend mitbringen sollten,

um mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Professionelles Verhalten der Dolmetscher:innen, vor allem in sensiblen Kommunikationssettings, bedeutet also, sich ihrer Rolle und ihres Einflusses bewusst zu sein, den sie auf die Gesprächsdynamik haben (Baller & Ott 2021: 122). Dolmetscher:innen sind keine außenstehenden Beobachter:innen, sondern sie sind Teil der Interaktion, denn sie interagieren mit den primären Gesprächsparteien (Viljanmaa 2020: 80).

Professionell handelnde Dolmetscher:innen sollten sich ihres Handlungsspielraums der Gesprächsführung und Mediation bewusst sein, und über ein Repertoire an Dolmetschetechniken und Strategien verfügen, darunter auch Strategien zur emotionalen Selbstdistanzierung von belastenden Gesprächsinhalten (ibid. Viljanmaa 2020: 404). Entscheidend ist hier die Fähigkeit, die Gesprächssituation abschätzen zu können, auch etwa was etwaige Interessenskonflikte oder Machtverhältnisse betrifft, und darauf basierend situativ angemessen und ethisch handeln zu können (Kadrić 2011: 45). Vor allem im medizinischen Bereich sind neben der absoluten Notwendigkeit der inhaltlichen Vollständigkeit und Richtigkeit der Dolmetschung außerdem noch Faktoren wie die Einhaltung der Schweigepflicht, bestmögliche Wahrung der Unparteilichkeit beziehungsweise Allparteilichkeit, eine respektvolle Haltung gegenüber den Gesprächsparteien, sowie Verständnis und Rücksicht auf die Möglichkeiten der Gesprächsparteien, auch in Bezug auf die Wahl des Sprachregisters (vgl. Baller & Ott 2021).

Neben all diesen Eigenschaften und Kompetenzen verfügen ausgebildete und trainierte Dolmetscher:innen neben hervorragenden sprachlichen Kompetenzen darüber hinaus noch über sogenannte „Kulturkompetenz“, können soziokulturelle Hintergründe ihrer Klient:innen berücksichtigen und bringen idealerweise ein bestimmtes Maß an Fachwissen zu den gedolmetschten Themenbereichen mit, das für die fehlerfreie Sprachmittlung nötig ist, beziehungsweise sind sie dazu in der Lage, sich in ein Thema einzuarbeiten und sprachlich und fachlich darauf vorzubereiten (Dabić 2021: 224).

Die genannten Faktoren sprechen bereits klar für die Vorzüge des Einsatzes professioneller Dolmetscher:innen. Noch klarer werden diese vielschichtigen Vorteile im direkten Vergleich zum nicht unüblichen Einsatz von Laiendolmetscher:innen, vor allem, wenn es sich bei diesen um Angehörige handelt. Darauf wird im folgenden Unterkapitel eingegangen.

### 3.3.2.2 Laiendolmetscher:innen und Kinder als Dolmetscher:innen

Einige Vorteile des Einsatzes professioneller Dolmetscher:innen gegenüber Laiendolmetscher:innen wurden bereits besprochen, allerdings wird ein wesentlicher Faktor erst vollkommen ersichtlich, wenn auch die unprofessionelleren Alternativen betrachtet werden. Denn sofern keine professionellen Dolmetscher:innen verfügbar sind, oder wenn auf den Einsatz solcher verzichtet wird, können unter Umständen mehr oder weniger weitreichende Probleme und Risiken auftreten (vgl. Kletečka-Pulker 2013; Bischoff et al. 2009). In Österreich werden im Gerichtsdolmetschen aufgrund der hohen Relevanz inhaltlicher Richtigkeit und Vollständigkeit der Dolmetschungen generell hohe Qualitätsanforderungen an Übersetzer:innen und Dolmetscher:innen gestellt, denn falsche Dolmetschungen können schwerwiegende Folgen für die Klient:innen, aber auch rechtliche Konsequenzen für die Dolmetscher:innen haben (vgl. ÖVGD 2023c). Auch wenn im medizinischen Bereich solche Qualitätsanforderungen und Regulierungen ebenso sinnvoll wären, hinkt das Medizindolmetschen in Österreich dem stark regulierten Gerichtsdolmetschen noch hinterher, doch es gibt Bemühungen, auch diesen Bereich mehr zu professionalisieren, etwa durch die Erstellung von Berufs- und Ehrenordnungen in denen von Berufsverbänden Richtlinien für professionelles Übersetzen und Dolmetschen erarbeitet wurden, die zur berufsethischen Orientierung für Verbandsmitglieder dienen sollen (vgl. UNIVERSITAS 2017; Marics & Nuč 2021: 264f.). Diese Richtlinien können beispielsweise eine einschlägige Ausbildung, ein unvoreingenommenes und unparteiliches Verhalten, Verschwiegenheit und diskretes Verhalten, sprachliche, soziokulturelle und fachliche Kenntnisse und Allgemeinwissen umfassen und weisen darauf hin, dass Dolmetschaufträge je nach Einschätzung der eigenen Fähigkeiten abgelehnt werden können und sollen (ibid.: vgl. UNIVERSITAS 2017).

Der bereits besprochene Dolmetscher:innenmangel in Österreich betrifft vor allem Sprachen, die von den zahlreichen in Österreich lebenden Migrant:innen beziehungsweise Menschen mit Fluchterfahrung in Österreich gesprochen werden (Marics & Nuč 2021: 264ff.). Sprachkontakte und damit Bedarf an translatorischen Leistungen entstehen für diese Personengruppen vor allem in den Bereichen des Community Interpreting. Der hohe Bedarf an Dolmetscher:innen in diesem Bereich, der diesem Dolmetscher:innenmangel gegenübersteht, führt wiederum dazu, dass das Community Interpreting (das Gerichtsdolmetschen ausgenommen) zu einem Einsatzbereich mit vergleichsweise hohem Anteil an „unprofessionellen“ beziehungsweise Laiendolmetscher:innen zählt, also ebendiesen Dolmetscher:innen, die für diese Tätigkeit keine spezielle Ausbildung oder ein spezielles Training absolviert haben, um diesen hohen Bedarf überhaupt decken zu können (Ahamer 2014: 63). In Bereichen, in denen vorwiegend

private und persönliche Informationen kommuniziert werden, wie es bei Gesundheit und Krankheit betreffenden Gesprächen, wie etwa in Krankenhäusern, meistens der Fall ist, sind diese Laiendolmetscher:innen häufig bilinguale Angehörige (Kletečka-Pulker 2013: 62). In vielen Fällen fungieren dabei bilinguale Kinder der Betroffenen als Dolmetscher:innen, da in migrantischen Familien die Kinder aufgrund ihrer sprachlichen Sozialisierung im Schulsystem, meist die besseren Sprachkenntnisse der Sprache des Aufnahmelandes besitzen (Salevsky 2015: 48). Von Laien, vor allem von Kindern, kann allerdings schwer erwartet werden, allein aufgrund ihrer bilingualen Sozialisierung „professionelle“ Sprachmittlung ermöglichen zu können, die den oben genannten Standards der Berufsverbände entspricht und sich an den Richtlinien von Berufsverbänden für Übersetzer:innen und Dolmetscher:innen zu orientieren, da sie in den meisten Fällen nicht über die nötigen soziokulturellen Kompetenzen und Dolmetschetechniken oder das medizinische Hintergrundwissen verfügen werden, die nötig sind, um eine einwandfreie Kommunikation zu gewährleisten. Auslassungen und fehlerhafte Dolmetschungen können die Folge sein, und wiederum negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg beziehungsweise die Behandlungsqualität haben (Kletečka-Pulker 2013: 62f.).

Doch nicht nur die mangelhafte Dolmetschqualität ist zu beanstanden, wenn angehörige Laien für Patient:innen im Krankenhaus dolmetschen. Auch die Auswirkungen auf die Laiendolmetscher:innen selbst beziehungsweise auf die interpersonelle Dynamik sind ein wesentlicher Faktor, der nicht unerwähnt bleiben darf, denn für Angehörige zu Dolmetschen, vor allem wenn Kinder für die eigenen Eltern dolmetschen, kann eine hohe Belastung darstellen (Pöchhacker 2013: 108f.). Die Dolmetscher:innen übernehmen viel Verantwortung, da die Gesundheit womöglich nahestehender Personen von ihnen abhängig ist. Besonders für Kinder kann das zu Überlastung und Rollenkonflikten führen, wenn sich die Verantwortungsverhältnisse zwischen ihnen und ihren Eltern umkehren (Schmidt-Glenewinkel 2014: 72ff.). Kinder fühlen sich oftmals nicht emotional dazu bereit, diese Verantwortung zu übernehmen und leiden unter Überforderung, Gewissenskonflikten und Scham (Moroe & de Andrade 2018: 147). Doch auch für die Patient:innen, die auf die translatorische Unterstützung angewiesen sind, kann die Einbindung nahestehender Personen in einen derart intimen Bereich schwierig sein. Über derart Privates und über gesundheitliche Probleme zu sprechen und Angehörige darin einzuweihen kann Schamgefühle auslösen und dadurch dazu führen, dass über bestimmte Themen geschwiegen wird, nicht alle Informationen vollständig mitgeteilt oder verfälscht werden (Kletečka-Pulker 2013: 63f.).

### 3.3.2.3 *Remote Interpreting* im Gesundheitswesen

Eine weitere Möglichkeit, wie mit Mehrsprachigkeit in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern umgegangen werden kann, stellt der Einsatz technischer Hilfsmittel dar. Dolmetscher:innen für Krankenhäuser sind nicht immer auf Abruf verfügbar und ihr Bedarf schwer planbar (Kletečka-Pulker 2013: 67). Das führt stellt vor allem die Kommunikation im Gesundheitswesen vor Herausforderungen, da in diesem Bereich häufig sehr spontaner Dolmetschbedarf herrscht (Havelka 2021: 67). Abhilfe kann der Einsatz von *remote interpreting* schaffen, bei dem sich nur die eigentlichen Gesprächspartner:innen üblicherweise am selben Ort befinden und Dolmetscher:innen per Video oder Telefon zugeschaltet werden (Braun 2015: 346). Darauf wird angesichts der schwierigen Situation der flexiblen Verfügbarkeit von qualifizierten Dolmetscher:innen vor Ort, und das für eine immerzu wachsende Vielfalt an Sprachenkombinationen, immer häufiger zurückgegriffen (Havelka 2018: 19). Ein Vorzug von *remote interpreting* über Video oder Telefon ist außerdem der geringe technische und finanzielle Aufwand in der Anschaffung des nötigen Equipments und der Durchführung, durch die aber bereits eine starke Verbesserung der Kommunikation erzielt werden kann (ibid. Havelka 2018: 29).

Abgesehen von diesen offensichtlichen Vorteilen im Einsatz von *remote interpreting* in Gesundheitseinrichtungen, ergeben sich gleichzeitig neue Schwierigkeiten und Probleme. Ein Trend der schlechten Bezahlung von Telefon- und Videodolmetscher:innen führt etwa dazu, dass diese Unterarten des Dolmetschens für professionelle Dolmetscher:innen keine außerordentlich attraktiven Beschäftigungsmöglichkeiten darstellen, was einen Einfluss auf die Qualität der Dolmetschservices per Telefon und Video zur Folge haben kann (Kelly & Pöchlhacker 2015: 415). Auch die bereits thematisierte Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation sollte hier Erwähnung finden. Denn ein Problem, das beim *remote interpreting*, dabei vor allem beim Telefondolmetschen, besteht, ist die eingeschränkte Wahrnehmung nonverbaler Kommunikationselemente, die wie bereits erläutert wurde einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Kommunikation einnehmen (vgl. Mantz et al. 2020; Altorfer & Käsermann 2007: 242). Generell hat diese Art des Dolmetschens einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Gesprächsdynamik, mit dem die Gesprächsteilnehmer:innen umgehen können müssen, wodurch eben auch für die Dolmetscher:innen die Notwendigkeit entsteht, spezielle Kompetenzen zu entwickeln, da sich so ein *remote*-Dolmetschsetting erheblich vom Dolmetschen vor Ort unterscheidet (Havelka 2018: 30). Studien zur Wahrnehmung einzelner Akteur:innen der über Video oder Telefon gedolmetschten Gespräche in Krankenhäusern zeigen aber, dass die eingeschränkten Umstände beim *remote interpreting* hauptsächlich für die Dolmetscher:innen selbst als umständlich

eingeschätzt wird, allerdings für alle Beteiligten face-to-face-Dolmetschen die bevorzugte Variante wäre (vgl. Braun 2015; Fiedler et al. 2022; Kletečka-Pulker et al. 2021).

Eine weitere Herausforderung, die sich beim *remote interpreting* ergibt, liegt ebenfalls in der Ortsabwesenheit der Dolmetscher:innen, die dazu führt, dass die Dolmetscher:innen häufig erst unmittelbar zu Gesprächsbeginn oder bereits während eines Gesprächs zugeschaltet werden. Dadurch verschiebt sich in einem solchen Setting auch ihre Rolle beziehungsweise ihre Zuständigkeitsbereiche als Begleiter:innen und Betreuer:innen der Patient:innen vor, während und nach einem gedolmetschten Gespräch hin zu bloßen Sprachmittler:innen (Havelka 2018: 212). Das erfordert zusätzlich viel Spontanität seitens der Dolmetscher:innen und nimmt ihnen die Möglichkeit, sich ausführlich auf einen Dolmetscheinsatz vorzubereiten, was einen Einfluss auf die Dolmetschqualität haben kann (Kalina 2015: 319). Die erhöhte Spontanität führt außerdem zu mehr Stress, wodurch sich die Arbeitsbedingungen der Dolmetscher:innen noch zusätzlich erschweren (Havelka 2018: 26). Was ebenfalls mit der physischen Abwesenheit der Dolmetscher:innen in Zusammenhang steht ist das Entfremdungsgefühl, das durch sie entstehen kann (Havelka 2018: 25). Nicht am selben Ort zu sein und sich daher nicht auf denselben „Referenzrahmen“ beziehen zu können, kann zum Beispiel dazu führen, dass Dolmetscher:innen von der allgemein gängigen Norm des Dolmetschens in der ersten Person abweichen, und stattdessen auf die indirekte Rede zurückgreifen (Kelly & Pöchhacker 2015: 415).

### **3.3.3 Visuelle Hilfsmittel und mehrsprachiges Informationsmaterial**

Auf eine weitere Möglichkeit mit Mehrsprachigkeit und Transkulturalität in Gesundheitseinrichtungen umzugehen, nämlich den Einsatz visueller Hilfsmittel und mehrsprachigen Materials zur Patient:inneninformation und -edukation, soll hier nur am Rande der Vollständigkeit halber eingegangen werden, da der eigentliche Fokus dieser Arbeit auf der zwischenmenschlichen und interaktiven Ebene des Umgangs mit Transkulturalität und Sprachbarrieren liegen soll.

In Domenigs Leitfaden zur Transkulturellen Pflege werden visuelle Hilfsmittel wie Bild- und Symboltafeln, oder auch Zeichensprache beziehungsweise der eigenen Körper als Kommunikationsmittel beschrieben, um sich mit Pflegeempfänger:innen zu verständigen (Stucker 2007: 223). Solche visuellen Hilfsmittel ermöglichen die Kommunikation nur zum Teil, weshalb diese oder auch mehrsprachiges Infomaterial nicht in Situationen wie ärztlichen Aufklärungsgesprächen angewendet werden können, da sie keine Möglichkeit für die behandelnden



Ärzt:innen bieten, zu überprüfen, ob alles wirklich verstanden wurde und daher auch eine Einwilligung der Patient:innen nicht als rechtswirksam gelten würde (Straub 2016: 14f.).

## **4. Transkulturelle Pflege**

In unserem Zeitalter der globalen Migration und Fluchtbewegungen spielen Transkulturalität und Multikulturalität eine große Rolle in allen Bereichen, wo menschlicher Kontakt und Kommunikation wesentlich sind. Pflegefachkräfte in Krankenhäusern kommen mit einem Querschnitt der Bevölkerung in Kontakt. Daher macht es der Arbeitsalltag im Krankenhaus für diese Berufsgruppe unabdingbar, Kommunikationssituationen mit Menschen unterschiedlicher Kulturen flexibel und professionell zu handhaben, auch wenn es kulturelle oder sprachliche Hürden gibt (Leininger 1998: 26). Aufbauend auf das in Kapitel 3 bereits erläuterte Konzept der Transkulturalität wird nun die transkulturelle Pflege im Fokus stehen. Dazu wird auch noch einmal ein Blick in die Pflegeausbildungslandschaft geworfen und anschließend verschiedene theoretische Modelle der transkulturellen Pflege, die auch zum Teil noch heute als Basis für Pflegewissenschaft und Pflegeausbildungen gelten, überblicksmäßig betrachtet.

### **4.1 Definition transkultureller und kultursensibler Pflege**

Im Zentrum der Arbeit von Pflegekräften steht die Pflege des Menschen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die Gleichbehandlung von Menschen, unabhängig von ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ist in Österreich im Gleichbehandlungsgesetz (GIBG) verankert und betrifft unter anderem Vorschriften über die Gleichbehandlung von Menschen unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (§ 30 Abs 2 GIBG). Daraus kann man ableiten, dass, wenn Menschen mit anderen kulturellen und sprachlichen Hintergründen als denen der behandelnden medizinischen Fachkräfte und Pflegekräfte eines Krankenhauses Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, das medizinische Personal Möglichkeiten finden muss, damit umzugehen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.

An diesem Punkt wird schließlich das Konzept der transkulturellen Pflege beziehungsweise Kultursensibilität in der Pflege relevant, denn die Pflege von Menschen unterschiedlicher Herkunft, Kultur und Sprachen erfordert von den Pflegekräften nicht nur Offenheit und Toleranz, sondern auch Fachwissen zu transkulturellem Arbeiten und generell transkultureller Kompetenz, um situationsangemessen und professionell agieren zu können (Thieme Fachredaktion et al. 2020: 850). Transkulturelle Pflege ist in erster Linie eine Frage der Wahrnehmung und Anerkennung der Existenz kultureller Vielfalt – interkulturell, aber auch intrakulturell (Körtner 2004: 104). Im transkulturellen und kultursensiblen Umgang mit Patient:innen und

Pflegebedürftigen spielt deshalb vor allem die Bereitschaft eine wichtige Rolle, die Perspektive zu wechseln und den „Filter“ der eigenen Realitätsvorstellungen, zum Beispiel in Bezug auf das unterschiedliche Verständnis körperlicher und seelischer Gesundheit und unserer Wahrnehmung und Deutung von Schmerzen, abzulegen (Kolland 2013: 81f.). Vor dem Hintergrund des Kommunikationsbedarfs in Pflegesituationen ist außerdem der Umgang des Pflegepersonals mit Mehrsprachigkeit, Sprachbarrieren und Verständnisschwierigkeiten relevant (vgl. Bischoff et al. 2003).

Pflegekräfte in der stationären Pflege, etwa in Krankenhäusern, sind die Hauptpersonen, die den neuen Alltag der Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen in diesem neuen Umfeld begleiten und kommen damit in solchen Situationen auch am intensivsten mit etwaigen kulturellen Verhaltensunterschieden oder unterschiedlichen Lebensstilen von Patient:innen in Berührung (Binder-Fritz 2013: 13). Schwierigkeiten und Probleme, die in solchen Situationen auftreten können, betreffen wie erwähnt zum Beispiel Sprachbarrieren (vgl. Bischoff et al. 2003), können aber auch mit unterschiedlichen Konventionen für körperliche Nähe beziehungsweise Körperkontakt, unterschiedlichen Arten des Umgangs mit Krankheit in der Familie oder bei Angehörigen in unterschiedlichen Gemeinschaften, oder in der Art, Symptome zu beschreiben zusammenhängen (Binder-Fritz 2013: 13). Treffen Menschen unterschiedlicher Kulturen aufeinander, bedeutet das auch, dass unterschiedliche Sozialisierungsmuster, unterschiedliche Nähe-Distanzmuster usw. aufeinandertreffen, was mit unterschiedlichen Erwartungen an bestimmte Situationen und Verhaltensweisen einhergehen kann, die berücksichtigt werden sollten, um unbeabsichtigte Grenzüberschreitungen, Missverständnisse und Frustration zu vermeiden (ibid.). Daher ist es notwendig oder zumindest hilfreich, die Lebensrealität und kulturellen Hintergründe, soweit diese bekannt beziehungsweise kommuniziert worden sind, in den Pflege- und Kommunikationsprozess miteinzubeziehen, um Missverständnisse oder Fehlinterpretationen von Verhaltensweisen oder verbalen Äußerungen abzuschwächen oder zu umgehen (Kolland 2013: 81f.).

## **4.2 Kommunikationsbedarf in der Pflege**

Die Relevanz von funktionierender Kommunikation im medizinischen Kontext generell wurde bereits eingehend behandelt. Hier wird noch einmal kurz expliziter auf den Pflegekontext eingegangen, denn gelungene Kommunikation und Gesprächsführung stellen speziell für Pflegekräfte eine Schlüsselqualifikation dar, da diese in der Regel die ersten Ansprechpartner:innen für Patient:innen in ambulanten und stationären Pflegesettings sind. Ihre Verantwortung ist es,

Pflegebedürftige in einem konstruktiven und andauernden Kommunikationsprozess zu informieren und zu instruieren und eine Beziehung zu ihnen aufzubauen (Wingchen 2014: 8). Gleichzeitig ist es für Patient:innen von wesentlicher Bedeutung, jederzeit gesundheitliche Beschwerden kommunizieren und Auskunft über für die Behandlung und Pflege relevante Informationen geben zu können (Ali et al. 2018: 1153). Entsprechend problematisch können die Auswirkungen sein, wenn zum Beispiel aufgrund von Sprachbarrieren die Kommunikation zwischen Patient:innen und Pflegekräften erschwert oder gar unmöglich gemacht wird (Bischoff et al. 2003: 507). Sprachbarrieren können dazu führen, dass sich die eventuell bestehende gesundheitliche Benachteiligungen der Patient:innen noch weiter verschlechtern, als es womöglich durch die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten des Landes, in dem sie Gesundheitservices in Anspruch nehmen, aufgrund ihres Geschlechts, ihres sozioökonomischen Status, einer Behinderung, ihrer sexuellen Orientierung oder anderer Faktoren womöglich bereits der Fall ist (Ali et al. 2018: 1152f.).

Doch nicht nur Schwierigkeiten in der verbalen Verständigung, sondern auch der Mangel an transkulturellen Kompetenzen seitens des Pflegepersonals können Folgen für die Pflege haben. Im folgenden Unterkapitel wird es um die Grundlagen des Kompetenzerwerbs von Pflegekräften gehen, nämlich um die Pflegeausbildungen und Transkulturalität und Kultursensibilität als Inhalte dieser.

### **4.3 Transkulturelle Aspekte in der Pflegeausbildung**

Wie im ersten Kapitel bereits beschrieben, findet man in Österreich nach der Reformierung der Pflegelandschaft nun drei Hauptarten, eine Pflegeausbildung zu absolvieren: die Ausbildung zur Pflegeassistentin, darauf aufbauend die Ausbildung zur Pflegefachassistentin, und das Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege (BMSGPK 2022). Mit der Pflegereform läuft außerdem das Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) aus (Facultas 2022). Das Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege kann in Österreich an insgesamt 11 Fachhochschulen und in jedem Bundesland studiert werden (AMS 2023).

In den Curricula der Fachhochschulen, die den Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege anbieten, gibt es für Inhalte wie kultursensible Pflege oder Transkulturalität in der Pflege nur teilweise eigene Lehrveranstaltungen (FH Oberösterreich 2023; FH Wiener Neustadt 2023; FH Vorarlberg 2022; FH Joanneum 2023). Einige Fachhochschulen vermitteln kultursensible Pflegekompetenzen als Teil einer Lehrveranstaltung zum Beispiel in Kombination mit Ethik (FH Campus Wien 2023; FH Burgenland 2023), oder nur als Lehrinhalt von

Lehrveranstaltungen mit anderen Schwerpunkten wie Soziologie für Pflegeberufe oder Interaktion mit Klient:innen (FH Kärnten 2022; FH Salzburg 2022; IMC FH Krems 2022). Für die Ausbildungen der Pflegeassistenz und der Pflegefachassistenz finden sich folgende Angaben des Sozialministeriums zu den Curricula, die in den Lehrplänen individueller Ausbildungsstätten berücksichtigt und implementiert werden sollen: „Der/Die Absolvent/-in (...) setzt sich mit der eigenen Kultur, den eigenen Werten und Vorurteilen kritisch auseinander und respektiert andere Haltungen“ (Gesundheit Österreich GmbH 2020: 15) und: „Der/Die Absolvent/-in (...) anerkennt die Bedeutung von spirituellen, emotionalen, religiösen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen [und] geht entsprechend darauf ein.“ (ibid.: 16) Außerdem wird die Wichtigkeit von Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenzen sowie von interkultureller Kompetenz als fundamentale Bestandteile von Gesundheitskompetenz betont (ibid.:31).

Aufschluss darüber, wie die Umsetzung solcher Vorgaben aussehen kann, findet man unter anderem in den Lehrwerken, die in den Pflegeeinrichtungen für die Ausbildung verwendet werden. Das Lehrbuch Thiemes Pflege, ein Standardwerk für Pflegeausbildungen im deutschsprachigen Raum (Mayr 2021: 111), widmet der Pflege von Menschen unterschiedlicher Kulturen beispielsweise ein Unterkapitel, in dem eine Begriffserklärung von Kultur und kulturtheoretische Modelle vorgestellt werden, transkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege sowie Grundprinzipien der Kommunikation in transkulturellen Pflegesituationen erklärt werden und anschließend auf Besonderheiten in Bezug auf Körperpflege, Ernährung und spirituelle Rituale in verschiedenen Religionen aufmerksam gemacht wird (Thieme Fachredaktion et al. 2020: 848ff.). Die Juristin, Sozialanthropologin und Pflegefachfrau Dagmar Domenig hat ein eigenes Lehrwerk herausgegeben, in dem ausgewählte Aspekte professioneller Pflege unter spezieller Berücksichtigung von Transkulturalität und transkulturellen Kompetenzen betrachtet werden. Darunter finden sich Schwerpunktkapitel zu Migration, Rassismus und Gesundheit, zum Umgang mit Mehrsprachigkeit, zur Arbeit mit Sprachmittler:innen, theoretische und praktische Grundlagen transkultureller Kompetenz und zu weiteren kulturspezifischen Themen, die Relevanz für die Pflegepraxis aufweisen, wie zum Beispiel Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche bei Migrantinnen, Krisenintervention im Migrationskontext oder weiblicher Genitalverstümmelung (vgl. Domenig 2007).

Nach Abschluss einer Pflegeausbildung können Pflegekräfte ihren Wissens- und Tätigkeitsbereich durch den Besuch von Weiter- und Sonderausbildungen oder akademischen Lehrgängen noch erweitern. Solche Fortbildungen können einerseits spezifischer die Pflege bestimmter Altersgruppen oder Menschen mit besonderen Pflegebedürfnissen behandeln oder

zusätzliches Wissen und Fähigkeiten zu bestimmten Therapieformen oder Pflege Techniken vermitteln (Facultas: 2022).

Es gibt aber auch die Möglichkeit, begleitend zur Tätigkeit als Pflegekraft Aus- oder Fortbildungen zu besuchen, die transkulturelle Kompetenzen aufbauen und erweitern sollen. Die Sigmund Freud Privatuniversität bietet etwa einen Lehrgang für „Transkulturelle Beratung und Migration“ an, der sich an Personen richtet, die bereits in medizinischen und therapeutischen oder auch in anderen sozialen, pädagogischen oder beratenden Berufen tätig sind und zielt darauf ab, ein Verständnis über kulturelle Vielfalt und transkulturelle Kompetenzen zu vermitteln, die für das Verstehen und Bewältigen von Problemen und Missverständnissen in bikulturellen und Migrationskontexten benötigt werden, um Ungleichheiten und Diskriminierung abzubauen (SFU 2021). Die Medizinische Universität Wien bietet den Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care – Master of Science (Continuing Education)“ an, der sich ebenfalls an Personen, die bereits im Medizin- oder Pflegebereich tätig sind und bereits ein Universitätsstudium im Ausmaß von 180 ECTS abgeschlossen haben, richtet. Der Lehrgang soll fundiertes Fachwissen über transkulturelle Medizin, und Teilnehmende mit Kompetenzen zum Umgang mit kultur- und sprachsensiblen Problemen und Konfliktsituationen ausstatten, und zur kritischen Selbstreflexion persönlicher Erfahrungen und Haltungen ermächtigen (MU Wien 2023). Eine weitere Möglichkeit wird ab 2024 von der FH Oberösterreich angeboten. Es handelt sich um den Lehrgang „Kultursensible Pflege“, der für diplomierte Pflegekräfte sowie Pflegefachassistent:innen mit mehrjähriger Berufserfahrung angeboten wird (FH Oberösterreich 2023).

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) bietet ebenfalls laufend neue Aus- und Weiterbildungslehrgänge an, die zur Vertiefung und Spezialisierung des Wissens und einer Erweiterung der Fähigkeiten und Tätigkeitsbereiche von Pflegekräften dienen. Darunter findet sich zum Beispiel ein Weiterbildungsangebot für kultur- und gendersensible Pflege (ÖGKV 2022). Einen weiteren Anlaufpunkt stellt das Aus- und Weiterbildungszentrum (AWZ) Soziales Wien dar, das zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten anbietet, darunter auch speziell für Gesundheits- und Krankenpflege und Diversität (AWZ 2020). Daneben gibt es durch spezielle Interessensvertretungen, Verbände und Organisationen häufig noch weitere Fort- und Weiterbildungsangebote (vgl. Stadt Wien o.J.).

## **4.4 Modelle und Konzepte der transkulturellen und kultursensiblen Pflege**

Pflegetheorien bieten einen strukturellen Rahmen, der ein einheitliches Pflegeverständnis und eine einheitliche Perspektive ermöglicht, aus der heraus der Arbeitsalltag von Pflegekräften analysiert und reflektiert werden kann, um anschließend pflegerische Interventionen an verschiedene Situationen anpassen zu können. Diese sollten allerdings nicht als naturgegebene Gesetze betrachtet werden, sondern unterliegen wie alle wissenschaftlichen Theorien einem ständigem Wandel, etwa durch soziokulturelle und demografische Entwicklungen, die Einfluss auf pflegerische Handlungsfelder haben (Brandenburg et al.: 2017: 89f.). Kapitel über Kultursensibilität und Transkulturalität in der Pflege aus Standardlehrwerken für Pflegeausbildungen bauen zum Teil auf solche Theoriemodelle auf oder erwähnen sie zumindest als empfohlene Literatur (vgl. Schewior-Popp et al. 2017; Georg Thieme Verlag 2020; Domenig 2007). Im Folgenden werden überblicksmäßig drei theoretische Modelle präsentiert, die pflegewissenschaftliche Relevanz aufweisen.

### **4.4.1 Sunrise Modell nach Leininger**

Für die amerikanische Pflegeprofessorin Madeleine Leininger stellt die Fürsorge das eigentliche Kernkonzept der professionellen Pflege dar (Leininger 1998: 25). Dieses Konzept beschreibt unterstützende und fördernde Haltung gegenüber Pflegebedürftigen, die sich zum Beispiel durch Beistand, Mitgefühl, Trost und dem Entgegenbringen von Vertrauen äußert. Wie die Umsetzung des Konzeptes aussieht, kann allerdings bei Menschen mit verschiedenen kulturellen Prägungen sehr unterschiedlich sein (Brandenburg et al. 2017: 88).

Leiningers Motivation, eine Pflegetheorie zu entwickeln, bestand darin, Pflegenden eine Art Anleitung zu bieten, um ihre eigenen Handlungen zu reflektieren, neue Perspektiven einzunehmen und daraufhin diese neuen Einsichten auch in ihrer eigenen Pflegepraxis anwenden und diese somit weiterentwickeln zu können (Leininger 1998: 26). Ihre Theorie der kulturspezifischen Fürsorge versucht also zu beschreiben, welche Möglichkeiten der Fürsorge es für Menschen mit unterschiedlichen Lebensweisen, Wertvorstellungen und Erwartungen an die ihnen zukommende Pflege es gibt. Damit stellt die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge eine Richtlinie für eine angemessene und an kulturelle Unterschiede angepasste professionelle Pflege dar (ibid.: 26f.).

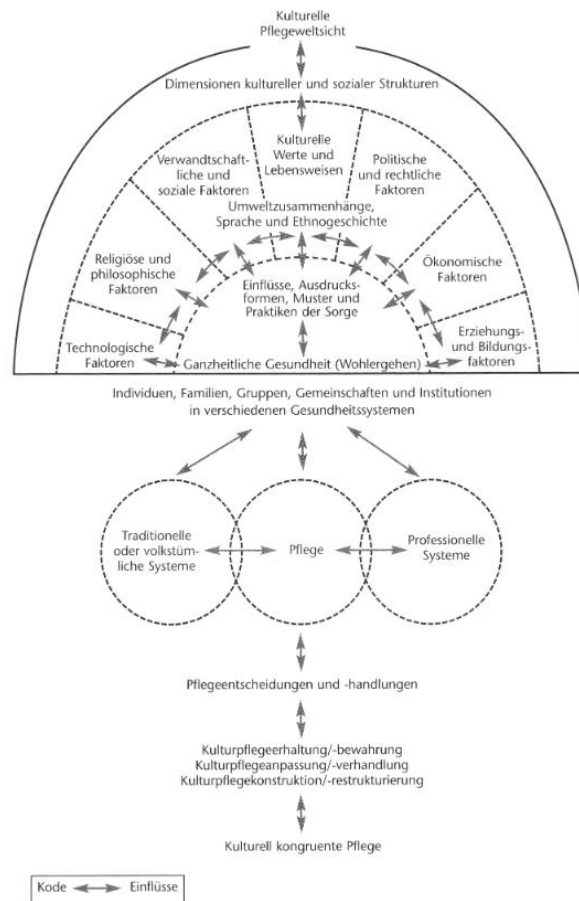


Abb. 1: Sunrise-Modell nach Leininger (1998)

Um ihre Theorie in all ihren Dimensionen anschaulich und nutzer:innenfreundlich darzustellen, hat Leininger das sogenannte Sunrise-Modell (siehe Abb. 1) entwickelt. Die halbkreisförmige Darstellung ähnelt einer aufgehenden Sonne, deren Strahlen die durch soziologische Einflüsse geprägte Weltanschauung von Individuen darstellt. Diese Weltanschauung setzt sich aus Faktoren wie etwa Werten und Lebensweisen, verwandtschaftlichen und soziologischen Faktoren oder religiösen und philosophischen Einflüssen zusammen. Der untere Teil der Darstellung zeigt die Zusammenhänge der jeweiligen Wertewelten der Pflegekräfte sowie der Pflegebedürftigen mit den Funktionen pflegerischer Interventionen, nämlich der Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion, der Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion und der Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion (Brandenburg et al. 2017: 88f.).

#### 4.4.2 Transkulturelle Pflege nach Domenig

Die Sozialanthropologin und Pflegefachfrau Dagmar Domenig hat mit ihrer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Transkulturalität in der Pflege einen wesentlichen Beitrag zum



pflegewissenschaftlichen Diskurs in Bezug auf Transkulturalität und Migration im Pflegekontext geleistet (vgl. Domenig 2007; Harold 2013). Schwerpunkte ihrer Arbeit sind neben transkultureller Kompetenz außerdem die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie der Umgang mit Verschiedenheit in Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen beziehungsweise den jeweiligen Berufsausbildungen (vgl. Domenig 2021). Ihr Modell zu Transkultureller Kompetenz in der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund findet in namhaften Lehrwerken, wie etwa den Lehrbücher aus der Pflegereihe des Thieme Verlages, Erwähnung (Thieme Fachredaktion et al. 2020: 850f.).

Domenig beschreibt transkulturelle Kompetenz allgemein als die Fähigkeit, andere Lebenswelten in den verschiedenen Kontexten, in denen man mit ihnen in Kontakt kommt, zu verstehen und in weiterer Folge eigene Handlungsweisen an sie anzupassen (Domenig 2007: 174). Transkulturell kompetente Pflegekräfte sind also in der Lage, Patient:innen oder Pflegebedürftige mit ihrer ganz individuellen Lebensgeschichte und Lebenswelt und ihrem individuellen sozialen Umfeld wahrzunehmen und können all diese Aspekte reflektieren und interpretieren und so ihre Pflegehandlungen entsprechend an sie anpassen (Domenig 2013: 53).

„Transkulturell kompetente Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext“ (Domenig 2007: 147) stützt sich laut Domenig auf drei Säulen: der Fähigkeit zur Selbstreflexion, ausreichendem Hintergrundwissen und persönlichen Erfahrungen und der Fähigkeit zu narrativer Empathie. In ihrem Modell zur „Transkulturellen Kompetenz“ stellt sie diese Säulen dar, und verweist außerdem auf die Überschneidungen, die sich aus den einzelnen Fähigkeiten und Wissensbereichen ergeben (siehe Abb. 2) (Domenig 2007: 174f.). Transkulturelle Kompetenz beziehungsweise transkulturell angemessene Interaktion versteht sich also als komplexer Prozess, der durch ein Zusammenspiel all dieser drei Aspekte ermöglicht wird (Domenig 2013: 55). Die Basis für diese drei Hauptaspekte bilden die Überlegungen von Schütz und Luckmann über die Strukturen der Lebenswelt (vgl. Schütz et al. 2017). Ausgangspunkt ist also, dass Annäherung selbstreflektiert in Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Lebenswelt und unter Einbezug von eigenen Erfahrungen und dem jeweiligen individuellen verfügbaren Hintergrundwissen geschehen soll, während eine wertschätzende, respektvolle und empathische Haltung gegenüber der anderen Person gewahrt wird (vgl. Domenig 2013; Domenig 2007).

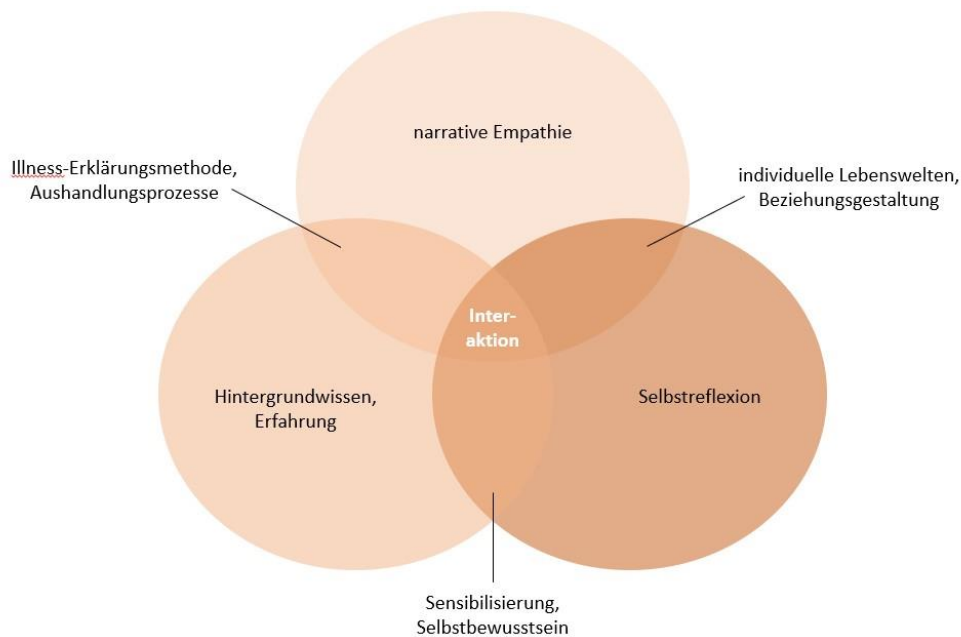


Abb. 2: Modell für Transkulturelle Kompetenz nach Dagmar Domenig (2007)

Die Überschneidungen stellen dar, was durch die erfolgreiche Implementierung geschehen soll, beziehungsweise ermöglicht wird. Im Kontext einer Pflegesituation kann Selbstreflexion in Zusammenspiel mit narrativer Empathie zu einer verbesserten Beziehung zwischen der Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person führen. Selbstreflexion in Kombination mit der Aneignung von relevantem Hintergrundwissen und dem Einbezug von eigenen transkulturellen Erfahrungen führt zu einer erhöhten Sensibilisierung für Transkulturalität und mit ihr einhergehenden Problemen oder Fragen. Das Einbeziehen von Wissen und individuellen Erfahrungen in Kombination mit narrativer Empathie führen schließlich zu einer umfangreicheren Anamnese und können die Aushandlungsprozesse über die Diagnose sowie über die Bezeichnung, Ursachen und die Behandlung einer Illness, also dem individuell von den Patient:innen erlebten Kranksein, beeinflussen (Domenig 2007: 174ff.; Zielke-Nadkarni 2007: 194).

#### 4.4.3 Transkulturelles Kompetenzprofil nach Ewald Kiel

Die Darstellungen des deutschen Schulpädagogen Ewald Kiel weisen große Ähnlichkeiten zu Leiningers Modell auf, da beide eine Suche nach Gemeinsamkeiten der eigenen Kultur und kultureller Vielfalt anstatt einer Suche nach Gegensätzen vorschlagen (von Bose et al. 2012: 16). Kiel ist sich der Problematik einer Definition der Begriffe Kultur und Kompetenz bewusst (Kiel 2014: 134) und beruft sich mit Hinblick auf die Anwendbarkeit von Theorie auf Handlungsweisen und Interaktion in seinen Erläuterungen unter anderem auf Kulturdefinitionen von

Kroeber und Kluckhohn, denen zufolge sich Kultur im Wesentlichen in bewussten und unbewussten Verhaltensmustern zeigt und der eigentliche Kern von Kultur in überlieferten Ideen beziehungsweise den ihnen zugewiesenen Bedeutungen besteht (vgl. Kroeber et al. 1952). Kiel bezieht allerdings die Dynamik und stetige Weiterentwicklung der Diskussion um den Kulturbegriff in seine Überlegungen mit ein und erweitert sie um eigene Dimensionen und Betrachtungsfelder; etwa den Zusammenhang zwischen Kultur als Innen- und Außenphänomen, die Organisation kulturellen Wissens, oder die Beobachtbarkeit kultureller Aspekte (Kiel 2014: 133ff.).

Der Kompetenzbegriff ist etwas neuer, aber hat bereits Einzug in zahlreiche Disziplinen gefunden, darunter etwa die Bildungswissenschaften, Sprachwissenschaften, Psychologie, die Verwaltungswissenschaft und viele mehr. In seiner begrifflichen Abgrenzung ist er aber ähnlich problematisch wie der Kulturbegriff (Edelmann et al. 2004: 7). Kiel arbeitet mit Definitionen, die Kompetenz als erwerb- und veränderbar bezeichnen, ihr einen Handlungsbezug zuzuschreiben, Kompetenz einerseits als Wissen, aber auch als Können und Einstellungen beschreiben, und Kompetenzen an bestimmte Domänen binden (Kiel 2014: 140). Kulturelle Kompetenz ist folglich „eine erwerb- und veränderbare Disposition, welche vorstellbar ist in Form komplexer Schemata“. Diese Schemata setzen sich aus Wissen, Können, Werten und Einstellungen zusammen und stehen immer in Bezug auf bestimmte Lebenspraxen, wie etwa Verhaltensweisen in bestimmten Situationen oder gegenüber unterschiedlichen Personen (ibid.: 140f.). Anschließend gilt für Kiel die allgemeine Bereitschaft zu kommunizieren und zu interagieren als Basis für transkulturelle Kompetenz, die sich laut Kiel aus vier Kompetenzbereichen zusammensetzt: der Sachkompetenz, der Sozialkompetenz, der Selbstkompetenz und der Handlungskompetenz, wobei diese Kategorisierung der einzelnen Kompetenzen nicht als statisch zu verstehen ist, sondern als erweiterbar und veränderbar (von Bose et al. 2012: 16).

## **5. Methode der empirischen Untersuchung**

Aufbauend auf einen kurzen Exkurs zur qualitativen Forschung allgemein wird in diesem Kapitel die Vorgehensweise der empirischen Studie vorgestellt, auf die in den Theoriekapiteln bereits inhaltlich hingeführt wurde. Das grobe Ziel dieser Interviewstudie ist es, Erkenntnisse über den Einfluss von Sprachbarrieren und Transkulturalität auf den Arbeitsalltag und die Arbeitsweisen von Pflegekräften in oberösterreichischen Krankenhäusern zu gewinnen. Im Folgenden werden die der Studie zugrunde liegenden Forschungsfragen noch einmal genauer betrachtet. Daran anschließend wird die angewendete Datenerhebungsmethode, das leitfadengestützte Expert:inneninterview, kurz erklärt und anhand des theoretischen Rahmens die Herangehensweise zur Erhebung der für die Forschungsfragen dieser Arbeit relevanten Informationen beschrieben. Ein Fokus wird dabei einerseits auf der Auswahl der Interviewpartner:innen und andererseits auf der Erstellung des Interviewleitfadens liegen. Abschließend wird die angewendete Analyse-methode erklärt, mit der die erhobenen Daten analysiert und ausgewertet wurden. In Kapitel 6 folgt schließlich die Auswertung der gesammelten Daten.

### **5.1 Merkmale und Prinzipien qualitativer Forschung**

Eine grobe Definition qualitativer Forschung beziehungsweise qualitativer Daten kann aus dem direkten Vergleich zu quantitativen Daten entnommen werden. Während quantitative Daten üblicherweise numerische Daten sind, also Zahlen, so können qualitative Daten vielfältiger Natur sein, beispielsweise Bilder und Fotografien, Videos, Audioaufzeichnungen, kulturelle Artefakte, zumeist sind die Datengrundlagen aber Texte (Kuckartz 2018: 16). Dabei blicken vor allem die Psychologie und die Soziologie auf eine lange Tradition in der Verwendung qualitativer Forschungsmethoden zurück (Flick 2018: 9). Heute finden qualitative Forschungs- und Analysemethoden nach wie vor natürlich in den Sozialwissenschaften, aber auch in den Forschungsfeldern der Erziehungswissenschaft, der unterschiedlichen Bereiche der Gesundheitswissenschaften, oder der Politikwissenschaft Anwendung (Kuckartz 2018: 21).

Häufig werden als Kriterien für qualitative Forschung Fallbezogenheit, Authentizität, Offenheit und Ganzheitlichkeit erwähnt (Kuckartz 2018: 19). Ergänzend und etwas detaillierter nennt Flick als die wesentlichen Merkmale der qualitativen Forschung die Angemessenheit der Methoden und Theorien, die Notwendigkeit einerseits des Einbeziehens der Perspektiven der teilnehmenden Personen sowie der Selbstreflexion der forschenden Person beziehungsweise

die Reflexion der Forschung selbst, und zu noch die Methodenvielfalt und Vielfalt der Zugänge zur Forschung (Flick 2018: 7f.).

In anderen Ausführungen zur qualitativen Sozialforschung fassen Lamnek & Krell folgende Hauptmerkmale zusammen, die diese aufweisen soll: Qualitative (Sozial-)forschung soll interpretativ, naturalistisch, kommunikativ, reflexiv und qualitativ sein (Lamnek & Krell 2016: 44f.). Unter interpretativ wird dabei verstanden, dass die soziale Realität durch Interpretation beziehungsweise Bedeutungszuweisungen konstruiert wird. Naturalistisch bedeutet, dass die „natürliche Welt“ das Forschungsfeld darstellt, und diese erfasst und beschrieben wird. Unter kommunikativ versteht man, dass die Regeln alltäglicher Kommunikationsprozesse beachtet werden müssen, da solche qualitativen Forschungsmethoden immer auf Kommunikation ausgerichtet sind. Reflexiv bezieht sich auf eine angestrebte kritische Selbstreflexion der Forschung selbst und qualitativ bedeutet schließlich, dass sich die qualitative Forschung von standardisierten Forschungsmethoden abgrenzt und sich stattdessen mehr auf nicht-standardisierte Methoden stützt, da nur so eine angemessene und offene Betrachtung des Forschungsgegenstandes möglich ist (ibid. Lamnek & Krell 2016: 44f.)

## **5.2 Zielsetzung**

Ziel dieser Studie ist es, wie bereits mehrfach erwähnt wurde, Einblicke in die Arbeitsweisen und die Alltagsrealität von Pflegekräften in ländlich gelegenen oberösterreichischen Krankenhäusern zu erhalten. Genauer geht es darum, Erkenntnisse über den Einfluss von Sprachbarrieren zwischen Pflegekräften und nicht-deutschsprachigen Patient:innen und Pflegeempfänger:innen beziehungsweise den Einfluss kultureller Differenzen auf die Arbeit der Pflegekräfte, vor allem in Bezug auf die Kommunikation mit den Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen in den ausgewählten Krankenhäusern zu gewinnen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Strategien der Pflegekräfte, mögliche Kommunikationsschwierigkeiten und andere Herausforderungen, die durch Sprachbarrieren und Transkulturalität entstehen können, zu überwinden. Auch hier ist der Einfluss der Problembewältigungsstrategien auf die Arbeitsweise der Pflegekräfte von Interesse. Aus diesen Erkenntnisinteressen lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

- Welchen Einfluss haben Transkulturalität und Mehrsprachigkeit auf die Pflege in ländlich gelegenen oberösterreichischen Krankenhäusern?

- Welche Strategien werden von den Pflegekräften ausgewählter oberösterreichischer Krankenhäuser angewendet, um mit Sprachbarrieren und Transkulturalität in ihrem Arbeitsalltag umzugehen und den für ihre Arbeit nötigen Kommunikationsbedarf zu decken?
- Wie beeinflussen diese Strategien die Kommunikation mit Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen und die Qualität der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte?

Im Theorieteil dieser Arbeit wurden diese Fragestellungen zum Teil bereits theoretisch aufgearbeitet. Ziel dieser Studie ist es, die Realität abzubilden und mögliche Ursachen zu definieren sowie Aufschlüsse für die Erarbeitung potentieller Lösungsansätze zu erarbeiten.

### **5.3 Datenerhebungsmethode**

Die in dieser Arbeit aufgearbeitete Theorie, die aus einer umfassenden Literaturrecherche aufbereitet wurde, gab bereits Aufschluss über herrschende Probleme und bestehende Problemlösungsansätze im Zusammenhang mit der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen und Pflegeempfänger:innen in ausgewählten österreichischen Gesundheitseinrichtungen.

Um nun die Forschungsfragen zu beantworten und dadurch direkte Informationen aus der Lebens- und Arbeitsrealität oberösterreichischer Pflegekräfte ermitteln zu können, bietet sich als Datenerhebungsmethode das Expert:inneninterview an. Als Expert:innen kommen hierbei Krankenpflegekräfte selbst in Frage, da diese am besten Auskunft über ihre eigenen Arbeitsweisen und etwaige Einflüsse darauf geben können. Die Eigenschaften und Auswahl geeigneter Interviewpartner:innen wird nun folgend noch näher beschrieben. Als inhaltliche Stütze und zur Strukturierung bei der Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden erarbeitet, dessen Erstellung ebenfalls im Folgenden noch genauer beschrieben wird.

#### **5.3.1 Expert:inneninterviews**

Als Basis und Begründung für die Wahl dieser Datenerhebungsmethode werden hier nun zunächst einige methodologische Grundlagen des Vorgehens bei Expert:inneninterviews beschrieben. Die Ausführungen stützen sich auf einen Leitfaden zur Datenerhebung mit leitfadengestützten Expert:inneninterviews von Kaiser (2021), der eine anwender:innenfreundliche Schritt-für-Schritt-Anleitung von der Planung über die Durchführung bis hin zur Analyse

qualitativer Interviewstudien entwickelt hat. Kaiser bezieht sich in seinen Ausführungen vorrangig auf die Anwendung von Expert:inneninterviews in der politikwissenschaftlichen Forschung, merkt aber an, dass diese Art der qualitativen Forschung für eine Reihe von Wissenschaftsdisziplinen geeignet ist und dort Anwendung findet, etwa in sozialwissenschaftlichen Disziplinen darunter etwa in der Soziologie, der Psychologie oder der Ethnologie (Kaiser 2021: 3). Für eine translationswissenschaftliche Studie mit einem Forschungsziel, wie dem der vorliegenden Arbeit, eignet sich diese Form der Datenerhebung aufgrund ihres explorativen Charakters sehr gut. Dieser Charakter kommt dadurch zustande, dass mit dem Verwenden eines Leitfadens als Grundgerüst für die Interviews zwar eine gewisse Struktur vorgegeben ist, allerdings offen bleibt, wie viel Fokus von den Expert:innen auf welche Aspekte gelegt wird und sich die Forschenden auch in einem gewissen Maß von dieser Struktur lösen können, indem etwa die Reihenfolge der Interviewfragen verändert wird oder gar Informationen aufgenommen werden, die ursprünglich nicht für die Erhebung in Betracht gezogen wurden, da sie den Forschenden zum Beispiel beim Erstellen des Interviews gar nicht in den Sinn gekommen wären (ibid. Kaiser 2021: 64ff.). Damit stimmt diese Erhebungsmethode mit den Interessen dieser Arbeit überein, da einerseits die bereits ausgearbeitete Theorie überprüft werden soll, gleichzeitig aber auch Informationen erwünscht sind, die neu oder unerwartet sind.

Damit hängt ein weiteres, noch entscheidenderes Merkmal von leitfadengestützten Expert:inneninterviews zusammen, nämlich die (teil-)strukturierte Form der Befragung, mit der Fakten gewonnen werden können, die man ansonsten nicht oder nur eingeschränkt aus anderen Quellen ermitteln könnte. Für diese Arbeit konnten einfürend bereits ausführliche Informationen aus der Literatur über die Patient:innenarbeit in Krankenhäusern und die Problematik der Sprach- und Kulturbarrieren in der zwischenmenschlichen Arbeit im Gesundheitsbereich gesammelt werden. Wie die Realität beziehungsweise die Wahrnehmung bestimmter Umstände aus der Sicht der Pflegekräfte aussieht, auch etwa im Hinblick auf aktuelle gesellschaftspolitische Veränderungen und deren Einflüsse auf den untersuchten Sachverhalt – als ein jedenfalls miteinzubeziehender Faktor ist hier etwa der Fachkräftemangel zu nennen, der auch für den Gesundheits-/Pflegesektor weitreichende Auswirkungen hat – kann aber nur ermittelt werden, wenn die betroffenen Expert:innen dieses Feldes selbst zu Wort kommen. Wichtig ist hierbei, dass das klar definierte Ziel einer solchen Befragung die Beantwortung der Forschungsfrage(n) sein muss, die möglichst präzise formuliert und bereits gut in den theoretischen Rahmen eingebettet sein soll(en) (ibid. Kaiser: 2021: 41).

Hier ist noch ergänzend anzumerken und zu betonen, dass Expert:inneninterviews aufgrund ihres qualitativen Charakters im Vergleich zu quantitativen Datenerhebungsmethoden keinen Anspruch auf über den konkret untersuchten Fall hinausgehende Generalisierbarkeit stellt, vielmehr steht die systematische Analyse und ein daraus resultierendes Verständnis dieses Falles beziehungsweise dieser Fälle im Vordergrund (Kaiser: 2021: 84). Im folgenden Abschnitt wird aufgeschlüsselt, was bei der Auswahl der zu befragenden Expert:innen zu beachten ist und nach welchen Kriterien die Expert:innen für diese Studie ausgewählt wurden.

### **5.3.2 Interviewpartner:innen**

Zu Beginn der Planung eines Expert:inneninterviews steht zunächst die Frage im Vordergrund, welche Personen für das jeweilige Forschungsziel als Expert:innen befragt werden können. Kaiser beschreibt die Notwendigkeit, sich dazu zwei zentrale Fragen zu stellen:

- Wer kann überhaupt als Expert:in gelten?
- Welche Arten von Wissen können durch Expert:inneninterviews generiert werden?  
(Kaiser 2021: 41)

Bogner et al. liefern eine brauchbare Definition von Expert:innen in diesem Kontext, da sie aufbauend auf die ursprüngliche Wortbedeutung die Bedeutungsverschiebung hin zum modernen Expert:innenbegriff beschreiben, denn Expert:innen sind in unserer modernen Gesellschaft nicht mehr in erster Linie Fach- und Sachkundige, die mit einem Spezialwissen über ein bestimmtes Feld ausgestattet sind (Bogner et al. 2014: 9f.). Nicht mehr nur die Wissenschaft, sondern fast alle Gesellschaftsbereiche produzieren heutzutage Formen von Expertise (ibid Bogner et al. 2014: 10). Kaiser fasst bestehende Definitionen des Expert:innenbegriffs zusammen zu einerseits ihrer Position, ihres Status sowie das ihnen zugeschriebene Wissen, andererseits ihre Verantwortung für bestimmte Problemlösungsprozesse und ihren privilegierten Zugang zu spezifischen Informationen (Kaiser 2021: 44). In Bezugnahme auf die Forschung sind Expert:innen Träger:innen des „für die wissenschaftliche Analyse relevanten Funktionswissens“, daher entscheidet letztlich immer der/die Forschende, wer als Expert:in für ein konkretes Forschungsvorhaben in Frage kommt (ibid. Kaiser 2021: 44f.).

Auch die zweite der oben genannten Fragen, nämlich die Frage nach den Arten von Expert:innenwissen, spielt eine wesentliche Rolle. Bogner et al. sehen die Besonderheit des Expert:innenwissens „in dessen besonderer Reflexivität, Kohärenz [und] Gewissheit“, sowie auch „insbesondere darin, dass dieses Wissen in besonderer Weise praxiswirksam und damit



orientierungs- und handlungsleitend für andere Akteure wird“ (Bogner et al. 2014: 13f.). In der Literatur finden sich verschiedene Arten der Differenzierung von Wissen, etwa in der Gegenüberstellung von Betriebswissen und Kontextwissen oder in der Unterscheidung zwischen technischem Wissen, Prozesswissen und Deutungswissen (Kaiser 2021: 48ff.). Beim Betriebswissen beziehungsweise beim technischen Wissen und beim Prozesswissen handelt es sich um die exklusivste Form des Expert:innenwissens; Expert:innen mit solchem Wissen sind stark in innerbetriebliche Prozesse und etwaige Problemanalysen und der Ausarbeitung und Umsetzung von Problemlösungsstrategien eingebunden, weshalb diese Art von Wissen kaum von außen, also ohne eine direkte Befragung involvierter Expert:innen, in Erfahrung gebracht werden kann (Kaiser 2021: 48). Kontextwissen kann im Gegensatz dazu auch durch andere Methoden eingeholt werden, da diese Art von Wissen nicht exklusiv Expert:innen besitzen (Kaiser 2021: 49). Wieder anders verhält es sich beim Deutungswissen. Dieses Wissen besitzen exklusiv die Expert:innen, da es sich hier um das subjektive Verständnis und Interpretationen seitens der Expert:innen im Rahmen ihres Betriebs- und Kontextwissens handelt, was zum Beispiel eine Rolle bei der Erforschung persönlicher Handlungsorientierungen oder Entscheidungsmotivationen der Expert:innen in ihrem Handlungsfeld spielt (Kaiser 2021: 50).

Bei der Auswahl der Expert:innen, also der Interviewpartner:innen, können folgende, von Gläser & Laudel (2010) erstellte Fragen hilfreich sein, auf die sich auch Kaiser (2021) in seinen Ausführungen stützt:

- Welche:r Expert:in verfügt über die relevanten Informationen?
- Welche:r dieser Expert:innen ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?
- Welche:r dieser Expert:innen ist am ehesten bereit und verfügbar, um diese Informationen zu geben? (Gläser & Laudel 2010: 117; Kaiser 2021: 85f.)

Die vorliegende Arbeit untersucht den Arbeitsalltag und die Arbeitsweisen von Pflegekräften in ausgewählten oberösterreichischen Krankenhäusern sowie den Einfluss von Faktoren wie Transkulturalität und Sprachbarrieren auf deren Arbeitsalltag und die Arbeitsweisen aus Sicht der Pflegekräfte. Demnach kommen als Expert:innen, die über die relevanten Informationen verfügen, in erster Linie Pflegekräfte selbst in Frage, da vor allem beziehungsweise ausschließlich diese einen authentischen und realistischen Einblick in ihre eigene Lebensrealität und ihre persönliche Wahrnehmung ihrer Arbeit in Bezug auf die genannten Einflussfaktoren liefern können. Diese Arbeit stellt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Vergleichbarkeit der

Resultate, sondern soll lediglich umfangreiche Einblicke und Verständnis über ausgewählte Einzelfälle ermöglichen. Um dennoch möglichst unterschiedliche Darstellungen und Arbeitsrealitäten abbilden zu können, werden für diese Untersuchung Expert:innen einem ländlich situierten Krankenhaus in Oberösterreich interviewt. Hier ist anzumerken, dass nach Absprache mit der für die befragten Pflegekräfte zuständigen regionalen Pflegedirektion sämtliche Daten anonymisiert gehandhabt werden müssen, um sicherzustellen, dass weder Rückschlüsse auf die befragten Mitarbeiter:innen noch auf die Unternehmen selbst gezogen werden können. Die lokale Begrenzung auf Oberösterreich ist einerseits dem vereinfachten Zugang zu verfügbaren Expert:innen aufgrund von persönlichen Kontakten der Verfasserin dieser Arbeit geschuldet, bietet aber auch die Chance, Einblicke in Umgangsweisen mit Mehrsprachigkeit und Transkulturalität in Gebieten zu gewinnen, die sich in der verfügbaren Infrastruktur und ihrer Bevölkerungszusammensetzung in Bezug auf Herkunft und Mehrsprachigkeit von der Bundeshauptstadt Wien unterscheiden. Während in Wien fast 50 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben (vgl. Statistik Austria 2023), so liegt dieser Anteil in der oberösterreichischen Landeshauptstadt Linz nur noch bei zirka 30 % (vgl. Magistrat Linz 2023). In Österreich insgesamt liegt der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei ca. 25 % (vgl. Statistik Austria 2023). Ein entsprechendes Diversitätsgefälle in der Bevölkerungszusammensetzung ist daher in den ländlichen Gebieten (Ober-)österreichs anzunehmen, wobei hierzu die Datenlagen je nach Region sehr viel diffuser und daher weniger gut einsehbar sind. Der Faktor Stadt/Land spielten für die Auswahl des Krankenhauses insofern eine Rolle, da in diesem Zusammenhang auch Unterschiede in der Zusammensetzung in Bezug auf Migrationshintergründe und damit einhergehend Mehrsprachigkeit der jeweiligen Belegschaften in verschiedenen Krankenhäusern je nach örtlicher Lage zu erwarten sind, auch etwa im Vergleich von ländlich gelegenen Krankenhäusern in Österreich im Vergleich zu Krankenhäusern in der Landeshauptstadt Linz. Dieser Faktor kann unter Umständen einen Einfluss auf die Verfügbarkeit mehrsprachiger Personen innerhalb der Krankenhausbelegschaften, aber auch aus der Region um die jeweiligen Einrichtungen haben, bei zweiterem vor allem auch die Verfügbarkeit von Dolmetscher:innen. Ob Dolmetscher:innen vor Ort zugezogen werden können, kann wiederum mit der städtischen oder ländlichen Lage der Gesundheitseinrichtungen zusammenhängen, da größere Städte mit einer besseren Infrastruktur mehr Mobilität und damit eine einfachere Anreise für Sprachmittler:innen ermöglichen, während diese in ländlicheren Regionen mitunter eingeschränkt sein kann.

Es wird ausgehend von der eingangs in dieser Arbeit erfolgten theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Thema angenommen, dass ein Großteil der Pflegekräfte in

oberösterreichischen Krankenhäusern bereits einmal in ihrer Tätigkeit mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen bzw. Patient:innen mit einer anderen kulturellen Herkunft als ihrer eigenen in Kontakt gekommen sind. Pflegekräfte, die schon längere Zeit ihrer Tätigkeit nachgehen, können wahrscheinlich aus einem größeren Erfahrungsschatz schöpfen, um die Interviewfragen präzise beantworten zu können. Diesen Erfahrungswerten gegenüber stehen jüngere Pflegekräfte beziehungsweise Pflegekräfte, deren Ausbildung noch nicht so lange her ist. Aus einer eingehenden Recherche zur Ausbildungslandschaft für Pflegekräfte ging hervor, dass in jüngerer Zeit Transkulturalität und kultursensible Pflege zunehmend mehr Platz in Curricula für Pflegeausbildungen finden, weshalb dieser Faktor in die Auswahl der Interviewpartner:innen einbezogen wurde. Beispiele zu transkulturellen Inhalten in Pflegeausbildungen wurden in Kapitel 4.3 aufgelistet. Auch das Einbeziehen von Pflegekräften sowohl aus dem ambulanten Bereich als auch aus dem stationären Bereich der jeweiligen Krankenhäuser soll dazu beitragen, einen möglichst vielschichtigen Einblick in den Pflegealltag zu bekommen. Es liegt in der Natur des stationären Bereichs, dass Patient:innen sich dort länger aufhalten als es in Ambulanzen der Fall ist. In Kapitel 1 dieser Arbeit wurde darauf bereits eingegangen, vor allem in Bezug auf die Unterschiede im jeweiligen Kommunikationsbedarf zwischen Pflegekräften und Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen dieser zwei Bereiche.

Die Frage nach der Verfügbarkeit der Expert:innen ist in Anbetracht des Pflegekräftemangels in Österreichs ebenfalls nicht zu vernachlässigen. Hohe berufliche Belastung und Mehrarbeit können dazu führen, dass sich nicht alle in Betracht gezogenen Pflegekräfte dazu bereit erklären, sich außerhalb ihrer Arbeitszeit noch Zeit für ein Interview zu nehmen. Für die Akquise von geeigneten Expert:innen als Interviewpartner:innen war daher ein hohes Maß an Flexibilität nötig.

Folgende Tabelle soll eine Übersicht über die befragten Expert:innen bieten, wobei die Namen anonymisiert wurden und im Zuge der Untersuchung als IP (Interviewpartner:in) 1-5 bezeichnet werden. Die Nummerierung gibt die Reihenfolge wieder, in der die Interviews geführt wurden.

<b>Code der Interviewteilnehmer:innen</b>	<b>Alter</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Arbeitsbereich/e</b>	<b>Erfahrung als Pflegekraft</b>	<b>Ausbildung</b>
IP1	62	weiblich	Lungenambulanz, Schlaf Labor, Kinderambulanz, Hautambulanz	35 Jahre	DGKP
IP2	27	männlich	anästhesiologische Intensivstation	3,5 Jahre	DGKP mit BScN

IP3	25	weiblich	Unfallambulanz	3,5 Jahre	DGKP mit BScN
IP4	34	weiblich	Intensivstation	13 Jahre	DGKP
IP5	54	weiblich	Palliativstation	31 Jahre	DGKP

Abb. 3: Übersicht Interviewteilnehmer:innen

### 5.3.3 Interviewleitfaden

Da die Interviewsituation nicht vorab durchkonstruiert und nicht-standardisiert ist, ist der Verlauf des beziehungsweise der Interviews nicht oder zumindest nur in einem geringen Maße vorherbestimmt; die Befragten haben entscheidenden Einfluss auf Interviewstruktur- und Ablauf (Lamnek & Krell 2016: 331). Für den/die Interviewer:in wiederum bedeutet dieses hohe Maß an struktureller Offenheit eine gewisse Flexibilität, sich der Schwerpunktsetzung der Interviewpartner:innen und der Situation anzupassen, um genau diese Offenheit für womöglich Unvorhergesehenes für die Informationserweiterung und damit -vertiefung nutzen zu können.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wird also bereits eine Reihenfolge festgelegt, wobei möglich bleiben muss, von dieser abzuweichen, oder Rückfragen zu stellen, um genauer auf Gesagtes einzugehen. Damit kann sichergestellt werden, dass auch subjektive Darstellungen und Relevanzen der Expert:innen Platz finden können, ohne von der Vorstrukturierung von vornherein unterbunden zu werden (Kaiser 2021: 66). Ein Interviewleitfaden sollte jedenfalls auch generelle Informationen enthalten, die den Expert:innen überblicksmäßig den Rahmen und das Ziel des Forschungsvorhabens, die Relevanz der konkreten Befragung für dieses Vorhaben und Informationen zum Datenschutz beziehungsweise zur Anonymisierung der personenbezogenen Daten beinhalten. Idealerweise kommen den Interviewpartner:innen diese Informationen schon bei der ersten Teilnahmeanfrage zu, jedoch sind diese Hinweise einerseits relevant für die Expert:innen, andererseits kann damit einleitend noch einmal der Fokus und das Interesse der/des Forschenden betont werden, wodurch die Effizienz der Interviews gesteigert werden kann, da die Expert:innen die Möglichkeit bekommen, gezielt auf die Hauptinteressenspunkte der/des Forschenden einzugehen (ibid. Kaiser 2021: 66). Bei den für diese Arbeit durchgeführten Interviews wurden die Schwerpunkte des Forschungsvorhabens sowie allgemeine Informationen in kurzen, den Interviews vorangehenden Vorgesprächen noch einmal erläutert. Teilweise wurde darauf auch während des Interviews selbst noch einmal kurz verwiesen, um den Interviewpartner:innen Orientierung bezüglich der Schwerpunktsetzung zu geben.

Die Vorstrukturierung des Interviews sollte zu einer für beide Gesprächsteilnehmer:innen nachvollziehbaren und logischen Reihenfolge der Interviewfragen führen. Ein logischer Aufbau kann etwa bedeuten, dass die Expert:innen mit etwas allgemeineren Fragen erst etwas näher an das Thema herangeführt werden, und ihnen möglicherweise als Einstieg die Möglichkeit gegeben wird, selbst frei und vielleicht gleich etwas länger über einen selbst gewählten Themenaspekt zu sprechen, worauf danach im weiteren Gesprächsverlauf wieder Bezug genommen werden kann, über den Rückfragen gestellt werden können und wodurch bereits Themenpräferenzen der Expert:innen eruiert werden können (Kaiser 2021: 65).

Da anzunehmen ist, dass die Dauer der Interviews einen Einfluss auf die Bereitschaft von Expert:innen hat, sich überhaupt Zeit für ein Interview zu nehmen, sollte dies ebenfalls bereits in der Erstellung des Leitfadens berücksichtigt und mitgedacht werden. Bei den Expert:innen für dieses Forschungsvorhaben handelt sich um in einem Mangelberuf tätige Personen, weshalb ein kürzerer zu erwartender Zeitaufwand für ein Interview in diesem Fall sicher einen begünstigenden Effekt auf die Teilnahmebereitschaft haben wird. Die Dauer der Interviews im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte daher 60 Minuten nicht überschreiten und gleichzeitig, wenn möglich, zeitlich und örtlich so angesetzt werden, dass die Expert:innen vor beziehungsweise nach ihrer Arbeitszeit noch möglichst nahe am Arbeitsort befragt werden, beziehungsweise sollten ihre zeitlichen und örtlichen Präferenzen bestmöglich berücksichtigt werden, um den Aufwand für die Teilnehmer:innen möglichst gering zu halten.

Der Aufbau des verwendeten Interviewleitfadens orientierte sich an groben Themensträngen der theoretischen Auseinandersetzung der in den ersten vier Kapiteln dieser Arbeit aufgearbeiteten Inhalte. Nach einem Probedurchlauf wurde die Reihenfolge der Interviewfragen noch leicht angepasst und die Formulierungen zum Teil noch verbessert, um die Fragestellungen möglichst klar verständlich zu machen. Der auf Basis der hier beschriebenen Grundlagen und Überlegungen für die vorliegende Arbeit ausgearbeitete Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

## **5.4 Kategorienbildung und Codierung**

Die fünf Interviews fanden im Zeitraum 6. September 2023 und 2. Oktober 2023 statt, wobei alle Interviews face-to-face durchgeführt werden konnten. Alle Interviews wurden als Audioaufnahmen gesichert und anschließend mithilfe der Website [otranscribe](https://otranscribe.com/)<sup>1</sup> genau transkribiert.

---

<sup>1</sup> <https://otranscribe.com/>

Die Transkripte befinden sich im Anhang dieser Arbeit und stellen die Basis für die Weiterarbeit mit dem Datenmaterial dar.

Zentral für die anschließende Analyse ist laut Kuckartz (2018) das Entwickeln eines brauchbaren Kategoriensystems, in welches das erhobene Datenmaterial eingeordnet werden kann. Die Kategorienbildung kann theorieorientiert oder empirieorientiert erfolgen. Anders formuliert werden Kategorien A-priori beziehungsweise deduktiv gebildet, also unabhängig von den empirisch erhobenen Daten, oder sie werden induktiv, also direkt aus dem erhobenen Datenmaterial gebildet (Kuckartz 2018: 71). Dabei sind Mischformen, in denen die Kategorienbildung sowohl deduktiv als auch induktiv erfolgt, nicht unüblich (ibid.: 102f.). Bei der Kategorienbildung ist generell möglichst sorgfältig vorzugehen, da die Qualität der Kategorien später einen Einfluss auf die Qualität der gesamten Analyse haben kann (ibid: 53).

Für diese Arbeit wurden die Kategorien induktiv mit Orientierung an der zuvor aufgearbeiteten Theorie beziehungsweise anhand des Interviewleitfadens gebildet, wobei die Möglichkeit offengelassen wurde, nach der Datenerhebung deduktiv noch Ergänzungen oder Veränderungen vorzunehmen, sollten unerwartete Ergebnisse erzielt werden. Es ergaben sich nach der Datenerhebung und einem ersten Codierungsdurchlauf zur Probe keine groben Veränderungen mehr, weshalb das zuvor aufgestellte Kategoriensystem nur noch etwas nuancierter gestaltet wurde, indem es um Subkategorien ergänzt wurde, die auf Basis einer Sichtung des Datenmaterials als sinnvoll erschienen, um eine möglichst zielgenaue und vollständige Codierung und Einordnung der erhobenen Daten in das Kategoriensystem zu ermöglichen.

Nach dem ersten Codierdurchlauf zur Probe und eventuellen Neugewinnung von Subkategorien, konnte nach der Anpassung des Kategoriensystems schließlich der eigentliche Codierprozess gestartet werden. Im Textverarbeitungsprogramm Word wurden alle Interviewtranskripte mithilfe eines Farbcodesystems, in dem allen Kategorien und Subkategorien Farben zugeordnet wurden, sequenziell durchgearbeitet und farblich codiert, also den Kategorien zugewiesen.

Mithilfe eines Modells für die Fallzusammenfassung, wie von Kuckartz (2018: 109) vorgeschlagen, wurden die Daten übersichtlich aufbereitet, indem die codierten Textteile segmentiert in einem neuen Textdokument nach Kategorien sortiert gesammelt wurden, um anschließend damit weiterarbeiten zu können. Diesem Schritt liegt der Grundgedanke zugrunde, dass es für die qualitative Forschung zentral ist, das erhobene Material durch die Dimensionen *Fälle* und *Kategorien* zu strukturieren (Kuckartz 2018: 108). Die *Fälle* stellen in dieser Arbeit die befragten Expert:innen dar, während die Kategorien hauptsächlich die Themen sind, die zur

*Kategorisierung* der Daten verwendet wurden. Folgende Matrix nach Kuckartz (2018: 109) stellt modellhaft dar, wie diese inhaltliche Strukturierung in die Dimensionen Fälle/Personen und Kategorien/Themen im Rahmen einer Interviewstudie aussehen kann:

	Thema A	Thema B	Thema C	
<b>Person 1</b>	Textstellen von Person 1 zu Thema A	Textstellen von Person 1 zu Thema B	Textstellen von Person 1 zu Thema C	➤ Fallzusammenfassung Person 1
<b>Person 2</b>	Textstellen von Person 2 zu Thema A	Textstellen von Person 2 zu Thema B	Textstellen von Person 2 zu Thema C	➤ Fallzusammenfassung Person 2
<b>Person 3</b>	Textstellen von Person 3 zu Thema A	Textstellen von Person 3 zu Thema B	Textstellen von Person 3 zu Thema C	➤ Fallzusammenfassung Person 3
	<b>Kategorienbasierte Auswertung zu</b>			
	▼ Thema A	▼ Thema B	▼ Thema C	

*Abb. 4: Prototypisches Modell inhaltlicher Strukturierung als Themenmatrix für Interviewstudien (Kuckartz 2018: 109)*

Eine Strukturierung in Form einer solchen Matrix ermöglicht die Analyse aus zwei Perspektiven. Die fallorientierte Perspektive, also die Betrachtung aller Aussagen zu den verschiedenen Themen einer einzelnen Person, ermöglicht eine Fallzusammenfassung aller Aussagen dieser Person zu allen angesprochenen Themen. Eine kategorienorientierte beziehungsweise themenorientierte Perspektive ermöglicht einen summierten Überblick über ein spezifisches Thema aus den Blickwinkeln sämtlicher befragten Personen. Eine solche Matrix lässt aber nicht nur die Zusammenfassungen der einzelnen Zeilen oder Spalten zu, sondern ermöglicht es außerdem, verschiedene Zeilen oder Spalten untereinander zu vergleichen und Ähnlichkeiten sowie Differenzen herauszufinden und zu untersuchen oder sonstige Zusammenhänge zu entdecken (Kuckartz 2018: 109f.).

## 5.5 Analyseformen

Nach Abschluss des Codierens kann mit den ersten Analyseschritten begonnen werden. Kuckartz (2018: 147) nennt für die qualitative Inhaltsanalyse verschiedene Analyseformen, die er in einfache und komplexe Formen der Analyse unterteilt. Folgende Grafik gibt einen

Überblick über diese von Kuckartz vorgeschlagenen, nicht erschöpfenden Möglichkeiten zur Analyse des codierten Materials:

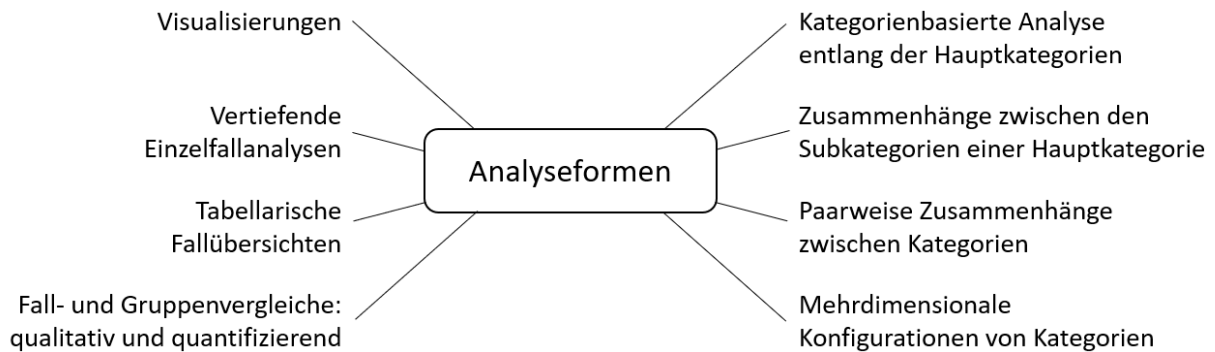


Abb. 5: Formen einfacher und komplexer Analyse nach Kuckartz (2018: 147)

Die „kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien“ bietet sich als Grundstein für die Analyse an, wobei im Anschluss aber eine tiefergehende Analyse anhand weiterer Analyseformen ratsam ist, um der Analyse mehr Tiefe und Umfang zu verleihen (Kuckartz 2018: 148). Diese sich an den Hauptkategorien orientierende Analyseform wurde auch als Ausgangspunkt in der Analyse der vorliegenden Arbeit verwendet. Dazu wurden die Segmente der Hauptkategorien sowie Subkategorien näher betrachtet und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie besonders auffällige Textstellen gesichtet und gruppiert. Auf diesen Analyseschritt aufbauend wurden schließlich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Subkategorien ermittelt und analysiert. Auch „Fall- und Gruppenvergleiche“ der Aussagen der einzelnen Interviewpartner:innen waren in der Analyse eine brauchbare Herangehensweise für Erkenntnisgewinne, die aus den Einzelbetrachtungen der Kategorien nicht im selben Ausmaß erzielt werden hätten können. Auch die „vertiefende Einzelfallanalyse“ war eine hilfreiche Analyseform in dieser Arbeit, da auf diese Art und Weise näher auf Inhalte einzelner besonders interessanter Fälle/Personen eingegangen werden konnte. Kuckartz und Rädiker (2020: 94f.) bieten für diese hierzu verschiedene Kriterien zur Untersuchung einzelner Fälle an, wobei für diese Arbeit dabei vor allem der Fokus auf „inhaltliche Merkmale“ und „Häufigkeit und Umfang von Inhalten“ aufschlussreich war.



## **6. Auswertung und Analyse**

Die folgende Analyse orientiert sich entlang der Hauptkategorien des theoretischen Teils dieser Arbeit, die auch zur Strukturierung der Interviews verwendet wurden. Innerhalb der einzelnen Abschnitte wurde, wo möglich oder nötig, auch vertieft auf Einzelfälle oder spezifische Inhalte eingegangen, wenn diese besonders interessante Erkenntnisse für die Analyse bereithielten. Im an die Analyse anschließenden Kapitel 7 (Conclusio) werden alle Ergebnisse der Analyse noch einmal zusammenfassend besprochen und besondere Erkenntnisse hervorgehoben.

### **6.1 Kommunikationssituationen**

Für diese Interviewstudie wurden Pflegekräfte aus Ambulanzen und Stationen sowie aus unterschiedlichen Fachbereichen interviewt. Der Arbeitsbereich, in dem die Pflegekräfte tätig sind, ist ein erster wesentlicher Faktor für die Analyse des Einflusses von Transkulturalität und Sprachbarrieren auf die Kommunikation, da in verschiedenen Bereichen Kommunikation in unterschiedlichem Ausmaß nötig beziehungsweise überhaupt erst möglich ist. Beispielsweise berichten zwei der Befragten jeweils davon, dass in ihrem Arbeitsalltag auf Intensivstationen die Kommunikation teilweise gar nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, da manche der Patient:innen, die sie pflegen, im Tiefschlaf und daher gar nicht ansprechbar sind oder nicht kommunizieren können, weil sie zum Beispiel intubiert sind (IP2: Z14ff.; IP4: Z174ff.).

Die Kommunikationssituationen, die zum Arbeitsalltag der befragten Pflegekräfte gehören, sind sehr unterschiedlich und inhaltlich zum Teil relativ umfangreich, wobei sich alle befragten Personen dabei einig sind, dass Kommunikation eine wesentliche Rolle in ihrer Tätigkeit spielt. Welche Inhalte Gespräche zwischen ihnen und ihren Patient:innen haben, hängt ebenfalls in mancher Hinsicht mit dem Faktor Ambulanz/Station zusammen. Die befragten Pflegekräfte, die in Ambulanzen tätig sind, berichten etwa davon, dass die Betreuung der Patient:innen im Wartebereich, zum Beispiel das Fragen nach dem Befinden oder das Beruhigen in Stresssituationen, für sie neben ihren eigentlichen pflegerischen Aufgaben ebenfalls eine typische Gesprächssituation darstellt (IP1: Z187; IP3: Z16ff.; IP3: Z218ff.). In diesen Situationen spielt für Pflegekräfte, die in Ambulanzen tätig sind, auch die ausführliche Vermittlung von Orientierungswissen eine Rolle, etwa was die Aufklärung zu Untersuchungsabläufen betrifft oder warum bestimmte Dinge ärztlich verordnet wurden (IP1: Z20ff.), aber auch zum weiteren Ablauf ihres Krankenhausaufenthaltes; beispielsweise, wie lange die Patient:innen warten müssen, wo sie als nächstes hingehen müssen und warum, und welche nächsten Schritte geplant

sind (IP3: Z19ff.). Da Patient:innen in Ambulanzen meist nach ihrem Besuch wieder nach Hause gehen, gehört es auch zu den Aufgaben der ambulanten Pflegekräfte, den Patient:innen konkrete Anweisungen und Verhaltensempfehlungen für zuhause mitzugeben (IP3: Z30ff.). Sprachbarrieren sind hier laut Eigenwahrnehmung einer Pflegekraft, deren Aufgabenbereich die Wundversorgung ist, vor allem wenn es um Fachausdrücke geht, spürbar:

Viele Leute können ja die Basics, sage ich jetzt einmal. Also, normal unterhalten. Es wird dann meistens schwierig, wenn es um eine Operation geht und wenn die dann natürlich genau wissen wollen, was da gemacht wird und dann die Fachbegriffe oder der genaue Hergang von den Operationen. Das ist dann meistens das Schwierige. Zum Beispiel Wunden sauber und trocken halten, das verstehen sie fast immer, weil das ist- Aber wenn es dann wirklich um Fachausdrücke auch geht, oder den Ablauf von Operationen, da wird es natürlich schon schwieriger. Da ist auch ganz viel Unsicherheit dabei von den Patienten natürlich. Weil, Operation, was passiert da mit mir? Da kenne ich mich nicht aus, da habe ich Angst davor. Dann trauen sie sich auch oft gar nicht nachzufragen oder wirklich nachfragen, weil sie sich denken, ja, ich verstehe es eh nicht. (IP3: Z63ff.)

Dem gegenüber stehen klassische Gesprächssituationen der Pflegekräfte auf den Stationen. Auch hier beginnt die Kommunikation bereits während der Aufnahmegespräche und der Erhebung der Patient:innenhistorie, wobei den Pflegekräften hierbei unter anderem auch die Rolle einer zusätzlichen Absicherungsinstanz zukommen kann, etwa um im weiteren Verlauf des Aufenthalts der Patient:innen sicherzustellen, dass alle für die Behandlung relevanten Informationen erhoben und vermerkt wurden. Das folgende Beispiel wird von einer Pflegekraft dazu genannt:

Der [Arzt] muss ja auch abklären, ob der Allergien hat. Aber es ist ja immer die doppelte oder mehrfache Absicherung wichtig, weil es kann immer irgendwo etwas mal durchschlüpfen. Und dann gibt es halt eine zweite Instanz, in diesem Fall wir als Pflege. Und wenn wir das auch erhoben haben, dass der eine Allergie hat, dann passiert halt nicht so schnell- also, dann ist da halt noch einmal eine Schutzbarriere für den Patienten. (IP4: Z57ff.)

Ähnlich wie in den Ambulanzen sind die Pflegekräfte auch auf den Stationen häufig diejenigen, die Verhaltensanweisungen während Untersuchungen und Behandlungen geben, aber auch generelle Verhaltensanweisungen während des Krankenhausaufenthaltes (IP4: Z28ff.). Diese Kommunikationssituationen sind häufig Wiederholungen und zusätzliche Erklärungen dessen, was den Patient:innen vom behandelnden ärztlichen Personal bereits mitgeteilt wurde, um sicherzustellen, dass die Patient:innen gut über ihre Situation informiert sind. Eine Pflegekraft nennt als weitere typische Gesprächssituation etwa die Aufklärung der Patient:innen zu geplanten Therapiezieländerungen, in die die Patient:innen „maßgeblich miteinbezogen werden

müssen“ sowie das Einholen der Patient:innenwünsche und -vorstellungen zu ihrem eigenen weiteren Behandlungsverlauf (IP2: Z164ff.)

Als weitere sehr häufige Kommunikationssituation wurde das laufende Schmerzassessment genannt, welches bei stationär betreuten Patient:innen einen wesentlichen Punkt in der Pflegearbeit darstellt (IP2: Z215ff.; IP4: Z62f.). Eine erste nennenswerte Einsicht ergibt sich hier daraus, dass die befragten Pflegekräfte unter anderem mit Intensivpatient:innen zu tun haben, mit denen häufig gar keine oder nur eine eingeschränkte verbale Kommunikation möglich ist, wodurch es für die Pflegekräfte in diesem Bereich bereits zum Alltag gehört, mit visuellen Hilfsmitteln zu arbeiten, welche auch für die Kommunikation mit nicht-deutschsprachige Patient:innen verwendet werden können (IP2: Z200ff.; IP4: 70ff.). Darauf wird später noch genauer eingegangen.

Ein Punkt, in dem sich die Kommunikationssituationen auf der Station ebenfalls sehr stark von denen in den Ambulanzen unterscheidet, ist sicher die alltägliche Kommunikation, die „nebenher“ passiert. Eine Pflegekraft bezeichnet diese Gespräche, die neben anderen pflegerischen Tätigkeiten, zum Beispiel während eines Verbandswechsels, stattfinden, als „das Psychische ein bisschen bedienen“, also dass diese Situationen genutzt werden, um zu erfragen, wie es den Patient:innen psychisch geht beziehungsweise, wie sie sich fühlen (IP4: 293ff.). Wenn Sprachbarrieren vorhanden sind, erschwert das diese zwischenzeitliche Kommunikation und viel Kommunikation fällt dadurch weg (IP4: Z285ff.). Das regelmäßige Erkundigen nach dem Befinden steht sicher im Zentrum der alltäglichen Kommunikation, wobei zwei von drei Pflegekräften auch das Fragen nach den Essgewohnheiten und bestimmten Ernährungswünschen als zentralen Punkt ihrer Kommunikation mit den stationär betreuten Patient:innen wahrnehmen (IP4: Z61f.; IP5: Z123).

## **6.2 Pflegebeziehung**

Alle befragten Pflegekräfte beurteilen den Aufbau einer Pflegebeziehung als wichtigen Punkt in ihrem Arbeitsalltag in der Patient:innenarbeit. Eine große Rolle spielt eine Pflegebeziehung vor allem dann, wenn Pflegekräfte über längere Zeiträume hinweg immer wieder oder durchgängig dieselben Patient:innen betreuen. In den Ambulanzen ist dies der Fall, wenn Patient:innen für laufende Kontrolltermine oder weitere Behandlungstermine über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder in die Ambulanz kommen (IP1: Z12f.). Die Gespräche zwischen den Patient:innen und den befragten Pflegekräften haben häufig einen emotionalen Charakter. Die in Ambulanzen tätigen Pflegekraft betonen, dass sie es als ihre Aufgabe sehen, die

Patient:innen bestmöglich in das Geschehen einzubinden und ihnen möglichst menschlich zu begegnen, um den Patient:innen etwas Angst und Unsicherheit aufgrund des Krankenhausaufenthaltes zu nehmen und ihnen das Gefühl zu geben, gut aufgehoben zu sein (IP1: Z16f; IP1: Z174ff.; IP3: Z11ff.).

Auch auf den Stationen spielt der Aufbau einer temporären Pflegebeziehung eine Rolle für die befragten Pflegekräfte. Eine Pflegekraft, die auf der Intensivstation tätig ist, beschreibt Einfühlsamkeit und die Fähigkeit, sich auf die Patient:innen einlassen zu können als essenziell für ihre Arbeit (IP4: Z12f.). In ihrem Arbeitsbereich wird versucht, dass Pflegekräfte längere Zeit beziehungsweise, wenn möglich, mehrere Tage hintereinander dieselben Patient:innen betreuen, um eben diesen Effekt zu erreichen, dass man diese Patient:innen besser kennenlernt und besser einschätzen kann, um so auch die Qualität der Betreuung zu verbessern (IP4: Z15ff.). Eine andere der befragten Pflegekräfte ist auf einer Palliativstation mit Bezugspflege tätig. Dieses Pflegekonzept sieht vor, dass Patient:innen über einen längeren Zeitraum hinweg von immer derselben Pflegekraft betreut werden (vgl. Fröhlich et al. 2013). Auf der Station, wo die besagte Pflegekraft tätig ist, ist vorgesehen, dass die Pflegekräfte über Dienstsichten von zwölf Stunden hinweg dieselben und nicht mehr als fünf Patient:innen betreuen und in dieser Zeit für alle pflegerischen Aufgaben bei diesen Patient:innen zuständig sind (IP5: Z12ff.).

Die Pflegekräfte nehmen ihre eigenen Bemühungen, auch wenn Sprachbarrieren vorhanden sind, möglichst viel mit Patient:innen zu kommunizieren, zum Beispiel mit Gesten oder über Englisch oder andere Sprachen, auch wenn die eigenen Fremdsprachenkenntnisse begrenzt sind, und dennoch offen auf die Patient:innen zuzugehen, als förderlich für den Aufbau einer Beziehung und das Funktionieren der Kommunikation wahr (IP1: Z39ff.; IP1: 131ff.; IP4: 293ff.).

### **6.3 Kulturelle Einflüsse auf die Kommunikation und Betreuung**

Zu den Nachfragen nach wahrgenommenen kulturellen Unterschieden zwischen ihnen und ihren Patient:innen beziehungsweise der wahrgenommenen Existenz von „Kulturbarrieren“ machen die befragten Pflegekräfte hauptsächlich generelle und unspezifische Angaben. Hier kann daher nur auf wenige konkrete Beispiele eingegangen werden. Bereiche, in denen die Befragten kulturelle Unterschiede wahrnehmen, sind etwa Ernährungsgewohnheiten, familiäre Strukturen oder Körperkultur. Auch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen religiösen Gemeinschaften scheint in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen zu können.

Zu den Einflüssen von Religion auf die Patient:innenarbeit drückt eine Pflegekraft etwa ihr Unverständnis von aus ihrer Sicht nicht gesundheitsförderlichen Ernährungsgewohnheiten, wie etwa dem Fastenmonat Ramadan bei muslimischen Patient:innen. Diese Pflegekraft nennt als Beispiel, wie sie zu ihren Patient:innen eine Beziehung aufbaut, dass sie gerne Wasser oder kleine Snacks wie Schokolade anbietet, vor allem wenn diese geschwächt oder unzufrieden wirken. Bei fastenden Personen kann diese Strategie folglich nicht umgesetzt werden (IP1: Z62ff.). Die Pflegekraft zeigt sich bereit, diesen kulturellen beziehungsweise religiösen Aspekt trotz eigenen Unverständnisses zu akzeptieren (IP1: Z72f.). Ein weiteres Beispiel, das dieselbe Pflegekraft zum Thema Ernährungsgewohnheiten nennt, bezieht sich ebenfalls auf religiöse Aspekte beziehungsweise auf den Umgang mit muslimischen Patient:innen. Sie spricht von Situationen, in denen Patient:innen Medikamente, die tierische Gelatine beinhalten, nicht eingenommen wurden, was aber den Ärzt:innen und Pflegekräften im Krankenhaus nicht mitgeteilt wurde. Als Grund dafür vermutet sie, dass sich solche Dinge „die Leute im Spital aber gar nicht sagen [trauen]. Und daheim innerhalb der Familie[...] ist das dann tabu, dass sie das machen und ja.“ (IP1: Z258f.). Hier verortet diese Pflegekraft aufgrund der Relevanz für tatsächlich auftretende Probleme auch eine Sinnhaftigkeit der Möglichkeit zu einer entsprechenden Sensibilisierung für derartige religiös-kulturelle Aspekte, etwa im Rahmen von Fortbildungen (IP1: Z259f.). Ernährungsgewohnheiten spielen aber nicht nur in Bezug auf Religion eine Rolle. Eine Pflegekraft, die auf einer Station tätig ist, wo Essen generell ein großes Thema in der Kommunikation mit ihren Patient:innen darstellt, spricht auch davon, dass „jede Kultur so ihre Lieblingsgerichte“ hat. Sie nennt aber in diesem Zusammenhang keine Probleme, die für sie durch verschiedene Ernährungspräferenzen ihrer Patient:innen entstehen würden (IP5: Z41f.).

Ein weiteres Beispiel zu religiösen Traditionen in Bezug auf das Versterben von Angehörigen nennt die Pflegekraft, die auf der Palliativstation tätig ist. Sie spricht davon, einmal bei den Angehörigen einer verstorbenen muslimischen Patient:innen verschiedene Rituale beobachtet hat, um die Verstorbene zu verabschieden (IP5: Z35ff.). Diese Pflegekraft beteuert allerdings auch, dass solche deutlich wahrnehmbaren kulturelle Unterschiede nicht die Norm sind, sondern dass die meisten ihrer Patient:innen, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Wahrnehmung nach „sehr angepasst“ sind, und dass erkennbare kulturelle Unterschiede in ihren Augen auch „nicht immer so ein großes Problem“ darstellen (IP5: 37ff.)

Eine der Pflegekräfte, die in der Unfallambulanz tätig ist, nennt noch beobachtbare Unterschiede im Umgang verschiedener Kulturen etwa mit dem Aspekt Nacktheit. Sie nennt als Beispiel ihren Eindruck davon, dass Männer sich unwohl damit fühlen, sich vor weiblichen

Pflegekräften zum Beispiel im Rahmen von Untersuchungen zu entkleiden beziehungsweise auch umgekehrt, dass Frauen sich häufig unwohl damit fühlen zu scheinen, sich vor männlichen Pflegekräften zu entkleiden oder viel Haut zu präsentieren (IP3: 50ff.).

Kulturelle Unterschiede, die die befragten Pflegekräfte an unterschiedlichen Familienstrukturen in anderen Kulturen festmachen, vor allem, wenn es sich dabei um verstärkt wahrnehmbare patriarchale Familienstrukturen handelt, werden von den Befragten ebenfalls genannt. Auf einige Beispiele dazu wird im weiteren Verlauf dieser Analyse im Rahmen der verschiedenen Einflüsse auf die Kommunikation zwischen Pflegekräften und den Patient:innen noch näher eingegangen.

Eine Pflegekraft fasst ihre Überlegungen und ihre Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden in ihrem Arbeitsalltag mit einer Bemerkung zum Zusammenhang von Offenheit und funktionierender Kommunikation mit der folgenden Aussage zusammen:

Ich denke mir, dass es schon wichtig ist. Also, ich denk‘ mir, die jungen Leute wachsen eh schon mit dem auf, dass sie mehr kulturell- also, dass sie auch interessiert sind an den Kulturen. Also, ich denke mir, dass es wichtig ist, dass man respektvoll miteinander umgeht, dass das das Wichtigste ist. Und dann kommt man eigentlich auch mit Sprachbarrieren ganz gut zurecht. (IP5: Z227ff.)

#### **6.4 Strategien zur Kommunikationsbewältigung**

Den vielfältigen Kommunikationssituationen und der zentralen Funktion von Kommunikation im Arbeitsalltag von Pflegekräften stehen bei Vorhandensein von Sprachbarrieren entsprechende Einschränkungen in der Patient:innenarbeit gegenüber. Die Frage, ob den Pflegekräften irgendwelche rechtlichen Vorgaben, Vorgaben des Krankenhauses oder zumindest eine interne Leitlinie, wie in Situationen, in denen keine Kommunikation mit Patient:innen möglich ist, vorzugehen ist, beantworten alle Befragten einstimmig damit, dass ihnen keine verbindlichen Vorgaben bekannt wären (vgl. IP1: Z77ff.; IP2: Z95ff.; IP3: Z74ff.; IP4: Z84ff.; IP5: Z69ff.). Eine Pflegekraft ergänzt dazu jedoch noch, dass trotzdem in jedem Fall auf Patient:innenrechte Rücksicht genommen werden muss, „bezüglich einer vernünftigen Aufklärung, auch bezüglich, dass sie das Recht haben, zu wissen, was Diagnose, was Behandlung, was Therapie beinhaltet, auch was geplant ist“ (IP2: Z97ff.).

Die befragten Pflegekräfte greifen folglich auf zahlreiche unterschiedliche Strategien zur Bewältigung des Kommunikationsbedarfes zurück, wenn die Kommunikation auf Deutsch nicht ohne Weiteres möglich ist. Im Folgenden werden diese Strategien in Kategorien

gegliedert, die sich an jenen in Kapitel 3.3 besprochenen Kategorien orientieren, jedoch noch um weitere ergänzt wurden, die sich aus der Codierung der Interviews ergaben.

#### 6.4.1 Dolmetscher:innen

Abweichend von der Kategorisierung in Kapitel 3.3 wird in diesem Analyseteil teilweise bewusst auf die Unterscheidung zwischen „professionellen“ Dolmetscher:innen und Laiendolmetscher:innen verzichtet. Das hat den Grund, dass die befragten Pflegekräfte sich weitestgehend darin einig sind, dass der Einsatz von „professionellen“, also ausgebildeten Dolmetscher:innen in ihrem Berufsalltag eine Ausnahme darstellt, weshalb kaum Erfahrungen mit solchen geteilt werden konnten (vgl. IP1: Z107ff.; IP4: Z74f.). Ein Grund, der dafür genannt wurde, ist, dass es etwa im stationären Bereich gar nicht möglich ist, 24 Stunden am Tag jemanden vor Ort zu haben, um die gesamte Kommunikation eines Tages abzudecken (IP4: Z180ff.). Häufig halten es die Pflegekräfte auch nicht für zwingend nötig, externe, professionelle Dolmetscher:innen einzusetzen, und sind auch mit anderen sprachmittelnden Personen zufrieden, sofern durch sie die Kommunikation einigermaßen funktioniert (vgl. IP3: Z75ff.). Ein anderer Grund, der auch vor allem auf der Intensivstation einen Einfluss auf die Wahl der Sprachmittler:innen hat, ist, dass in Notfällen meist gar keine Zeit bleibt, eine externe Person zu bestellen und dann gezwungenermaßen auf die nächstbeste Alternative, also zumeist eine andere verfügbare mehrsprachige Person, zurückgegriffen wird, wenn kommuniziert werden muss (IP2: Z65ff.).

Jene Pflegekräfte, die mit Intensivpatient:innen arbeiten, nennen als Beispiele, in denen generell Dolmetscher:innen beigezogen werden, Aufklärungsgespräche vor zum Beispiel operativen Eingriffen, aber auch im postoperativen Verlauf, beziehungsweise immer dann, wenn sedierte Patient:innen aufwachen, um bei eventuell auftretenden Problemen sofort kommunizieren zu können (IP2: Z59ff.; IP4: Z175ff.). Allerdings ist auch hier nicht immer zwingend von professionellen Dolmetscher:innen die Rede, sondern lediglich von jemandem, „der seine [die des Patienten] Sprache spricht“ (IP4: 176f.). Hier drängt sich allerdings die Frage nach der Haftung für Konsequenzen durch Misskommunikation, wie in Kapitel 3 beschrieben, auf.

Eine Möglichkeit, professionelle, externe Dolmetscher:innen zuzuziehen, die von allen befragten Personen genannt wurde, und die auch regelmäßig genutzt zu werden scheint, sind Videodolmetscher:innen. Auf diese Möglichkeiten für *remote interpreting* durch Video- oder Telefondolmetscher:innen wird in Kapitel 6.4.1.4 gesondert eingegangen.

### 6.4.1.1 Familienmitglieder

Am häufigsten scheinen Familienmitglieder oder auch Freunde oder Bekannte die Sprachmittlung für nicht-deutschsprachige Patient:innen zu übernehmen; diese Feststellung haben alle der befragten Pflegekräfte gemacht (IP1: Z117f.; IP2: Z155f.; IP3: Z97ff.; IP4: 118ff.; IP5: Z119). Die Zufriedenheit mit diesen Alternativen zu professionellen Dolmetscher:innen fällt allerdings unterschiedlich aus, vor allem wenn es um Familienmitglieder, speziell Kinder, geht.

Die Bestätigung, dass eine Sprachmittlung durch Angehörige in vielen Fällen generell ausreichen würde, gibt auch eine weitere Pflegekraft. Sie stellt aber ebenfalls die Glaubwürdigkeit der Dolmetschungen durch nahestehende Familienmitglieder in Frage, wobei sie sich dabei auf den Einfluss patriarchaler Familienstrukturen auf die Beziehung zwischen Dolmetscher:in und Patient:in und auf die daraus resultierenden Dolmetschungen bezieht:

IP1: [zögerlich] Das würde ausreichen, manchmal mit einem großen Fragezeichen. Speziell, wenn jetzt Väter für ihre Töchter dolmetschen, bin ich mir nicht ganz sicher, ob die das so übersetzen, [überlegt] ich weiß nicht, wie ich sagen soll. Ob die das nicht ein bisschen frei übersetzt der Tochter weitergeben oder in den Mund legen, weil sie sind irgendwie die Patriarchen. Und ob das von religiöser Seite... [überlegt]

I: Also es geht um inhaltliche Korrektheit?

IP1: Ja, genau. Also, was in dieser Kultur vielleicht verpönt ist, zu benennen. Ob das dann ganz 1:1 übersetzt wird. (IP1: Z87ff.)

In diesem Beispiel wird auch die Zugehörigkeit zu einer von der Pflegekraft als konservativ wahrgenommenen Religionsgemeinschaft als Einflussfaktor genannt. Dieser Faktor wird auch von einer anderen Pflegekraft erwähnt, wobei hier konkret muslimische Patient:innen genannt werden, bei denen dieses Phänomen beobachtet worden zu sein scheint. Hier wurde an der Kommunikation bemängelt, dass etwa bei muslimischen Frauen häufig mit den mitgebrachten Ehepartnern kommuniziert werden müsse (IP3: Z41f.). Der Einfluss patriarchaler Familienstrukturen und religiöser Hintergründe steht den ebenfalls genannten Beobachtungen gegenüber, dass die Wahl von Angehörigen als Dolmetscher:innen damit zusammenhängen kann, dass diese einfach bereits länger in Österreich leben, und daher bereits besser Deutsch sprechen und dass diese einfach verfügbar sind (IP4: Z121f.). Auffallend ist, dass mehrmals Frauen als diejenigen genannt wurden, für die eine Dolmetschung aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse überhaupt erst benötigt wird, weshalb dann Väter oder Ehemänner die Kommunikation im Krankenhaus übernehmen müssen (vgl. IP1: Z:230f.; IP5: Z59f.). Auch Kinder als Dolmetscher:innen für ihre Eltern werden mehrmals als Beispiel genannt, auf diese wird aber im Kapitel



#### **6.4.1.2 Freunde und Bekannte**

Ebenfalls häufig genannt werden Freunde und Bekannte, die als Dolmetscher:innen ins Krankenhaus mitgebracht werden. Auffallend oft werden in den genannten Beispielen Bekannte als Dolmetscher:innen für Patient:innen mit Fluchthintergrund beziehungsweise ohne Asylbescheid genannt; also Personen, die noch in Asylunterkünften untergebracht sind und Freunde und Bekannte aus ihrer Unterkunft mitbringen. Eine Pflegekraft spricht von einem „Beauftragten im Asylheim“, der womöglich schon länger in Österreich ist und bereits Deutschkenntnisse hat, der dann oftmals als Dolmetscher andere, die noch nicht Deutsch sprechen, ins Krankenhaus begleitet (IP3: Z101ff.).

#### **6.4.1.3 Mehrsprachiges Krankenhauspersonal**

In Kapitel 3.3.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass es in Österreich im Gesundheitssektor bereits zur Normalität gehört, dass ethnisch und sprachlich durchmischte Teams zusammenarbeiten (Bundeskanzleramt 2022b: 82). Dass die vielfältigen sprachlichen und kulturellen Hintergründe von Pflegekräften in österreichischen Krankenhäusern in Bezug auf die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen vorteilhaft sein kann, wird auch von den in dieser Interviewstudie befragten Pflegekräften bestätigt:

Wir sind ein riesengroßes Haus, das ist auch ein Vorteil, weil wir allein unter unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schon ganz viele Kulturkreise und Sprachen auch vertreten haben. Somit ist dies eine von den Strategien: man schaut, ok, kann man sich damit vielleicht abhelfen, wenn er oder sie im Dienst ist, dass sie dann kommt und eben für wesentliche Übersetzungsaufgaben da versucht, diese Sprachbarriere zu umgehen bzw. zu minimieren. (IP2: Z71ff.)

In Kapitel 3.3.1 wurde bereits auf diesen Sachverhalt hingewiesen, dass zwar ausgebildete und mit dem Sachverhalt vertraute Dolmetscher:innen Vorteile für die Qualität der Kommunikation bieten können, aber es sich dennoch empfiehlt, in Situationen, wo mehrsprachiges medizinisches oder Pflegepersonal verfügbar ist, die Patient:innenbetreuung bestenfalls ohne Dolmetschung direkt durch diese erfolgen sollte (Anzenberger & Gaiswinkler 2016: 11). Eine der auf einer Station tätigen Pflegekräfte beschreibt ebenfalls diesen strategischen Einsatz von mehrsprachigen Kolleg:innen als Dolmetscher:innen, wenn bekannt ist, dass nicht-deutschsprachige Patient:innen betreut werden müssen (IP2: Z71ff.), beziehungsweise, dass bei der Zuordnung zu den Patient:innen direkt die mehrsprachigen Pflegekräfte den entsprechenden Patient:innen zugeordnet werden, damit sie die Betreuung dieser übernehmen können (IP2: Z186ff.). Vor

allem die Pflegekraft, die in einem Bezugspflegesystem arbeitet, betont die Vorteile von mehrsprachigem Pflegepersonal. Sie nennt das Beispiel einer Kollegin, die aus dem ungarisch-rumänischen Grenzgebiet stammt, die in einer Situation, als sie eine nur Ungarisch sprechende Patientin auf der Station zu betreuen hatten, in ihren Dienstschichten eben dieser Patientin zugeteilt wurde, da sie mit dieser „super reden konnte“ (IP5: Z130f.). Eine andere Pflegekraft geht hier auf ihre eigenen Fremdsprachenkenntnisse ein, wobei es sich hier um Kenntnisse in Englisch handelt, das sie als Brückensprache nützen kann, wenn die Kommunikation auf Deutsch nicht möglich ist. Auch sie erklärt auf Nachfrage, dass sie ihren Kolleg:innen mit ihren Fremdsprachenkenntnisse aushilft, indem sie die Kommunikation selbst durchführt, anstatt zu dolmetschen (IP3: Z120).

Was den Einsatz von nicht-medizinischem beziehungsweise nicht in der Pflege tätigem Personal betrifft, so nennen drei der befragten Pflegekräfte auf die Frage, ob auch manchmal Kolleg:innen oder sonstige Mitarbeiter:innen im Krankenhaus als Dolmetscher:innen eingesetzt werden, auch explizit den Einsatz von Reinigungskräften, also nicht medizinischem oder in der Pflege tätigem Personal, mit Fremdsprachenkenntnissen als gängige Strategie zur Deckung des Kommunikationsbedarfs (vgl. IP1: Z100; IP4: Z75ff.; IP5: Z119ff.). Eine vierte Pflegekraft sagt aus, dass bei Bedarf zumeist „irgendwo eine Person im Krankenhaus arbeitet, die dieselbe Muttersprache hat“ wie die nicht-deutschsprachige Patient:innen (IP3: Z42ff.), wobei hier offengelassen wird, welche Personalgruppen hier mitgemeint sind. Es ist in Anbetracht der Einstimmigkeit der drei zuvor genannten Befragten allerdings nicht unwahrscheinlich, dass damit auch nicht-medizinisches und nicht in der Pflege tätiges Personal mitgemeint ist. Eine der Befragten äußert sich hier hingegen gegenteilig. Auf die Frage, ob es eine krankenhauserne Leitlinie dazu gibt, in welchen Situationen ein:e Sprachmittler:in zugezogen werden muss, antwortet diese:

Eine genaue Leitlinie, weiß ich jetzt ehrlich gesagt gar nicht, ob es eine gibt. Aber wir haben natürlich ambulanziern schon ein paar Hilfsmittel. Also, wie das früher gang und gäbe war, dass man die Putzfrau fragt, ob sie übersetzt, das tun wir gar nicht. Also, das versuchen wir auf jeden Fall zu vermeiden, weil heutzutage gibt es ganz andere Möglichkeiten. (IP3: Z79ff.)

Dies könnte ein Hinweis auf eine Entwicklung sein, dass es zunehmend mehr Bewusstsein gibt über die Wichtigkeit, fachlich geeignete Personen als Sprachmittler:innen einzusetzen, um inhaltliche Korrektheit und Vollständigkeit der Dolmetschungen zu gewährleisten. In diesem Fall sind mit geeigneten Personen wiederum eben genau solche gemeint, die über entsprechendes inhaltliches Fachwissen und Wissen über medizinische Abläufe verfügen.

Die Pflegekräfte wurden auch zu ihren eigenen Fremdsprachenkenntnissen befragt, allerdings gehen die Fremdsprachenkenntnisse unter den Befragten im Wesentlichen nicht über Englischkenntnisse hinaus, wobei auch diese schon als sehr hilfreich eingestuft werden (IP3: Z109ff.).

#### **6.4.1.4 Video- und Telefondolmetschen**

Auf das *remote interpreting*, also dem Zuziehen von Dolmetscher:innen zum Beispiel per Telefon oder Videotelefonie, wurde ebenfalls im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits eingegangen. Dass Formen des *remote interpreting* im medizinischen Bereich verstärkt zum Einsatz kommen, lässt sich auch aus den Aussagen der befragten Pflegekräfte herauslesen.

In dem Krankenhaus, in dem die Interviews für diese Studie durchgeführt wurden, scheinen seit einigen Jahren zunehmend Videodolmetscher:innen Abhilfe zu schaffen, wenn sonst keine Verständigung mit den Patient:innen möglich ist (IP4: Z78ff.). Diese Option ermöglicht auch das vermehrte Zuziehen von bestenfalls ausgebildeten Dolmetscher:innen, da keine Anreise ins Krankenhaus nötig ist und auch spontane Einsätze solcher möglich sind (vgl. IP1: Z122ff.; IP2: Z82ff.). Ein Aspekt, der bereits in Unterkapitel 3.3.2.3 beschrieben wird, ist hier noch einmal hervorzuheben. Den erschwerten Verhältnissen geschuldet kann sich die Qualität einer Videodolmetschung von der einer Dolmetschung vor Ort unterscheiden, etwa wenn non-verbale Signale von den Telefon- oder Videodolmetscher:innen nicht oder zumindest schlechter wahrgenommen und miteinbezogen werden können (vgl. Mantz et al. 2020; Altorfer & Käsermann 2007: 242). Auch ein Trend der Unterbezahlung für Video- und Telefondolmetscheinsätze kann sich, wie weiter oben bereits erwähnt, negativ auf die Qualität der Dolmetscher:innen auswirken, die sich für solche Dienste verfügbar erklären (Kelly & Pöchhacker 2015: 415).

Ob überhaupt Videodolmetscher:innen zugezogen werden, hängt nach Aussage einer Pflegekraft einerseits davon ab, wie wichtig es in einer Situation ist, dass die nicht-deutschsprachige Person genaue und vollständige Informationen erhält. Andererseits kann diese Art, Dolmetscher:innen zuzuziehen, dem Problem entgegenwirken, dass ansonsten womöglich gar niemand im Haus verfügbar ist, der oder die zugezogen werden kann, auch weil zum Beispiel „die Sprache einfach selten ist“ (IP1: Z31ff.; IP1: Z119ff.).

Für das Zuziehen von Videodolmetscher:innen berichten die Befragten von mehreren Geräten, beziehungsweise Tablets, die im Haus verfügbar sind, mit denen über eine „Vermittlungs-App“ Dolmetscher:innen in den verschiedensten Sprachen angefordert werden können

(IP2: Z76ff.). So soll sichergestellt werden, dass zu jeder Zeit Kommunikation in jeder Sprache möglich ist (IP2: Z84ff.). Hier wird auch das einzige Mal in allen Interviews darauf Bezug genommen, dass bei Dolmetschungen im Medizinbereich Schweigepflicht eine Rolle spielen kann, wobei dies auch hier eher als Randinformation miterwähnt wird (IP3: Z84f.). Wie aber bereits erwähnt wurde, kommen in der Pflege nicht so häufig Kommunikationssituationen vor, in denen explizit inhaltliche Korrektheit und Vollständigkeit erforderlich ist, im Gegensatz etwa zu ärztlichen Aufklärungsgesprächen. Folglich fällt auch der Bedarf an Videodolmetscher:innen in reinen Pflegesituationen und der dort stattfindenden Kommunikation mit Patient:innen geringer aus als in ärztlichen Gesprächssituationen (IP5: 74ff.).

Worauf die befragten Pflegekräfte dennoch gern zurückzugreifen scheinen, ist das Dolmetschen via Telefon. In diesen Fällen werden etwa Angehörige mit Deutschkenntnissen, deren Telefonnummern den Pflegekräften bekannt und für sie verfügbar sind, telefonisch kontaktiert, um auf diesem Wege *remote* für ihre nichtdeutschsprachigen Familienmitglieder zu dolmetschen (IP2: Z115ff.). Auch dies hat den entscheidenden Vorteil der zeitlichen Flexibilität und dass es nicht ortsgebunden ist:

[...] dann ist natürlich das [Angehörige, die per Telefon dolmetschen] auch Mittel der Wahl, weil natürlich auch nicht verlangt werden kann, dass dann rund um die Uhr jemand von den Angehörigen, oder die da als Dolmetscher in Betracht kommen, dann auch auf der Station sein kann. Ähm, und wir sind natürlich auch mit dem abgeholfen, dass man sagt, ok Telefonnummer von ein, zwei Personen, die dann dahingehend fungieren können. (IP2: 116ff.)

Auch die anderen Befragten teilten durchwegs positive Erfahrungen, etwa mit den bereits zuvor genannten „Beauftragten im Asylheim“, die notfalls auch spontan telefonisch kontaktiert werden können, wenn sie nicht vor Ort anwesend sein können (IP3: Z103f.). Die Dolmetschungen via Telefon funktionieren laut einer der Befragten teilweise auch etwas indirekter, wenn Patient:innen ihre deutschsprachigen Bekannten anrufen, erklären, was sie benötigen, und die Person am Telefon anschließend die Kommunikation übernimmt (IP4: Z184ff.).

#### **6.4.2 Visuelle Hilfsmittel**

Eine weitere Strategie, die im theoretischen Teil dieser Arbeit nur kurz angeschnitten wurde, ist der Einsatz von visuellen Hilfsmitteln zur Kommunikation. Eine auffallend wichtige Rolle kommt visuellen Hilfsmitteln in der Intensivpflege zu. Ein dort mehrfach erwähntes Thema, für das es besonders üblich zu sein scheint, visuelle Hilfsmittel zu verwenden, ist das Beschreiben des Schmerzempfindens der Patient:innen. Eine Pflegekraft nennt dazu etwa die sogenannte

Visuell-Analog-Skala, kurz: VAS-Skala, mit der mithilfe von symbolhaft abgebildeten Gesichtsausdrücken, die von einem lachenden bis zu einem weinenden Gesicht reichen, der Schmerzlevel der Patient:innen erhoben werden soll (IP2: Z220ff.). Der Einsatz einer VAS-Skala bietet besondere Vorzüge, die über das bloße Überwinden von Sprachbarrieren hinausgehen:

Und da ist es eben gerade mit der Visuell-Analog-Skala, wo ich sage, ich arbeite mit Smileys, wo jetzt kein Schriftverständnis et cetera da sein muss, ja, wo man durchaus nicht nur Patientinnen und Patienten mit einem anderen Kulturkreis oder einer Sprachbarriere Schmerzassessment durchführen kann, sondern beispielsweise auch mit Kindern versuchen kann, einzuschätzen, ok, wie ist ihr Zustand jetzt? [...] Und das ist zumindest ein Tool oder ein Assessment-Instrument, das sich da sehr gut eignet, dass man da auch diese Sprachbarriere zumindest minimieren versucht oder umgeht, damit auch da Patientinnen und Patienten die adäquate Therapie erhalten. (IP2: Z224ff.)

Die Arbeit mit visuellen Hilfsmitteln wie einer VAS-Skala entsteht im Intensivpflegebereich also aus der Notwendigkeit heraus, mit Patient:innen zu kommunizieren, die aufgrund unterschiedlicher Gründe, meistens zum Beispiel aufgrund ihrer physischen Verfassung, nicht dazu in der Lage sind, sich ausreichend verbal auszudrücken. Die Gewohnheit der Pflegekräfte in diesen Settings, ohnehin mit non-verbale, visuellen Kommunikationsmitteln arbeiten zu müssen, könnte also in diesem Aspekt einen vorteilhaften Einfluss auf die Betreuung nicht-deutschsprachiger Intensivpatient:innen haben.

In anderen Bereichen des Krankenhauses kommen aufgrund unterschiedlicher Aufgaben der Pflegekräfte in diesen Bereichen auch andere visuelle Hilfsmittel zum Einsatz. Eine Pflegekraft, die in der Unfallambulanz tätig ist, erwähnt etwa, dass dort zur Veranschaulichung bei Patient:innengesprächen Modelle oder Poster mit bildlichen Darstellungen von bestimmten Körperteilen, etwa Modellschultern oder -knie, zur Verfügung stehen, anhand derer auch visuell gezeigt werden kann, was verbal unter Umständen nicht ausreichend klar kommuniziert werden kann (IP3: Z132ff.). Auch diese visuellen Hilfsmittel sind eigentlich generell zur Veranschaulichung für Patient:innengespräche gedacht, können aber vor allem einen vorteilhaften Einfluss auf die Verständlichkeit bei Gesprächen mit Patient:innen, die über keine oder wenige Deutschkenntnisse verfügen, haben.

Die Pflegekräfte der Intensiv- und der Palliativstation nennen ein weiteres hilfreiches Mittel zur Verständigung, wenn die Kommunikation auf Deutsch nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Mithilfe von Bildkarten, auf denen verschiedene Tätigkeiten, Situationen oder Gefühle symbolhaft dargestellt sind, können grundlegende Erkenntnisse zum Gefühlszustand und den aktuellen Bedürfnissen von nicht-deutschsprachigen Patient:innen gewonnen werden:

Dann haben wir immer noch unsere Kärtchen. Also, wir haben so uralte, laminierte Kärtchen, wo halt dann ein Mensch oben ist, der erbricht, der aufs Klo muss, der Schmerzen hat. Und dann deutet man halt damit herum. Das ist so das banalste. Also, da muss er halt noch sehen können, der Mensch. Wenn der nicht sehen kann, hast du halt wirklich ein Problem. Aber das habe ich bis jetzt Gott sei Dank noch nie gehabt. (IP4: Z70ff.)

Die Kommunikation mit stationär betreuten Patient:innen geht, wie bereits detailliert besprochen wurde, über bloßes Anweisen während Behandlungen, Aufklärungsgespräche oder dergleichen hinaus. Da auf Stationen auch sehr viel „Alltagskommunikation“ stattfinden, sind Bildkarten entsprechend auch für ein in diesem Bereich sehr relevantes Thema, Essen und Trinken, hilfreich. Auch in diesem Fall werden die Bildkarten allerdings von der hier befragten Pflegekraft nicht ausschließlich für jene Patient:innen verwendet, die aufgrund von Sprachbarrieren nicht verbal kommunizieren können, sondern auch für solche, bei denen beispielsweise das Sprachzentrum beeinträchtigt ist und die sich daher nur eingeschränkt oder gar nicht mehr verbal ausdrücken können (IP5: Z77ff.).

Ein weiterer Aspekt, der zwar in seinen Grundzügen auf verbaler Kommunikation beruht, allerdings indirekt über ein technisches Hilfsmittel erfolgt, ist der Einsatz Übersetzungsprogrammen wie beispielsweise der mehrmals in den Interviews als Beispiel genannte *Google Übersetzer*. Ein Übersetzungsprogramm wird häufig dann als Hilfsmittel verwendet, wenn spontan keine mehrsprachige Person verfügbar ist, um zu dolmetschen und lediglich eine kurze Information benötigt wird. Solche Programme werden sowohl von den nicht-deutschsprachigen Patient:innen selbst verwendet, um sich bei Bedarf von sich aus mitzuteilen, als auch von den Pflegekräften auf ihren privaten Smartphones aktiv eingesetzt, wenn etwas kommuniziert werden soll (vgl. IP5: Z49f.; IP1: Z28ff.).

### **6.4.3 Non-verbale Kommunikation**

Ein weiterer Aspekt, der hier aufgrund der umfangreichen Daten diesbezüglich aus den Interviews näher betrachtet werden kann, ist der gezielte Einsatz von non-verbaler Kommunikation beziehungsweise Körpersprache, Mimik und Gestik. Eine der Befragten beschreibt, dass sie zumeist erst versucht, sich auf Englisch auszudrücken, wenn die Kommunikation auf Deutsch nicht möglich ist. In einem nächsten Schritt kommt dann die Kommunikation „mit Händen und Füßen“ zum Einsatz (IP1: Z28). Viele Dinge lassen sich ihr zufolge gut mit Gestik und auf bestimmte Gegenstände oder Körperteile deuten kommunizieren, beispielsweise mit einer Nadel und dem Deuten auf die Venen, wenn Blut abgenommen werden soll (IP1: Z170f.). Auch andere der befragten Pflegekräfte, etwa jene, die auf den Stationen tätig sind, greifen auf die

Kommunikation mit dem ganzen Körper inklusive Deuten und Zeigen zurück, wenn die verbale Kommunikation nicht funktioniert, und sind damit bis zu einem gewissen Grad zufrieden, unter anderem auch, da sie die für die Pflegearbeit benötigte Kommunikation als nicht so komplex einstufen, wie beispielsweise die ärztlichen Gespräche:

[...] weil die [Ärzt:innen] natürlich auch viel spezifischere Fragen haben als wir haben in der Pflege. Weil... wir können das wirklich oft noch mit Händen und Füßen und Deuten machen. (IP4: Z95ff.)

Die Pflegekraft, die unter der Bezugspflege arbeitet, betont auch ihren Zugang, Mimik und Gestik gezielt einzusetzen, aber trotzdem zusätzlich beziehungsweise gleichzeitig zu versuchen, verbal zu kommunizieren. Also zum Beispiel sich bei neuen Patient:innen vorzustellen und gleichzeitig ihr Namensschild herzuzeigen (IP5: Z91). Von dieser Pflegekraft wird auch im Gegenzug das Lesen der Körpersprache der Patient:innen zur besseren Verständigung genannt:

Also, ich denke mir, man kann eigentlich schon relativ viel so mit Gestik sagen. Und ich denke mir, wenn sie mir zeigt, dass sie traurig ist oder weint oder mich anlächelt, dann kann ich mir auch schon ein bisschen was rauslesen. Natürlich, wenn es um spezielle Sachen geht, reicht das dann nicht mehr aus. Aber fürs Erste einmal, zum Kennenlernen oder so geht es. (IP5: Z94ff.)

#### **6.4.4 Eigene Mehrsprachigkeit**

Die Pflegekräfte wurden für diese Studie gezielt nach ihren eigenen Fremdsprachenkenntnissen und deren Einfluss auf ihre Arbeit und die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen befragt. Das Ergebnis lautet, dass die kleine Stichprobe an hier befragten Pflegekräften hauptsächlich mit Englischkenntnissen aufwarten kann, wobei hier auch die Selbstsicherheit in der Kommunikation in der Fremdsprache und damit die Bereitschaft, diese aktiv anzuwenden, sehr unterschiedlich ausfallen. Eine Pflegekraft berichtet allerdings von minimalen Rumänischkenntnissen im Ausmaß von ein paar wenigen Wörtern, die sie aber sehr gerne einsetzt, wenn Rumänisch sprechende Patient:innen in die Ambulanz kommen, was von diesen üblicherweise dennoch als sehr positiv aufgenommen wird (IP1: Z127). Diese Bemühungen kann man daher wohl weniger als Förderung der Kommunikation einordnen, als noch eher als Mittel zur Verbesserung der Pflegebeziehung.

Dass Englisch als Lingua Franca auch im Krankenhauskontext eine wichtige Rolle spielen kann, zeigt sich anhand der Aussagen der hier befragten Pflegekräfte dazu. Englisch wird als „definitiv eine Weltsprache“ beziehungsweise als „Universalsprache“ titulierte, deren

Beherrschen einen deutlichen Vorteil für die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen darstellt, wobei hier noch die Voraussetzung besteht, dass auch die Patient:innen über ausreichende Englischkenntnisse verfügen müssen, damit so wirklich eine zufriedenstellende Kommunikation möglich ist (IP2: Z176ff.; IP3: Z109ff.). Eine der Pflegekräfte, die ihre eigenen Englischkenntnisse als die besten innerhalb ihres Teams einschätzt, wird daher auch regelmäßig von anderen zu Hilfe geholt, um sprachlich auszuhelfen (IP3: Z115ff.).

#### **6.4.5 Verzicht auf Kommunikation**

Dass die Kommunikation mit Patient:innen, mit denen aufgrund von Sprachbarrieren keine Kommunikation ohne Hilfsmittel oder Sprachmittler:innen möglich ist, nur eingeschränkt möglich ist und dadurch häufig auch weniger umfangreich ausfällt als das womöglich in der Kommunikation mit deutschsprachigen Patient:innen der Fall ist, wurde bereits eingehend behandelt. Ein Aspekt, der in dieser Interviewstudie noch gesondert betrachtet wurde, ist der Verzicht auf Kommunikation, wenn bekannt ist, dass Sprachbarrieren vorhanden sind und diese in einer Situation nicht umgangen werden können.

Eine Pflegekraft berichtet davon, dass der erhöhte Zeitaufwand bei der aufwändigeren Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen hier dem hohen Zeitdruck gegenübersteht, der häufig zum Arbeitsalltag von Pflegekräften gehört, weshalb ein deutlicher Einfluss auf die Qualität der Kommunikation erkennbar ist, wenngleich hier auch nicht zwangsläufig immer gleich gänzlich auf Kommunikation verzichtet wird:

Ja, der Zeitdruck spielt eine große Rolle, weil wenn man weiß, es warten noch 5 [Patient:innen] draußen, und irgendwie sollte man das noch machen und das auch noch, und das wird aber eine komplizierte Geschichte, dann neigt man schon dazu, dass man das ein bisschen abkürzt, ist eh klar. (IP1: Z167ff.)

Während in den Ambulanzen etwa eine hohe Patient:innenzahl im Wartebereich einen Stressfaktor bedeuten, können auf der anästhesiologischen Intensivstation gänzlich andere Einflussfaktoren Zeitdruck verursachen, was in speziellen Fällen ebenfalls einen massiven Einfluss auf die Zeit hat, die für die Kommunikation mit den Patient:innen aufgewendet werden kann:

Gerade bei unserem Bereich sind durchaus oft zeitkritische Operationen oder Eingriffe notwendig, wo es mitunter nicht möglich ist, eine Einstimmung einzuholen, sei es von den Patienten oder Patientinnen oder auch Angehörigen, unabhängig jetzt, ob das von der Sprachbarriere ein Thema ist oder nicht, weil einfach oft da wirklich Sekunden oder Minuten über Tod und Leben entscheiden. (IP2: Z106ff.)



In diesem Hinblick war bei der Durchführung der Interviews auch der Einfluss des Pflegekräftemangels, den Österreich aktuell verzeichnet, von Interesse. Auf diesen wird im Unterkapitel 6.7 dieser Analyse gesondert eingegangen.

## **6.5 Zufriedenheit mit den Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs**

Wie zufrieden die befragten Pflegekräfte mit dem Einsatz der unterschiedlichen Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs sind, ist unter anderem von den jeweiligen Personen und Persönlichkeiten abhängig, aber auch von den Einsatzbereichen und den Strategien selbst. Manche Aussagen lassen sich aber auch zur Zufriedenheit generell treffen, wenn keine direkte Kommunikation in einer gemeinsamen Sprache möglich ist und daher überhaupt erst auf eine Alternative zurückgegriffen werden muss. Wenn die Befragten beispielsweise nicht sicher sind, ob inhaltlich alles bei den Patient:innen so angekommen ist, wie beabsichtigt, hat dies einen erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Kommunikation:

[Wenn keine Kommunikation möglich ist, muss man eine Alternative finden] und hat halt ein ungutes Gefühl, weil man weiß, er wird das schon hoffentlich verstehen, was man mit ihm tun will, aber es macht nicht glücklich, wenn man das Gefühl hat, er hat das jetzt nicht ganz genau verstanden, warum. (IP1: Z33ff.)

Im Folgenden werden die konkreten Angaben, die zur Zufriedenheit mit den von den Pflegekräften eingesetzten Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs gemacht wurden, nach Strategien geordnet besprochen.

### **6.5.1 Zufriedenheit mit Familienmitgliedern, Freund:innen und Bekannte als Dolmetscher:innen**

Ein Punkt, der bereits angeschnitten wurde, ist die Zufriedenheit mit nahen Angehörigen als Dolmetscher:innen. Eine Sorge, die diesbezüglich genannt wurde, bezieht sich auf den Einsatz von Kindern als Dolmetscher:innen. Bedenken, die eine der Befragten diesbezüglich äußert, betreffen etwa die Vollständigkeit und Richtigkeit, wenn kleine Kinder für ihre Eltern dolmetschen müssen (IP1: Z228ff.). Hier scheinen die Meinungen allerdings auseinanderzugehen, da auch andere der Befragten mitteilten, dass Kinder häufig als Dolmetscher:innen eingesetzt werden, wo das allerdings mit viel Gelassenheit und als Normalität angesehen wurde (IP5: Z60ff.).

Aber auch die Richtigkeit der Dolmetschung, wenn Angehörige, also beispielsweise Väter für ihre Töchter dolmetschen, scheint hier Unsicherheit und Unzufriedenheit auszulösen.

Eine Pflegekraft drückt mit diesem konkreten Beispiel Skepsis darüber aus, ob alle Informationen, die von den Pflegekräften (oder auch Ärzt:innen) ausgesprochen werden, auch so wie beabsichtigt bei den Patient:innen ankommen, oder ob in solchen Situationen womöglich Informationen durch die Sprachmittler:innen vorenthalten oder abgefälscht werden könnten (IP1: Z87ff.). In solchen Fällen würden mehrere der Pflegekräfte komplett außenstehende Personen als Dolmetscher:innen bevorzugen, da sie solche als objektiver einschätzen (vgl. IP2: Z161ff.). Befangenheit wird öfter als Beispiel genannt, vor allem wenn es um schwerwiegende Themen, wie zum Beispiel Therapieumstellungen bei Intensivpatient:innen geht. Hier nennt eine Pflegekraft der Intensivstation, dass sie es als „schwierig“ betrachtet, wenn in solchen Fällen Angehörige oder nahestehende Personen dolmetschen, die in manchen Fällen vielleicht eigene Vorstellungen und Meinungen mitbringen und schlimmstenfalls als Dolmetscher:innen die eigentlich getätigten Aussagen damit verfälschen, obwohl natürlich die eigenen Vorstellungen und die Bedürfnisse der betroffenen Person im Vordergrund stehen sollten. Das behandelnde und betreuende medizinische und pflegerische Team müsste sich in so einem Fall allerdings auf die Dolmetschung der mitgebrachten Familienmitglieder verlassen, weshalb es auch hier als vorteilhaft angesehen würde, wenn man jemanden „unbefangenen und professionellen“ hätte, der oder die „einfach wirklich ganz wertfrei diese Übersetzung in beide Richtungen durchführt“ (IP2: 155ff.). Doch auch der Aspekt, dass die Patient:innen sich unter Umständen ehrlicher zu sprechen trauen, wenn eine außenstehende Person dolmetscht, kann eine Rolle spielen, wie manche der Befragten anmerken. Beispielsweise, wenn es um sehr intime Informationen geht (IP1196ff.), oder wenn die Familienbeziehungen einen Einfluss haben könnten, wie ehrlich oder detailliert sich die Patient:innen ausdrücken wollen. Eine Pflegekraft nennt hierzu als Beispiel, dass sie manchmal unsicher ist, ob Männer ihre Beschwerden ehrlich und vollständig beschreiben, wenn ihre Ehefrau oder nahe Angehörige anwesend sind:

Ich denke mir dann wieder, ich weiß nicht, ob jeder Mann das wirklich so ehrlich sagt, vor seiner Frau, was- also... Also, ich glaube, dass ein Dolmetscher wirklich 1:1 übersetzt und vielleicht ein Angehöriger das ein bisschen beschönigt, oder vielleicht- oder auch vielleicht umgekehrt, nicht beschönigt die Aussage von dem Patienten, sondern vielleicht verschlimmert oder halt ein bisschen richtet, wie es ihm... Der ist halt emotional befangen. Also da habe ich mir schon öfters gedacht, der kann ja sagen, was er will, natürlich. (IP4: Z125ff.)

Mögliche Schamgefühle, wenn es um das Besprechen von intimen Themen geht, nehmen auch andere der Befragten als problematisch wahr, wenn es um die Vollständigkeit und Ehrlichkeit bei Patient:innengesprächen geht:

Weil es gibt ja intime Geschichten, oder der traut oder will vor dem vielleicht nicht alles ausbreiten, was aber vielleicht wichtig wäre für die Diagnose. Das kann schwierig sein. Da ist vielleicht noch besser, ein ganz Fremder, als zum Beispiel ein Angehöriger oder einer aus dem Lager oder so. Ein Kollege, quasi. Es gibt einfach Dinge, die willst du nicht jedem erzählen, und jetzt ist das aber der Einzige, der gerade dolmetschen kann und dem muss er das jetzt erzählen. (IP1: 196ff.)

Andere nennen auch ganz konkret die Vorteile, die sie sich im Einsatz von professionellen Dolmetscher:innen erwarten würden, etwa wenn es um die erwünschte Objektivität in der Sprachmittlung geht (IP2: Z161ff.). Auch in Bezug auf die Qualität der Dolmetschungen fänden es die befragten Pflegekräfte wünschenswert, wenn die als Dolmetscher:innen eingesetzten Personen perfekte Deutschkenntnisse hätten, was bei mitgebrachten Familienmitgliedern oder Bekannten teilweise nicht der Fall sei, da oft Kleinigkeiten in Patient:innenaussagen bedeutungsunterscheidend sein können (IP1: Z213ff.). Auch in Anbetracht der Komplexität der Inhalte, die in Patient:innengesprächen durchaus vorhanden sein kann, werden Dolmetscher:innen, die ein entsprechendes Studium absolviert haben, als geeigneter wahrgenommen als andere, einfach von zuhause mitgebrachte Person ohne medizinischen Hintergrund und ohne Erfahrung und Hintergrundwissen zum Dolmetschen im medizinischen Kontext (IP1: 128ff.).

Ein letzter Punkt, der im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Einsatz von Dolmetscher:innen genannt wurde, bezieht sich auf die Veränderung der Gesprächsdynamik selbst. Eine der Befragte sagt dazu aus, dass selbst in Gesprächen, wo eine dritte Person als Sprachmittler:in dabei ist, häufig der Gesprächsstoff auf ein Minimum beschränkt wird (IP4: 45f.). Dieselbe Befragte macht noch weitere Aussagen zur Gesprächsdynamik und nennt etwa die Schwierigkeit, das Gespräch trotzdem mit den eigentlichen Patient:innen zu führen, und nicht nur mit den dolmetschenden Personen (IP4: Z228ff.). Gleichzeitig beschreibt sie aber auch den generellen Vorteil, dass sie sich, wenn Dolmetscher:innen beigezogen werden, natürlicher und vollständiger ausdrücken könnte, und nicht nur „Stichwörter hineingeworfen werden“, in der Hoffnung, dass das Gegenüber zumindest irgendetwas versteht (IP4: Z231ff.).

Eine andere Befragte nennt einen anderen Faktor, der sich nur indirekt auf ihre eigene Zufriedenheit mit dem Einsatz von Dolmetscher:innen bezieht. Sie bezieht sich auf die Zufriedenheit ihrer Gesprächspartner:innen, für die es ihrer Ansicht nach sogar einen größeren Unterschied machen würde als für sie, wenn Dolmetscher:innen für die Sprachmittlung anwesend sind. Sie beschreibt ihre Vermutung, dass die Patient:innen ansonsten „auch nicht so kommunizieren [können] mit uns und sich vielleicht auch nicht so verstanden [fühlen]“ (IP5: Z160ff.).

## 6.5.2 Mehrsprachiges Krankenhauspersonal

Trotz der oben genannten Vorteile, die im Zuzug externer und professioneller Dolmetscher:innen verortet wird, spielen im Arbeitsalltag der befragten Pflegekräften vor allem Einfachheit und eine schnelle und unkomplizierte Verfügbarkeit von Sprachmittler:innen eine wichtige Rolle (vgl. IP2: Z133ff.). Die Pflegekräfte betonen, dass sie es in dieser Hinsicht als großen Vorteil sehen, dass sie in einem großen Krankenhaus tätig sind, in dem unter dem Personal zahlreiche Sprachen gesprochen werden (IP2: Z71ff.). Aus diesem Grund wird, sofern niemand anderes als Dolmetscher:in mitgebracht wurde, viel und gerne auf mehrsprachige Kolleg:innen, darunter vorzugsweise Pflegepersonal sowie ärztliches Personal, aber auch sonstiges Krankenhauspersonal wie zum Beispiel Reinigungskräfte, zurückgegriffen (IP1: Z100ff.; IP1: Z113-114; IP2: Z71ff.). Ein vorteilhafter Aspekt dieser Strategie ist für die Befragten, dass auf diese Art keine externe Person organisiert werden muss, sondern mehrsprachige Personen einfach aus anderen Bereichen des Krankenhauses gerufen werden können, die so also auch relativ spontan bei Bedarf die Sprachmittlung übernehmen können (IP3: Z88ff.).

Ein weiterer Vorteil dieser Strategie, vor allem wenn mehrsprachiges medizinisches Personal zugezogen werden kann, ist in den Augen der befragten Pflegekräfte, dass damit häufig sogar der Zeitaufwand durch das Dolmetschen selbst wegfällt, da möglicherweise sogar darauf verzichtet werden kann, wenn die mehrsprachigen Kolleg:innen die Patient:innenkommunikation in diesem Moment einfach selbst übernehmen können, wie weiter oben bereits erwähnt wurde (IP3: Z113ff.; IP5: Z133ff.).

Ob die zugezogenen mehrsprachigen Personen aus dem medizinischen oder Pflegepersonal stammen oder aber sonstiges Krankenhauspersonal zur Sprachmittlung gerufen werden, spielt nicht immer eine gleich große Rolle. Die auf den Stationen tätigen Personen beispielsweise schätzen die Dolmetschleistungen etwa von mehrsprachigen Reinigungskräften insbesondere dann als absolut ausreichend ein, wenn es um Alltagskommunikation mit Patient:innen geht. Ein Beispiel für die Kooperation auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus nennt die auf der Palliativstation tätige Pflegekraft:

Gerade in der Pflege ist es oft so- also, das merkt man schon, dass, wenn die (Reinigungskräfte) wissen, da ist jemand da, der nur ihre Sprache spricht oder so, dann bieten sie es sehr oft einmal an, dass man fragen kann. Da geht es oft um, eh, Kleinigkeiten, wo man halt wieder mal ein bisschen ansteht. Großes Thema ist eh immer das Essen fragen eigentlich. [lacht], weil es bei uns doch auch ein zentrales Thema ist auch und man da auch schnell an Grenzen stößt. (IP5: 120ff.)

### 6.5.3 Video- und Telefondolmetschen

Das Zuschalten von externen Dolmetscher:innen finden die befragten Pflegekräfte zwar in seiner grundlegenden Idee gut, es wurden aber auch hier Kritikpunkte geäußert. Eine Pflegekraft bezeichnet etwa das Zuziehen einer Person als Dolmetscher:in, was hier auch Angehörige oder Freund:innen und Bekannte sein können, per Telefon als „Ausnahmesituation“, die zwar den Vorteil hat, dass Kleinigkeiten mit relativ geringem Aufwand vergleichsweise schnell geklärt werden können, völlig zufrieden ist sie dennoch nicht:

Ich finde das nicht so schlecht, wenn der am Telefon sagt, ich muss jetzt- keine Ahnung, "Ich möchte mich rasieren gehen" und hat es mir vorher nicht ausdeutschen können händisch, dann- und der sagt mir das dann am Telefon, dann ist das für mich ja genau so gut, wie wenn er jetzt dastehen würde. Die Verifizierung ist relativ schwierig, ob das jetzt alles so stimmt. [...] Und wenn ich ihm jetzt einen Rasierer hinlege [...] und der schaut mich dann so an, dann werde ich auch wissen, dass es Blödsinn war. Aber für normal passt es ja. (IP4: Z189ff.)

Weiter oben wurde bereits erwähnt, dass das Zuziehen von Dolmetscher:innen per Videozuschaltung generell als gute Idee von den Befragten wahrgenommen wird. Eine Pflegekraft nennt den kurzen Zeitaufwand, bis das genannte Tablet mit dem Programm, mit dem Dolmetscher:innen angerufen werden, geholt wird und dann bis wirklich ein:e Dolmetscher:in gefunden wurde und einsatzbereit ist, als kleinen Nachteil (IP2: Z83f.). Auch die Qualität der Videodolmetschung wird von dieser Pflegekraft angesprochen, da diese sich ihr zufolge doch deutlich davon unterscheidet, wenn etwa ein:e Dolmetscher:in in Präsenz dabei ist. Genannt werden zum Beispiel Faktoren wie Mimik und Gestik der Gesprächsteilnehmer:innen, die dann schlechter erkannt und einbezogen werden könnten, wobei auch festgehalten wird, dass in solchen Fällen „mit Videotelefonie sehr viel möglich [ist] mittlerweile schon, und [das] wird auch gut genutzt“ (IP2: Z212ff.).

Ein anderes Problem, das im Einsatz von Videodolmetscher:innen wahrgenommen wird, ist die Abhängigkeit von einer stabilen Internetverbindung, um eine gute Videoqualität gewährleisten zu können. Eine Pflegekraft unterstützt ebenfalls die Idee hinter den Videodolmetscher:innen, kritisiert aber, dass die Lage ihres Arbeitsortes innerhalb des Krankenhauses bedingt, dass dort die Internetverbindung sehr schlecht ist, weshalb auch der Einsatz von Videodolmetscher:innen für ihr Team eine eher unattraktive Strategie zur Deckung des Kommunikationsbedarfes darstellt (IP3: Z85ff.).

### 6.5.4 Visuelle Hilfsmittel und Körpersprache

In den Kapiteln 6.4.2 und 6.4.3 wurden bereits die Strategien des Einsatzes visueller Hilfsmittel und der non-verbalen Kommunikation beziehungsweise Körpersprache besprochen. Was die Zufriedenheit mit dem Einsatz von Körpersprache zum Überwinden von Sprachbarrieren betrifft, so schätzen die befragten Pflegekräfte diese Strategie als ausreichend ein, sofern es sich nicht um zu komplexe Inhalte handelt, sondern um Alltagskommunikation wie zum Beispiel das Kennenlernen (IP5: Z97f.). Eine andere Pflegekraft sieht den gezielten Einsatz von Körpersprache, also „mit Deuten und Zeigen“ zu kommunizieren, als funktional an, ist aber unzufrieden damit, dass sie häufig Dinge nicht so erklären kann, wie sie vielleicht möchte (IP3: Z126ff.).

Ein Einwand, der außerdem genannt wurde, ist, dass der Einsatz von visuellen Hilfsmitteln, wie auch der gezielte Einsatz von Mimik und Gestik, voraussetzt, dass die nicht-deutschsprachigen Patient:innen überhaupt noch ein Sehvermögen besitzen, wobei auch dazugesagt wurde, dass das keine häufig auftretende Kombination ist (IP4: Z72ff.). Eine andere Pflegekraft nennt im Zusammenhang mit dem Einsatz von *Google Übersetzer* einen ähnlichen Einwand, nämlich, dass sie bereits Patient:innen betreut hat, die die Textausgabe des Übersetzungsprogrammes nicht lesen konnte, da die Personen nicht alphabetisiert waren (IP1: Z30f.). Eine Abhilfe, die in diesem Zusammenhang nicht erwähnt wurde, ist die Möglichkeit, die Sprachausgabefunktionen solcher Übersetzerprogramme zu nutzen.

Obwohl zumindest eine der Befragten großes Potential in Programmen wie *Google Übersetzer* sieht, merkt diese auch ihren Unmut darüber an, dass bei der Verwendung solcher Dienste nicht immer sicher davon ausgegangen werden kann, ob die Übersetzung wirklich inhaltlich korrekt ist (IP4: Z302ff.). Das spricht auch eine andere der Befragten an, die es als ein Erraten dessen, „was jetzt genau gemeint“ ist, beschreibt (IP5: Z54f.). Die Sorge darüber, dass der Einsatz solcher maschineller Übersetzerdienste Aussagen verfälschen könnte, beziehungsweise dass teilweise unklare Übersetzungen produziert würden, ist also ein Faktor, der die Zufriedenheit der befragten Pflegekräfte mit dieser Strategie maßgeblich beeinflusst.

Ein letzter Punkt, der von einer der Befragten angesprochen wurde, ist der zusätzliche Zeitaufwand, der für die Kommunikation zum Beispiel mit *Google Übersetzer* einzurechnen ist. Das ergibt sich aus dem sich abwechselnden Eingeben von Informationen in den Übersetzer, dem Abwarten, bis das Gegenüber die Übersetzung verstanden beziehungsweise, in Anbetracht der oben genannten häufig auftretenden Unklarheiten bei maschinell erzeugten Übersetzungen, erraten hat, was gemeint ist, sowie dem anschließenden Antworten durch eine erneute Eingabe in den Übersetzer (IP5: Z52ff.).

### **6.5.5 Verzicht auf Kommunikation**

Einen besonders schwerwiegenden Einfluss auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte in der Kommunikation haben wenig überraschend jene Situationen, in denen aus unterschiedlichen Gründen gänzlich auf die Kommunikation verzichtet wird, beziehungsweise werden muss. Situationen, in denen das der Fall ist, gibt es laut einer der Befragten etwa in den Ambulanzen, wenn ein Teil des Personals bereits Dienstende hat und nur noch die diensthabenden Kräfte vor Ort sind, auch wenn der Wartebereich der Ambulanz noch voll mit Patient:innen ist. Die befragte Pflegekraft der Unfallambulanz verortet hier Risiken in der Patient:innenbetreuung, wenn etwa weitere Eingriffe für Patient:innen geplant sind, aber aufgrund von Zeitdruck keine ausführlichen vorbereitenden Gespräche geführt werden können. Hier ist laut dieser Befragten häufig ihre Eigeninitiative gefordert, die Patient:innen dennoch möglich gut zu informieren, sofern es ihre Verfügbarkeiten zulassen (IP3: Z144ff.).

Allerdings muss hier hinzugefügt werden, dass von keine:r der Befragten hier konkrete Erfahrungen nennen konnten, in denen sie erlebt hätten, dass gar keine Versuche für Kommunikation stattgefunden hätten; die getätigten Aussagen beziehen sich generell eher auf die aus der Sicht der Pflegekräfte mangelhafte Patient:innenkommunikation.

### **6.6 Transkulturalität in Aus- und Fortbildungen**

Wie auch bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit erörtert wurde, wurden in der Vergangenheit zunehmend die Curricula von Pflegeausbildungen überarbeitet, so dass sich in modernen Ausbildungsmodellen durchaus Inhalte zu Transkulturalität und dem Umgang mit Sprachbarrieren finden. Das bestätigen auch die für diese Studie befragten Pflegekräfte. Während die zwei Pflegekräfte, die bereits seit über 30 Jahren im Pflegeberuf tätig sind, von kaum irgendwelchen Bemühungen sprechen, angehenden Pflegekräfte transkulturelle Kompetenzen und Kultur- und Sprachsensibilität zu vermitteln (IP1: Z238; IP5: Z185ff.), so nahmen die jüngeren der Befragten dies in ihren eigenen Ausbildungen bereits deutlich anders wahr.

Eine der befragten Pflegekräfte, deren Ausbildung erst etwa 4 Jahre her ist, beschreibt Transkulturalität als „integralen Bestandteil“ des Studiums, da in verschiedenen Fächern auf mögliche „kulturelle Unterschiede“ aufmerksam gemacht wird, die für die Versorgung von Patient:innen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen relevant sein könnte (IP2: Z44ff.). Die zweite Befragte, die ihr Studium ebenfalls erst vor wenigen Jahren absolviert hat, bestätigt

zwar, dass die Vermittlung transkultureller Kompetenzen Teil ihrer Ausbildung war, ist aber der Meinung, dass diese Inhalte eher „angeschnitten“ wurden als tiefergehend behandelt (IP3: Z194f.). Beide dieser Pflegekräfte sehen noch „Luft nach oben“, was Transkulturalität als Lehrinhalt der Pflegeausbildung betrifft. Während eine dieser beiden jüngeren Pflegekräfte hier dabei eher den Standpunkt vertritt, dass das Thema noch zu einseitig behandelt wurde und sich hauptsächlich an die Pflege auf Stationen richtete (IP3: Z198f.), so ist die andere davon überzeugt, dass hier auf Eigenverantwortung gesetzt werden sollte. Also, dass Pflegeausbildungen ohnehin niemals alle in dieser Hinsicht relevanten Themen abdecken könnten und dass Pflegekräfte daher individuell ihre Stärken und Schwächen im Hinblick auf den persönlichen Umgang mit Transkulturalität reflektieren und sich in die Richtung fortbilden sollten, in der sie noch Schwachpunkte in ihren transkulturellen Kompetenzen wahrnehmen (IP2: Z367ff.). Letzteren Standpunkt teilt auch die Pflegekraft, deren Ausbildung mittlerweile ungefähr 13 Jahre her ist und ebenfalls bereits ein Fach namens „Transkulturelle Pflege“ beinhaltet (IP4: Z241f.). Ihre Ansicht ist es, dass Menschen, die sich für eine Tätigkeit in der Pflege entscheiden, ohnehin aus Eigenmotivation heraus dazu bereit sein sollten, sich bestmöglich auf ihre Arbeitsrealität vorzubereiten:

[...] dass jeder Mensch der einfach, der gerade im sozialen Bereich arbeitet, eine gewisse Offenheit und ein bisschen eine Toleranz haben muss, oder sollte. Und davon müsste man eigentlich ausgehen, dass jemand, der in so einen Job geht, sich auch bemüht darum, dass die Kommunikation oder auch die Patienten sich gut aufgehoben fühlen, auch, wenn es nicht die Muttersprache ist. (IP4: Z244ff.)

Diejenigen der Befragten, die bereits seit über 30 Jahren in der Pflege tätig sind, nahmen Transkulturalität und Sprachsensibilität zur Zeit ihrer Pflegeausbildung als generell weniger relevantes Thema wahr. Sie beziehen sich dabei darauf, dass es zu dieser Zeit weniger Migration beziehungsweise weniger Bedarf nach solchen Kompetenzen gegeben hätte (IP1: 240ff.; IP2: 285f.). Der Nachfrage, ob sie Inhalte zum Transkulturalität und Sprachsensibilität heutzutage in der Pflegeausbildung für sinnvoll halten, stimmen alle der Befragten zu (IP1: Z244; IP2: Z273f.; IP3: Z198; IP4: Z244; IP5: Z201ff.).

Die befragten Pflegekräfte nennen auf Nachfrage auch ein krankenhausinternes Fortbildungs- und Schulungsprogramm, in dem auch „laufend“ entsprechende Schulungen zu Themen wie Kultursensibilität oder „Interkulturelle Kommunikation“ angeboten werden (IP1: Z247; IP2: Z252f.; IP5: Z193). Diejenigen der Befragten, die diese Möglichkeiten nennen, sehen diese auch als sinnvoll an (IP2: Z262) beziehungsweise nehmen eine Bereitschaft und ein Interesse innerhalb des Kollegiums wahr, an solchen freiwilligen Schulungen und Fortbildungen



teilzunehmen (IP5: Z197); eine der Befragten gibt explizit an, selbst bereits eine solche Schulung absolviert zu haben (IP1: Z247f.).

## **6.7 Einfluss des Pflegekräftemangels auf die Kommunikation und Patient:innenbetreuung**

Ein letzter Punkt, der bei der Erstellung des Interviewleitfadens von Interesse war, ist der Einfluss des Pflegekräftemangels auf die Wahrnehmung der Pflegekräfte bezüglich ihres Umganges mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen.

Während der Pflegekräftemangel in vielen Bereichen doch stark spürbar zu sein scheint, sind zwei der Befragten zur Zeit der Befragung in der Situation, in gerade jenen Bereichen des Krankenhauses tätig zu sein, die immer voll besetzt sein müssen, da dort mitunter Notfallpatient:innen versorgt werden (IP2: Z289ff.; IP3: 160ff.). Spürbar ist der Pflegekräftemangel, vor allem für die Pflegekraft der anästhesiologischen Intensivstation, dennoch, da unter anderem auch häufig in anderen Bereichen ausgeholfen werden muss, in denen diese Personalsituation schlechter ist (IP2: Z299ff.). Eine andere Pflegekraft, die vor allem im ambulanten Bereich tätig ist, sieht den Pflegekräftemangel als größeres Problem für die Stationen als für die Ambulanzen (IP1: Z267ff.). Das betonen auch die übrigen beiden Pflegekräfte, die auf der Intensivbeziehungsweise Palliativstation beschäftigt sind (IP4: Z269; IP5: Z205). Insgesamt wird in diesem Zusammenhang vorwiegend der Faktor „Zeitdruck“ angesprochen. Wieviel Zeit für die Patient:innenbetreuung zur Verfügung steht, hat einen erheblichen Einfluss darauf, wie intensiv die Pflegekräfte sich dazu in der Lage fühlen, intensiver auf die Patient:innen einzugehen, also wie viel Zeit für die Kommunikation übrigbleibt. Dieser Aspekt führt vor allem bei der Betreuung von nicht-deutschsprachigen Patient:innen dazu, dass weniger kommuniziert wird, da für die Kommunikation entsprechend mehr Zeit benötigt werden würde (IP1: Z284ff.). Das spricht auch eine andere Pflegekraft an. Sie fasst dabei wieder den Aspekt auf, dass in Gesprächen mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen mehr Zeit dafür benötigt wird, bis man überhaupt eine Antwort hat beziehungsweise man weiß, was das Gegenüber wirklich meint. Steht generell weniger Zeit zur Verfügung, so muss dieses Bemühen entsprechend abgekürzt werden (IP5: Z220ff.).

Interessanterweise nehmen die Befragten allerdings nicht zwangsläufig Verschlechterungen durch den Pflegekräftemangel wahr, da die Kommunikation, die mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen ohnehin bereits häufig als „auf das Mindeste heruntergebrochen“ beschrieben wird, wie eine der Befragten beschreibt:

Es ist eh die Kommunikation leider das Erste. Das kann man halt wegschneiden schnell. [...] Wenn ich jetzt einen Verbandwechsel nicht mache und das ist dokumentiert und der Patient hat ein Problem, dann bekomme ich eine auf den Deckel. Wenn ich jetzt nicht noch einmal frage, wie es ihm geht und ob er vielleicht noch etwas trinken will oder das und das haben will, weil ich die Zeit nicht habe, dann kann das auch niemand nachkontrollieren, oder so. Da hat man dann auch nicht so ein schlechte- oder man hat schon ein schlechtes Gewissen, weil das gehört ja dazu. Aber das ist das Erste, was man wegschneiden kann. (IP4: Z271ff.)

## 7. Conclusio

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welchen Einfluss Transkulturalität und Sprachbarrieren auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften in Krankenhäusern konkret haben können. Untersucht wurde dies aus der Sicht der Pflegekräfte selbst, da diese den besten Einblick in ihren Arbeitsalltag und in ihre persönlichen Herausforderungen und Bewältigungsstrategien in der Patient:innenarbeit und -kommunikation geben können. Im Rahmen einer Interviewstudie wurden daher fünf DGKP aus einem oberösterreichischen Krankenhaus zu ihren Erfahrungen und Ansichten zu diesem Thema befragt. Dazu wurde auf Basis der diesem Forschungsprojekt zugrundeliegenden Forschungsfragen ein Interviewleitfaden ausgearbeitet und mit diesem die Interviews durchgeführt, das aufgezeichnete und transkribierte Interviewmaterial codiert und für die anschließende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) aufbereitet. Mithilfe dieser Analyse konnten Antworten auf die Fragen gefunden werden, die nun folgend kurz noch einmal besprochen werden.

Die zentralen Forschungsfragen, die im Zuge der empirischen Untersuchung dieser Arbeit beantwortet werden sollten, lauten:

- Welchen Einfluss haben Transkulturalität und Mehrsprachigkeit auf die Pflege in oberösterreichischen Krankenhäusern?
- Welche Strategien werden von den Pflegekräften ausgewählter oberösterreichischer Krankenhäuser angewendet, um mit Sprachbarrieren und Transkulturalität in ihrem Arbeitsalltag umzugehen und den für ihre Arbeit nötigen Kommunikationsbedarf zu decken?
- Wie beeinflussen diese Strategien die Kommunikation mit Patient:innen beziehungsweise Pflegeempfänger:innen und die Qualität der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte?

Der Fokus lag also nicht ausschließlich auf den Herausforderungen, die aufgrund von Transkulturalität und Mehrsprachigkeit entstehen können, sondern auch vor allem auf den persönlichen Strategien der Pflegekräfte, mit diesen Herausforderungen umzugehen. Im Zusammenhang mit der zweiten Frage war außerdem von Interesse, wie zufrieden die befragten Pflegekräfte mit ihren Strategien sind, auf die sie etwa im Falle von Sprachbarrieren zurückgreifen, um ihren Kommunikationsbedarf zu decken.

Die befragten Pflegekräfte teilen zwar teilweise ähnliche Erfahrungen, in manchen Punkten unterscheiden sich allerdings die Wahrnehmungen der Herausforderungen durch

kulturelle und sprachliche Barrieren im Arbeitsalltag von Person zu Person deutlich. Die Rolle, in der sich die Pflegekräfte sehen, wird von allen Befragten ähnlich dargestellt. Eine der Befragten betitelt die Rolle von Pflegekräften im Krankenhaus als „Brücke zwischen Patient und Arzt“ (IP1: Z18). Darin, dass Transkulturalität und Mehrsprachigkeit generell einen Einfluss auf die Ausübung dieser Rolle haben können, sind sich ebenfalls alle Befragten einig. Das hängt in Anbetracht der Ergebnisse der Analyse wohl unter anderem damit zusammen, dass in so gut wie allen Aspekten der pflegerischen Patient:innenarbeit auf die eine oder andere Weise und in unterschiedlichem Ausmaß kommuniziert werden muss. Die Befragten nennen verschiedenste Beispiele für typische oder häufige Gesprächssituationen mit Patient:innen in ihrem Arbeitsalltag, wodurch sich klar abzeichnet, dass Pflegekräfte in ihrer Patient:innenarbeit sehr vielfältige Kommunikationsziele haben. Die Pflegekräfte sind sich außerdem darin einig, dass die Kommunikation der Schlüssel zum Aufbau einer Pflegebeziehung zwischen ihnen und ihren Patient:innen ist, was ebenfalls als ein zentraler Aspekt ihrer Arbeit wahrgenommen wird.

Nicht nur Sprachbarrieren und eine dadurch eingeschränkte Kommunikation können Einfluss auf die Kommunikation und den Umgang mit Patient:innen haben, sondern von den Pflegekräften werden auch kulturelle Einflüsse auf die Pflegearbeit wahrgenommen. Eine Rolle spielen in diesem Zusammenhang etwa spezielle Ernährungsgewohnheiten, unterschiedliche familiäre Strukturen oder die Zugehörigkeit zu bestimmten religiösen Gruppen, die bestimmte Verhaltensmuster in verschiedenen Situationen bedingen. Unterschiedliche Erwartungen oder Verhaltensweisen erfordern von den Pflegekräften Kompetenzen im Umgang mit Transkulturalität und ein hohes Maß an Kultursensibilität.

Was die Strategien zur Bewältigung von Kommunikationssituationen trotz Sprachbarrieren betrifft, scheint hier besonders häufig auf mehrsprachige Familienmitglieder oder Bekannte zurückgegriffen zu werden, die die Sprachmittlung zwischen Deutsch und der Sprache der Patient:innen übernehmen können. Die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit dieser Strategie fällt allerdings unterschiedlich aus. Während einerseits häufig erklärt wird, dass dolmetschende Familienmitglieder oder Bekannte in vielen Situationen sehr gute Arbeit leisten und die Kommunikation dadurch in einem zufriedenstellenden Ausmaß gelingen kann, so wurden auch vereinzelte Hinweise auf Unsicherheiten gegeben, etwa wenn Kinder als Dolmetscher:innen für ihre Eltern eingesetzt werden, Väter für ihre Töchter dolmetschen oder was die Bereitschaft und Ehrlichkeit betrifft, intime Informationen preiszugeben, wenn einerseits sehr nahe Angehörige dolmetschen, umgekehrt aber auch, wenn auch außenstehende Personen, ohne ein ausreichendes Näheverhältnis zu den Patient:innen, am Gespräch beteiligt sind.

Auch Krankenhauspersonal stellt eine häufig genutzte Strategie dar, Sprachbarrieren zu überwinden. Dabei werden für die Sprachmittlung sowohl mehrsprachige medizinische Fachkräfte oder Pflegekräfte anderer Stationen oder Ambulanzen, aber auch sonstiges mehrsprachiges Krankenhauspersonal als Dolmetscher:innen herangezogen. Wenn medizinisches oder Pflegepersonal für die Sprachmittlung eingesetzt wird, agieren diese allerdings häufig nicht als Dolmetscher:innen per se, sondern übernehmen in solchen Fällen meist direkt die Patient:innenarbeit mit den nicht-deutschsprachigen Patient:innen. Als Vorteile der Strategie, mehrsprachige Kolleg:innen zur Sprachmittlung einzusetzen, wurden die schnelle und unkomplizierte Erreichbarkeit, aber bei medizinischen oder Pflegekräften auch vor allem das inhaltliche Fachkenntnisse und Wissen zu medizinischen Abläufen genannt.

Dass professionelle Dolmetscher:innen, also solche, die eine entsprechende Ausbildung absolviert haben, eingesetzt werden, scheint zumindest in der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patient:innen die Seltenheit zu sein. Das könnte damit zusammenhängen, dass, wie einige der Befragten aussagten, der Ernst der Gesprächssituation in Pflegesettings in vielen Fällen keinen hohen Grad an Professionalität erfordert. Weitere Gründe sind der Zeitaufwand beziehungsweise sind generell die Umstände, die mit dem Engagieren von professionellen Dolmetscher:innen verbunden sind. Eine Möglichkeit, wie allerdings spontan Zugang zu professionellen Dolmetscher:innen hergestellt werden kann, ist *remote interpreting*. Den befragten Pflegekräften stehen für ihre Arbeit Tablets zur Verfügung, mithilfe derer jederzeit auch spontan Dolmetscher:innen für die verschiedensten Sprachen kontaktiert werden, und bei Bedarf per Videotelefonie als Sprachmittler:innen eingesetzt werden können. Diese Alternative zu örtlich anwesenden professionellen Dolmetscher:innen hat aus Sicht der befragten Pflegekräfte zwar Potential, aus verschiedenen Gründen, wie möglicher technischer Schwierigkeiten, wie zum Beispiel schlechtem Empfang und damit einer eingeschränkten Video- oder Tonqualität, aber auch aufgrund der Einfachheit und wegen des Zeitaufwandes, das technische Equipment zu organisieren, wird allerdings von den Pflegekräften trotzdem nur in Ausnahmefällen auf Videodolmetscher:innen zurückgegriffen. Die Pflegekräfte begründen das etwa auch damit, dass in vielen Fällen ohnehin andere anwesende Personen als Dolmetscher:innen zugezogen werden können, zum Beispiel von den Patient:innen selbst mitgebrachte Personen oder mehrsprachiges Krankenhauspersonal, aber auch damit, dass in den Situationen, wo niemand sonst anwesend ist, um zu dolmetschen, auch aus Sicht der Befragten nicht immer eine ganz exakte und vollständige Dolmetschung nötig ist. Eine weitere niederschwellige Alternative zu Dolmetscher:innen, die häufig von den Befragten genutzt wird, ist es, mehrsprachige Familienmitglieder oder Bekannte nicht-deutschsprachiger Patient:innen einfach telefonisch zu kontaktieren und über

diesen Weg etwaige Sprachbarrieren zu überwinden und die Kommunikation zu ermöglichen. Diese Alternative zu vor Ort anwesenden professionellen Dolmetscher:innen wird von den Befragten als unkompliziert und durchaus praktikabel eingestuft.

Wenn gar keine mehrsprachigen Personen als Sprachmittler:innen verfügbar sind oder wenn aus verschiedenen Gründen absichtlich auf den Einsatz solcher verzichtet wird, können auch visuelle Hilfsmittel zur Kommunikationsunterstützung eingesetzt werden. Vor allem in der Alltagskommunikation, die speziell für Pflegekräfte auf den Stationen wichtig ist, werden häufig Bildkarten eingesetzt, die den Patient:innen zum Beispiel dabei helfen sollen, ihr Befinden oder Bedürfnisse non-verbal auszudrücken oder Auskunft zu ihrem Schmerzempfinden zu geben, wenn verbale Kommunikation nicht möglich ist. Auch der Einsatz von Übersetzungsapps wie *Google Übersetzer* erfreut sich zunehmender Beliebtheit, um kleinere spontan auftretende sprachliche Hindernisse schnell zu überwinden. Als Mittel non-verbaler Kommunikation werden außerdem Mimik oder Gestik von den Pflegekräften häufig gezielt eingesetzt, beispielsweise um Patient:innen einfache Anweisungen zu geben oder auch um etwa non-verbal Empathie auszudrücken. Gänzlich auf Kommunikation verzichtet werden muss also kaum oder nur in Ausnahmefällen, wobei in der Ausführlichkeit der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen wie auch mit deutschsprachigen Patient:innen generell Zeitdruck eine große Rolle spielt.

Da die befragten Pflegekräfte nicht in allen Kommunikationssituationen in ihrem Arbeitsalltag gleich hohe Ansprüche an Genauigkeit und Vollständigkeit stellen, etwa wenn gedolmetscht wird, fällt also auch ihre Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs zum Teil sehr unterschiedlich aus. Wenn Kritik geäußert wird, dann allerdings dennoch hauptsächlich in Bezug auf Vollständigkeit und Genauigkeit der kommunizierten Inhalte. Bei vielen der genannten Strategien sind die Befragten auch häufig unzufrieden damit, dass sie wenig Einfluss auf die Kommunikation nehmen können, nicht kontrollieren können, ob in Patient:innengesprächen alles von den Patient:innen oder von ihnen selbst richtig verstanden wurde, und dass sie nicht so empathisch und ausführlich kommunizieren können, wie sie eigentlich möchten und wie sie das mit deutschsprachigen Patient:innen können.

Die Ergebnisse der Analyse decken sich mit den Annahmen, die vor der Erstellung dieser Arbeit aufgestellt wurde. Es wurde davon ausgegangen, dass Transkulturalität und Sprachbarrieren einen starken Einfluss auf die Arbeit von Pflegekräften haben. Auch die in dieser Arbeit aufgearbeitete Literatur zu diesem Thema stützt diese Annahmen. Die von den Befragten genannten Strategien zur Deckung ihres Kommunikationsbedarfs in der Arbeit mit nicht-

deutschsprachigen Patient:innen deckten sich auch größtenteils mit den diesbezüglich am häufigsten in der Literatur erwähnten Möglichkeiten. Strategien, die im theoretischen Teil dieser Arbeit genannt wurden, wurden im Rahmen der Analyse anhand der Schilderungen der Befragten näher betrachtet.

Diese Arbeit gibt aufgrund der kleinen Gruppe an Befragten, die alle in derselben Einrichtung beschäftigt sind, nur einen eingeschränkten Einblick in die Fragestellung, welchen Einfluss Transkulturalität und Sprachbarrieren auf die Arbeit von Pflegekräften in Krankenhäusern geben können. Die Ergebnisse können aber als Basis für eine weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema dienen. Interessant wäre eine größer ausgelegte Befragung von Pflegekräften in mehreren verschiedenen Einrichtungen in verschiedenen Regionen. Diese Arbeit beschränkt sich auf ein eher ländlich situiertes oberösterreichisches Krankenhaus. Durch eine Befragung in Krankenhäusern auch in städtischen Gebieten und in verschiedenen österreichischen Bundesländern oder sogar im weiteren deutschsprachigen Raum könnten noch mehr Einsichten in angewendete Strategien gewonnen werden und es könnten Vergleiche der einzelnen behandelten Aspekte dieser Studie angestellt werden. Auch eine größere Variation innerhalb der Befragtengruppe könnte noch aufschlussreiche Einsichten liefern, etwa wenn ein stärkerer Fokus auf Pflegekräfte mit eigener Migrationsbiographie oder mit ausgeprägten Fremdsprachenkenntnissen gelegt würde.

## Bibliographie

- Ahamer, Vera (2014). *Unsichtbare Spracharbeit: Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher; Integration durch "Community Interpreting"*. Bielefeld: transcript Verlag.
- AK Steiermark (2016). Die drei Säulen der Gesundheits- und Krankenpflege. [https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/gesundheitsberufe/Die\\_drei\\_neuen\\_Saeulen\\_der\\_Gesundheits-\\_und\\_Krankenpflege.html](https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/gesundheitsberufe/Die_drei_neuen_Saeulen_der_Gesundheits-_und_Krankenpflege.html) (Stand: 07.01.2023).
- Ali, Parveen Azam & Watson, Roger (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing* 27 (5–6), 1152-1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204> (Stand: 24.10.2022).
- Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz (AVG), BGBl. 51/1991 idF BGBl. I 5/2008.
- Altorfer, Andreas & Käsermann, Marie-Louise (<sup>2</sup>2007). Die Bedeutung des Nonverbalen in der Kommunikation. In: Domenig (Hg.), 237–258.
- AMS (2023). Ausbildungskompass: Fachhochschulstudium Gesundheits- und Krankenpflege. <https://www.ausbildungskompass.at/ausbildungen/102184-fachhochschulstudium-gesundheits-und-krankenpflege/#standorte> (Stand: 06.01.2023).
- Anzenberger, Judith & Gaiswinkler, Sylvia (2016). *Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea & Breyer, Elisabeth (2015). *Migration und Gesundheit: Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- AWZ Soziales Wien (2020). Weiterbildung. <https://www.awz-wien.at/> (Stand: 06.01.2023).
- Badke-Schaub, Petra; Hofinger, Gesine & Lauche, Kristina (<sup>2</sup>2012). *Human Factors: Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Baier, Andrea (2013). „*Wie soll man gesund sein, wenn man keine Arbeit hat?*“. Bielefeld: transcript Verlag.
- Baker, Mona & Saldanha, Gabriela (Hg.) (<sup>3</sup>2020). *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*. Milton: Routledge.
- Baller, Frauke & Ott, Brankica (2021). Rollenbeziehungen in der dolmetschergestützten Psychotherapie zu dritt. In: Treiber et al. (Hg.), 121–138.
- Béguin Stöckli, Dominique (2007). Frauenbeschneidung oder weibliche Genitalverstümmelung. In: Domenig (Hg.), 473–485.
- Biermann, Kai (2018). „Keine Zeit für Menschlichkeit“. *ZEIT ONLINE Arbeit*, 27.02.2018. <https://www.zeit.de/arbeit/2018-02/pflege-krankenhaus-arbeit-stress-mangel> (Stand: 30.05.2023).



- Binder-Fritz, Christine (2013). Kultursensible Pflege und transkulturelle PatientInnenbetreuung in Österreich: Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven. In: Harold, Barbara (Hg.) *Wege zur transkulturellen Pflege: Mit Kommunikation Brücken bauen*, 13–34.
- Bischoff, Alexander; Bovier, Patrick A.; Isah, Rrustemi; Françoise, Gariazzo; Ariel, Eytan & Louis, Loutan (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine* 57 (3), 503-512). [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00376-3) (Stand: 26.10.2022).
- Bischoff, Alexander; Steinauer, Regine & Kurth, Elisabeth (<sup>3</sup>2009). Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen: Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes. In: Saladin (Hg.), 65-67.
- BMI (2022). Asyl-Statistik 2021. [https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik\\_2021\\_v2.pdf](https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik_2021_v2.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Bodo, Ana Maria (2021). Translatorische Aus- und Weiterbildung am Beispiel des Universitätslehrgangs „Dolmetschen für Gerichte und Behörden“ an der Universität Wien. In: Kaindl et al. (Hg.), 201–213.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Boulanová, Zuzana (2021). Neutrality in public service interpreting: Rethinking the role of public service interpreters. *Verba Hispanica* 29 (1), 13–29. <https://doi.org/10.4312/vh.29.1.13-29> (Stand: 10.03.2023).
- Brandenburg, Hermann; Schoolmann, Silke; Sirsch, Erika; Stephanow, Valeska & Weidner, Frank (<sup>13</sup>2017). Pflege-theorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In: Sche-wior-Popp, Susanne; Sitzmann, Franz & Ullrich, Lothar (Hg.) *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in der Ausbildung*, 80–109.
- Braun, Sabine (2015). Remote Interpreting. In: Pöchhacker (Hg.), 346–348.
- Brenne, Sebastian; David, Matthias; Borde, Theda; Breckenkamp, Jürgen & Razum, Oliver (2015). Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge Berlin. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (6), 569–576. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2141-6> (Stand: 09.05.2023).
- Broszinsky-Schwabe, Edith (2011). *Interkulturelle Kommunikation: Missverständnisse – Verständigung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesgesetz über die Gleichbehandlung (GIBG), BGBl. I 66/2004 idF BGBl. I 16/2020.
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. 1/1957 idF BGBl. I 79/2022.
- Bundeskanzleramt Österreich (2022a). EU-Aufbauplan. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/der-eu-aufbauplan.html> (Stand: 21.02.2023).
- Bundeskanzleramt Österreich (2022b). *Integrationsbericht 2022*. Wien: Expertenrat für Integration.

- Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) (2022). Bundeseinheitliche Liste der freien Gewerbe. [https://www.bmaw.gv.at/dam/jcr:2063adb4-3a78-4a45-82f6-7ec2b3412ca7/Bundeseinheitliche\\_Liste\\_der\\_freien\\_Gewerbe.pdf](https://www.bmaw.gv.at/dam/jcr:2063adb4-3a78-4a45-82f6-7ec2b3412ca7/Bundeseinheitliche_Liste_der_freien_Gewerbe.pdf) (Stand: 01.04.2023).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2020). Gesundheitsberufe in Österreich. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96\\_2020\\_pdf.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf) (Stand: 06.01.2023).
- Bundesverfassungsgesetz (B-VG), BGBl. 1/1930.
- Coors, Michael; Grützmann, Tatjana & Peters, Tim (Hg.) (2014). *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Ethik*. Göttingen: Edition Ruprecht.
- Czypionka, Thomas; Kraus, Markus; Riedl, Monika & Sigl, Clemens (2012). *Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Dabić, Mascha (2021). *Dolmetschen in der Psychotherapie: Prekäres Gleichgewicht*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Dengscherz, Sabine & Cooke, Michèle (2020). *Transkulturelle Kommunikation: Verstehen – Vertiefen – Weiterdenken*. Stuttgart: utb GmbH.
- Domenig, Dagmar (2013). Ein Kommentar zur transkulturellen Kompetenz. In: Harold, Barbara (Hg.) *Wege zur transkulturellen Pflege: Mit Kommunikation Brücken bauen*, 53–57.
- Domenig, Dagmar (<sup>2</sup>2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.) *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 165–189.
- Domenig, Dagmar (Hg.) (2021). *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz: Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe*. Bern: Hogrefe.
- Domenig, Dagmar (Hg.) (<sup>2</sup>2007). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe.
- Downie, Jonathan (2016). *We're all in this together: Uniting our divided professions*. London: Routledge.
- Dreachslin, Janice L.; Gilbert, M. Jean & Malone, Beverly (2012). *Diversity and Cultural Competence in Health Care: A Systems Approach*. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Edelmann, Doris & Tippelt, Rudolf (2004). Kompetenz – Kompetenzmessung: ein (kritischer) Überblick. *Durchblick* 3 (2004), 7–10. <https://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Kompetenzmessung%20-%20ein%20kritischer%20Ueberblick.pdf> (Stand: 29.12.2022).

- EIGE (Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen) (2020). *Weibliche Genitalverstümmelung: Wie viele Mädchen sind in Österreich gefährdet?*. Vilnius: Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen.
- Engelbrecht, Maria & Ociepa, Gabriela (Hg.) (2021). *Transkulturalität / Interkulturalität. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Berlin/Bern/Wien: Peter Lang.
- Europäische Charta der Regional- und Minderheitensprachen (ECRML), BGBl. III 216/2001.
- Europäische Kommission (2023). Translation. [https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/translation\\_en](https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/translation_en) (Stand: 21.02.2023).
- Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), BGBl. 2010/1958 idF BGBl. III 30/1998.
- Europäisches Parlament (2020). Charta der Grundrechte der Europäischen Union. [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_de.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf) (Stand: 01.04.2023).
- Europarat (1992). Europäische Charta der Regional- und Minderheitensprachen. <https://rm.coe.int/168007c089> (Stand: 01.01.2023).
- Eurostat (2019). Foreign language skills statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Foreign\\_language\\_skills\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Foreign_language_skills_statistics) (Stand: 29.01.2023).
- Facultas (2022). Übersicht Pflegeausbildungen in Österreich. <https://www.facultas.at/pflegeausbildung/ausbildung> (Stand: 05.01.2023).
- Felgner, Lars (2017). *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen*. Berlin: Frank & Timme.
- FH Burgenland (2023). BA Gesundheits- und Krankenpflege: Lehrveranstaltungen. <https://www.fh-burgenland.at/studieren/bachelor-studiengaenge/gesundheits-und-krankenpflege/lehrveranstaltungen/#c2975> (Stand: 06.01.2023).
- FH Campus Wien (2023). Bachelor Gesundheits- und Krankenpflege. <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/gesundheits-und-krankenpflege.html> (Stand: 05.01.2023)
- FH Joanneum (2023). Gesundheits- und Krankenpflege: Aktueller Studienplan. <https://www.fh-joanneum.at/gesundheits-und-krankenpflege/bachelor/im-studium/studienplan/> (Stand: 06.01.2023).
- FH Kärnten (2022). Studienplan Gesundheits- und Krankenpflege. <https://www.fh-kaernten.at/studium/gesundheit-soziales/bachelor/gesundheits-und-krankenpflege> (Stand: 05.01.2023).
- FH Oberösterreich (2023a). Modulplan Gesundheits- und Krankenpflege. <https://www.fh-gesundheitsberufe.at/bachelor-studiengang/gesundheits-und-krankenpflege/modulplan-guk/> (Stand: 05.01.2023).
- FH Oberösterreich (2023b). Kultursensible Pflege. <https://www.fh-ooe.at/campus-linz/studiengaenge/lehrgaenge/advanced-nursing-practice/certified-programs/interkulturelle-pflege/> (Stand: 07.07.2023).

- FH Salzburg (2022). Curriculum Gesundheits- & Krankenpflege. <https://www.fh-salzburg.ac.at/studium/gw/gesundheits-krankenpflege-bachelor/curriculum> (Stand: 05.01.2023).
- FH Vorarlberg (2022). Gesundheits- und Krankenpflege Vollzeit Bachelor. <https://www.fhv.at/studium/soziales/gesundheits-und-krankenpflege-bsc/> (Stand: 06.01.2023).
- FH Wiener Neustadt (2023). Bachelor Allgemeine Gesundheits- & Krankenpflege. [https://www.fhwn.ac.at/studiengang/allgemeine-gesundheits-und-krankenpflege?gclid=EAIAIQobChMI1qanzZWz\\_AIV14XVCh3TeQVSEAAAYASAAEg-JLbPD\\_BwE#curriculum](https://www.fhwn.ac.at/studiengang/allgemeine-gesundheits-und-krankenpflege?gclid=EAIAIQobChMI1qanzZWz_AIV14XVCh3TeQVSEAAAYASAAEg-JLbPD_BwE#curriculum) (Stand: 06.01.2023).
- FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV), BGBl. I 108/1997 idF BGBl. I 57/2008.
- Fiedler, Jonas; Pruskil, Susanne; Wiessner, Christian; Zimmermann, Thomas & Scherer, Martin (2022). Remote interpreting in primary care settings: a feasibility trial in Germany. *BMC Health Services Research* 22 (99). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07372-6> (Stand: 24.05.2023).
- Flick, Uwe (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Flubacher, Peter (2011). Wenn uns unsere Patienten nicht verstehen – wenn wir unsere Patienten nicht verstehen: Wechselseitiger Gewinn in der Arzt-Patienten-Kommunikation durch Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschern. In: *Schweizer Med Forum* 11 (30-31), 520–523.
- Fröhlich, Martin R.; Becker, Christiane; Handel, Elisabeth & Spirig Rebecca (2013). Die Implementierung von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting – Evaluation mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP). *Pflege* 26 (5), 357-367. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000318> (Stand: 22.11.2023).
- Georg Thieme Verlag (Hg.) (2020). *I care – Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Gesundheit Österreich GmbH (2019a). Das Gesundheitswesen im Überblick. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsystem.html#ambulante-stationaere-versorgung> (Stand: 18.01.2023).
- Gesundheit Österreich GmbH (2019b). Gesundheits- und Krankenpflege. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/gesundheitsberufe-a-z.html> (Stand: 11.12.2022).
- Gesundheit Österreich GmbH (2020). Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent. [https://jasmin.goeg.at/1286/1/Curr\\_PA\\_PFA\\_Erprobungsphase\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/1286/1/Curr_PA_PFA_Erprobungsphase_bf.pdf) (Stand: 06.01.2023).
- Gesundheit Österreich GmbH (2022). Plattform Primärversorgung: Allgemeines. <https://primaerversorgung.gv.at/allgemeines> (Stand: 18.01.2023).
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I 108/1997 idF BGBl. I 75/2016.

- Gläser, Jochen & Laudel, Grit (<sup>4</sup>2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse : als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grabowski, Joachim (Hg.) (2014). *Sinn und Unsinn von Kompetenzen: Fähigkeitskonzepte im Bereich von Sprache, Medien und Kultur*. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Grbić, Nadja (2015a). Settings. In: Pöchhacker (Hg.), 370–371.
- Grbić, Nadja (2015b). Profession. In: Pöchhacker (Hg.), 320–326.
- Hale, Sandra B. (2015). Community Interpreting. In: Pöchhacker (Hg.), 63–69.
- Harold, Barbara (Hg.) (2013). *Wege zur transkulturellen Kommunikation – Mit Kommunikation Brücken bauen*. Wien: Facultas.
- Havelka, Ivana (2018). *Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme.
- Havelka, Ivana (2021). Zur technikgestützten Translationskultur im DACH-Raum: Video- und audiobasiertes Dialogdolmetschen im Gesundheits- und Gerichtswesen. In: Pöllbauer & Kadrić (Hg.), 63–77.
- Hehemann, Martin (2023). Personalsuche: Hilfe aus der Ferne. In: *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 64* (2023), 50–52.
- Heilig, Maren; Knecht, Kerstin; Menz, Tobias; Micucci, Sarah & Reinhardt, Laura (2020). Settings in der Pflege. In: Naumer & Heilig (Hg.), 1–72.
- Hofinger, Gesine (2012). Kommunikation. In: Badke-Schaub et al. (Hg.), 141–162.
- Hollenrieder, Veronika (2022). *Sprechstunde auf Augenhöhe: Wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient gelingt*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Hungerbühler, Hildegard (2007). Alter und Migration. In: Domenig (Hg.), 395–410.
- Hüper, Christa & Kerkow-Weil, Rosemarie (2007). Schmerz im Migrationskontext. In: Domenig (Hg.), 541–558.
- IMC FH Krems (2022). Bachelor Gesundheits- und Krankenpflege: Curriculum. [https://www.fh-krems.ac.at/fileadmin/public/content/stdg\\_guk/curriculum-2022-gesundheits-und-krankenpflege.pdf](https://www.fh-krems.ac.at/fileadmin/public/content/stdg_guk/curriculum-2022-gesundheits-und-krankenpflege.pdf) (Stand: 06.01.2023).
- Jansky, Maximiliane; Owusu-Boakye, Sonja & Nauck, Friedemann (2017). Palliative Versorgung von Menschen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund in Niedersachsen. Eine Befragung spezialisierter Palliativversorger. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), 45–54.
- Kadrić, Mira (2011). *Dialog als Prinzip: Für eine emanzipatorische Praxis und Didaktik des Dolmetschens*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Kaelin, Lukas; Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich H. J. (Hrsg.) (2013). *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich.

- Kaindl, Klaus; Pöllabauer, Sonja & Mikić, Dalibor (Hg.) (2021). *Dolmetschen als Dienst am Menschen: Texte für Mira Kadrić*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Kaiser, Robert (2021). *Qualitative Experteninterviews : Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kalina, Sylvia (2015). Preparation. In: Pöchhacker (Hg.), 318–320.
- Karl-Franzens-Universität Graz (2017). Curriculum für das Masterstudium Übersetzen und Dialogdolmetschen. [https://static.uni-graz.at/fileadmin/gewi-institute/Translationswissenschaft/Curricula\\_neu/UEbersetzen\\_und\\_Dialog.pdf](https://static.uni-graz.at/fileadmin/gewi-institute/Translationswissenschaft/Curricula_neu/UEbersetzen_und_Dialog.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Kaspar, Marina (2021). *Mindestsicherung und Migration. Der diskriminierungsfreie Zugang zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung für nicht-österreichische Staatsangehörige aus verfassungs-, unions- und völkerrechtlicher Perspektive*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Kelly, Nataly & Pöchhacker, Franz (2015). Telephone interpreting. In: Pöchhacker (Hg.), 412–415.
- Kiel, Ewald (2014). Kulturelle Kompetenz. In: Grabowski, Joachim (Hg.) *Sinn und Unsinn von Kompetenzen: Fähigkeitskonzepte im Bereich von Sprache, Medien und Kultur*, 133–151.
- Kilcher, Anne (2007). Rassismus und rassistische Diskriminierung. In: Domenig (Hg.), 105–120.
- Kim, Agnes (2022). Historische Mehrsprachigkeit in Österreich. Von kakanischen und/zu österreichischen Lösungen. In: Stadnik (Hg.), 117–127.
- Kletečka-Pulker, Maria (2013). Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin et al. (Hg.), 45–70.
- Kletečka-Pulker, Maria; Parrag, Sabine; Doppler, Klara; Völkl-Kernstock, Sabine; Wagner, Michael & Wenzel, Thomas (2021). Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings. *Wiener klinische Wochenschrift* 133 (11-12), 610–619. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01806-7> (Stand: 24.05.2023).
- Knipper, Michael (2014). Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Coors et al. (Hg.), 52–69.
- Koch-Straube, Ursula (2007). MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig (Hg.), 411–424.
- Kolland, Natascha (2013). Leibliche Kommunikation in der transkulturellen Pflege. In: Harold, Barbara (Hg.) *Wege zur transkulturellen Pflege: Mit Kommunikation Brücken bauen*, 73–86.
- Körtner, Ulrich (2004). *Grundkurs Pflegeethik*. Wien: Facultas.
- Koskinen, Kaisa & Pokorn, Nike K. (Hg.) (2020). *The Routledge Handbook of Translation and Ethics*. Milton: Taylor and Francis.

- Kroeber, Alfred & Kluckhohn, Clyde (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. New York: Vintage Books.
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (<sup>4</sup>2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Lambert, Joseph (2020). *Professional translator ethics*. In: Koskinen & Pokorn (Hg.), 165–179.
- Lamnek, & Krell, (<sup>6</sup>2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Laurant, M. G. H.; van der Biezen, M.; Wijers, N; Kontopantelis, E. & van Vught, A. J. A. H. (2019). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane database of systematic reviews* 2019 (2), CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3> (Stand: 10.12.2022).
- Leininger, Madeleine M. (Hg.) (1998). *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Lenhart, Maureen Bettina (2018). *Pflegekräftemigration nach Österreich. Eine empirische Analyse*. Bern: Peter Lang International Academic Publishers.
- Loncarevic, Maja (2007). Migration und Gesundheit. In: Domenig (Hg.), 139–161.
- Magistrat Linz (2023). Ausländer\*innen. [https://www.linz.at/zahlen/040\\_Bevoelkerung/070\\_Auslaender/](https://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/070_Auslaender/) (Stand: 06.07.2023).
- Maier, Claudia B. & Aiken, Linda H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health* 26 (6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> (Stand: 09.12.2022).
- Mantz, Sandra (2020). Mit Menschen zusammenarbeiten. In: Georg Thieme Verlag (Hg.), 266–279.
- Mantz, Sandra; Wilhelm, Tina; Rais Parsi, Pajam; Häußler, Yannick; Simmendinger, Kathrin & Süßenbach, Annika (<sup>2</sup>2020). Mit Menschen kommunizieren. In: Georg Thieme Verlag (Hg.), 248–265.
- Marics, Alexandra & Nuč, Aleksandra (2021). Der österreichische Kommunaldolmetschmarkt. In: Pöllabauer & Kadrić (Hg.), 249–272.
- Martínez-Gómez, Aída (2020) Non-professional interpreting. In: Baker & Saldanha (Hg.), 370–375.
- Mayr, Beate (2021). „Im Grunde genommen ist es dieses Dazwischen“: Zum Tod von Sr. Liliane Juchli (1933–2020). *Spiritual Care* 10 (1), 111–111. <https://doi.org/10.1515/spir-care-2020-0135> (Stand: 06.01.2023).

- Mecklenburg, Norbert (2021). Die Interköpfe und die Transköpfe. Interkulturalität und Transkulturalität in kulturtheoretischer und literaturwissenschaftlicher Sicht. In: Engelbrecht & Ociepa (Hg.), 11–27.
- Medizinische Universität (MU) Wien (2023). Transkulturelle Medizin und Diversity Care. <https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/universitaere-weiterbildung/alle-lehrgaenge-und-kurse/transkulturelle-medizin-und-diversity-care/> (Stand: 03.01.2023).
- Mehnert-Theuerkauf, Anja (2022). Migration und Gesundheit. *Forum* 37 (4), 255–257. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01112-5> (Stand: 04.03.2023).
- Menche, Nicole (Hg.) (2019). *Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Elsevier.
- Menz, Florian (2013). Wie viel Kommunikation braucht die Medizin? Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit. In: Kaelin et al. (Hg.), 3–17.
- Modiano, Marko (2022). EU language policy under review. *European journal of language policy* 14 (2), 249–267. <https://doi.org/10.3828/ejlp.2022.14> (Stand: 23.01.2023).
- Moroe, Nomfundo F. & de Andrade, Victor (2018). Hearing children of Deaf parents: Gender and birth order in the delegation of the interpreter role in culturally Deaf families. *African Journal of Disability* 7 (a365), 136–145. <https://ajod.org/index.php/ajod/article/view/365/796> (Stand: 21.05.2023).
- Naumer, Beate & Heilig, Maren (Hg.) (2020). *Praxisleitfaden: Generalistische Pflegeausbildung*. München: Elsevier.
- oesterreich.gv.at (2023). Amtssprache. <https://www.oesterreich.gv.at/lexicon/A/amtssprache.html> (Stand: 20.02.2023).
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2022). Weiterbildung / Spezialisierung. <https://oegkv.at/pflegeberuf/weiterbildung-spezialisierung/> (Stand: 06.01.2023).
- ÖVGD (2023a). Verzeichnis Gerichtsdolmetscher. <https://www.gerichtsdolmetscher.at/Verzeichnis> (Stand: 04.03.2023).
- ÖVGD (2023b). Nützliche Informationen: Gerichtsdolmetscher. <https://www.gerichtsdolmetscher.at/Menu/Nutzliche-Informationen/Gerichtsdolmetscher> (Stand: 01.04.2023).
- ÖVGD (2023c). Anforderungen des Berufs. [https://www.gerichtsdolmetscher.at/Gerichtsdolmetscher/Anforderungen\\_des\\_Berufs](https://www.gerichtsdolmetscher.at/Gerichtsdolmetscher/Anforderungen_des_Berufs) (Stand: 21.05.2023).
- Peters, Tim (2014). Sprache als Wertevermittler. In: Coors et al. (Hg.), 125–138.
- Petrova, Alena (2015). Was ist neu an der neuen Dolmetschart Community Interpreting? State of the Art in deutschsprachigen Ländern. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication* 3, 40–9. <https://doi.org/10.12681/ijltic.54> (Stand: 01.04.2023).
- Pfannstiel, Mario A.; Rasche, Christoph & Mehlich, Harald (Hg.) (2015). *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus – Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.



- Pichler, Erika (2017). Sprachmittler in allen Lebenslagen. Die Presse, 29.09.2017. <https://www.diepresse.com/5294560/sprachmittler-in-allen-lebenslagen> (Stand: 01.04.2023).
- Platter, Judith (2021). Barrierefreie Kommunikation – Aspekte der Professionalisierung im DACH-Raum. In: Pöllabauer & Kadrić (Hg.), 77–109.
- Pöchhacker, Franz & Kadrić, Mira (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *The Translator* 5 (2), 161–178. <https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799039> (Stand: 20.06.2023).
- Pöchhacker, Franz (2013). Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: Kaelin et al. (Hg.), 103–118.
- Pöchhacker, Franz (2015). Modes. In: Pöchhacker (Hg.), 268–269.
- Pöchhacker, Franz (2016). *Introducing interpreting studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz (<sup>3</sup>2022). *Introducing Interpreting Studies*. Abingdon/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz (Hg.) (2015). *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London: Routledge.
- Pöllabauer, Sonja & Kadrić, Mira (Hg.) (2021). *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Pöllabauer, Sonja (2013). Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln. In: Harold (Hg.), 87–89.
- Prunč, Erich (2017). Auf der Suche nach Aschenbrödels Schuh. In: Zupan & Nuč (Hg.), 21–42.
- Purkarthofer, Judith (2021). Spracherleben, Verständigung und Kommunikationsbedarf in multilingualen Kontexten. In: Pöllabauer & Kadrić (Hg.), 49–61.
- Rappold, Elisabeth & Holzweber, Leonie (2019). Die DGKP in der Primärversorgungseinheit: Aufgaben und Rollen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege. *Procure: Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe* 24 (1-2), 20–22. <https://doi.org/10.1007/s00735-019-1021-y> (Stand: 09.12.2022).
- Razum, Oliver & Spallek, Jacob (2015). Migration und Gesundheit. *Public Health Forum* 23 (2), 54–57. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0021> (Stand: 04.03.2023).
- Ruano, M. Martín Rosario (2018). Developing Public Service Translation and Interpreting under the Paradigm of Recognition: Towards Diversity-Sensitive Discourses on Ethics in PSIT. In: Valero-Garcés & Tipton (Hg.), 21-37.
- Ruhaltinger, Josef (2021). Die Zukunft kommt langsam. *Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ* 62 (8-9), 28–30. <https://doi.org/10.1007/s43830-021-0059-x> (Stand: 21.01.2023).

- Russell, Debra (2022). Community Interpreting as a Human Right: Professional Practice. Tradução em revista 2022 (32). <https://doi.org/10.17771/PUCRio.TradRev.59659> (Stand: 09.03.2023).
- Saladin, Peter (Hg.) (<sup>3</sup>2009). *Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Salevsky, Heidemarie (2015). Child language brokering. In: Pöchhacker (Hg.), 48–49.
- Schambortschi, Heike (<sup>7</sup>2019). Kommunikation und Konfliktmanagement. In: Menche (Hg.), 1198–1219.
- Schewior-Popp, Susanne; Sitzmann, Franz & Ullrich, Lothar (Hg.) (<sup>13</sup>2017). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in der Ausbildung*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, Axel (2008). Profession, Professionalität, Professionalisierung. In: Willems (Hg.), 835–864.
- Schmidt-Glenewinkel, Annika (2014). *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion*. Berlin: Frank & Timme.
- Schnepp, Wilfried & Walter, Ilsemarie (Hg.) (2010). *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl*. Wien: Böhlau Verlag.
- Schröter, Frank (2014). Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Aspekte bei der Begutachtung. *Trauma und Berufskrankheit* 16 (1), 26–30. <https://doi.org/10.1007/s10039-013-1959-0> (Stand: 02.04.2023).
- Schütz, Alfred & Luckmann, Thomas (<sup>2</sup>2017). *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Seeh, Manfred (2021). Mehr Geld für Gerichtsdolmetscher? "Der Wille ist da". *Die Presse*, 17.04.2021. [https://www.gerichtsdolmetscher.at/Dokumente/Presse/2021.04.18\\_%C3%96VGD\\_PR\\_Presse\\_Mehr%20Geld%20f%C3%BCr%20Gerichtsdolmetscher\\_Der%20Wille%20ist%20da.pdf](https://www.gerichtsdolmetscher.at/Dokumente/Presse/2021.04.18_%C3%96VGD_PR_Presse_Mehr%20Geld%20f%C3%BCr%20Gerichtsdolmetscher_Der%20Wille%20ist%20da.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Seidl, Elisabeth & Walter, Ilsemarie (2010). Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegepersonen. In: Schnepp & Walter (Hg.), 13–83.
- Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) (2021). Universitätslehrgang Transkulturelle Beratung und Migration. <https://psychologie.sfu.ac.at/de/studium/fort-und-weiterbildung/transkulturelle-beratung-migration/> (Stand: 06.01.2023).
- Sokolovska, Zorana (201). Languages in “the United Nations of Europe”: debating a postwar language policy for Europe. *Language Policy* 16 (4), 461–480. <https://doi.org/10.1007/s10993-016-9417-z> (Stand: 16.03.2023).
- Stadnik, Elena (Hg.) (2016). *Sprachenvielfalt und Mehrsprachigkeit im Unterreicht: Linguistische, sprachdidaktische und bildungswissenschaftliche Beiträge zur sprachlichen Bildung*. Wien: LIT.

- Stadt Wien (o.J.). Ausbildungseinrichtungen für Weiterbildungen in medizinischen Gesundheitsberufen. <https://www.wien.gv.at/arbeitswirtschaft/beruf/medizinisch/ausbildung/weiterbildungen.html#dienst> (Stand: 06.01.2023).
- Stagge, Maya & Habermann, Monika (2015). Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege. In: Zängl (Hg.), 161–175.
- Statista (2023). Anzahl der Asylanträge in Österreich von 2013 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/293189/umfrage/asylantraege-in-oesterreich/> (Stand: 09.05.2023).
- Statistik Austria (2021). Migration & Integration: Zahlen, Daten, Indikatoren. [https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Migration\\_und\\_Integration\\_2021.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Migration_und_Integration_2021.pdf) (Stand: 19.02.2023).
- Statistik Austria (2022). Migrationshintergrund. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund> (Stand: 19.02.2023).
- Statistik Austria (2023). Migrationshintergrund. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund> (Stand: 06.07.2023).
- Straub, Michael (2016). Brauchen Ärzte und Spitäler einen Dolmetscher? *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 57* (2016), 14–15.
- Stuker, Rahel (2007). Professionelles Übersetzen. In: Domenig (Hg.), 221–235.
- Tavares, Aida Isabel & Ferreira, Pedro Lopes (2019). Universal Health Coverage, Long-Term Care, and Funding in an Aging Era. In: Tavares (Hg.), 31–44.
- Tavares, Aida Isabel (Hg.) (2019). *Universal health coverage*. London: IntechOpen.
- Thieme Fachredaktion & Josten, Sabine (2020). Pflege von Menschen unterschiedlicher Kulturen. In: Georg Thieme Verlag (Hg.), 848–857.
- Treiber, Angela; Kazzazi, Kerstin & Jaciuk, Marina (Hg.) (2021). *Migration Übersetzen: Alltags- und Forschungspraktiken des Dolmetschens im Rahmen von Flucht und Migration*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Trevisan, Amina (2020). *Depression und Biographie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Trummer, Ursula & Novak-Zezula, Sonja (2015). Kommunikation als komplexe Dienstleistung zur Qualitätssicherung von medizinischer und pflegerischer Betreuung im Krankenhaus. In: Pfannstiel et al. (Hg.), 223–234.
- Tylor, Edward B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom – Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press.

- UN (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> (Stand: 10.12.2022).
- UNIVERSITAS (2017). Berufs- und Ehrenordnung. [https://www.universitas.org/wp-content/uploads/Berufs-\\_und\\_Ehrenordnung\\_2017\\_final-1.pdf](https://www.universitas.org/wp-content/uploads/Berufs-_und_Ehrenordnung_2017_final-1.pdf) (Stand: 21.05.2023).
- Universität Innsbruck (2019). Curriculum für das Masterstudium Translationswissenschaft. [https://www.uibk.ac.at/fakultaeten-servicestelle/pruefungsreferate/gesamtfassung/ma-translationswissenschaft\\_stand\\_01.10.2019.pdf](https://www.uibk.ac.at/fakultaeten-servicestelle/pruefungsreferate/gesamtfassung/ma-translationswissenschaft_stand_01.10.2019.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Universität Wien (2015). Curriculum für das Masterstudium Translation. [https://transvienna.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/z\\_translationswiss/Studium/Curricula/Curriculum\\_Masterstudium\\_Translation\\_2015.pdf](https://transvienna.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/z_translationswiss/Studium/Curricula/Curriculum_Masterstudium_Translation_2015.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Universität Wien, Postgraduate Center (2023). Dolmetschen für Gerichte und Behörden. [https://www.postgraduatecenter.at/fileadmin/user\\_upload/pgc/1\\_Weiterbildungsprogramme/Behoerden\\_und\\_Gerichtsdolmetschen/Downloads/20230209\\_Folder\\_Dolmetschen\\_ULG-Web.pdf](https://www.postgraduatecenter.at/fileadmin/user_upload/pgc/1_Weiterbildungsprogramme/Behoerden_und_Gerichtsdolmetschen/Downloads/20230209_Folder_Dolmetschen_ULG-Web.pdf) (Stand: 04.03.2023).
- Valero-Garcés, Carmen & Tipton, Rebecca (Hg.) (2018). *Ideology, Ethics and Policy Development in Public Service Interpreting and Translation*. Bristol: Multilingual Matters.
- Vasilyev, Edith (2012). *Wie spricht Österreich? Übersicht über Migrantensprachen in Österreich*. Wien: Österreichischer Integrationsfonds.
- Viljanmaa, Ana (2020). *Professionelle Zuhörkompetenz und Zuhörfilter beim Dialogdolmetschen*. Berlin: Frank & Timme.
- Volksgruppengesetz (VoGrG), BGBl. 396/1976 idF BGBl. I 84/2013.
- von Bose, Alexandra & Terpstra, Jeannette (2012). *Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wehkamp, Karl-Heinz (2014). Interkulturalität im Gesundheitswesen: Organisationsethische Aspekte. In: Coors et al. (Hg.), 81–88.
- Weiss, Susanne (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: BMSGPK.
- WHO & The World Bank (2021). *Tracking Universal Health Coverage: 2021 global monitoring report*. <file:///C:/Users/Sarah/Downloads/9789240040618-eng.pdf> (Stand: 10.12.2022).
- WHO (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Stand: 09.05.2023).
- Willems, Herbert (Hg.) (2008). *Lehr(er)buch Soziologie – Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Windischbauer, Christoph (2016). *Der Dolmetscher im österreichischen Strafverfahren*. Dissertation, Johannes Kepler Universität Linz.

- Wingchen, Jürgen (<sup>3</sup>2014). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe: ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Wulf, Christoph (2020). Transkulturalität. *Bildungsforschung (München)* 2020 (1), 1–13. <https://doi.org/10.25539/bildungsforschun.v1i17.295> (Stand: 14.12.2022).
- Zängl, Peter (Hg.) (2015). *Zukunft der Pflege*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (<sup>2</sup>2007). Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hg.) *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 191–204.
- Zupan, Simon & Nuč, Aleksandra (Hg.) (2017). *Interpreting Studies at the Crossroads of Disciplines*. Berlin: Frank & Timme.

## **Anhang**

### **Interviewleitfaden**

1. Ist es in Ihrem Arbeitsalltag wichtig, eine Beziehung zu den Patient:innen, mit denen Sie arbeiten, aufzubauen?  
Welche Rolle spielt Kommunikation in Ihrem Arbeitsalltag im Umgang mit Patient:innen?
2. Haben/Hatten kulturelle Unterschiede zwischen Ihnen und den Patient:innen einen Einfluss auf den Aufbau einer Pflegebeziehung?  
Gab es Situationen in Ihrem Arbeitsalltag, in denen Sie kulturelle Unterschiede zwischen Ihnen und Patient:innen bemerkt haben?  
Hatte das einen Einfluss auf Ihren Umgang/die Kommunikation mit diesen Patient:innen?
3. Haben Sprachbarrieren einen Einfluss auf den Aufbau einer Pflegebeziehung?  
Gab es Situationen in Ihrem Arbeitsalltag, in denen es zu Sprachbarrieren zwischen Ihnen und Patient:innen kam?  
Welchen Einfluss hatte das auf die Kommunikation?
4. Wie wird in Ihrem Krankenhaus der Umgang mit Sprachbarrieren gehandhabt?  
Gibt es zB. irgendwelche Vorgaben, in welchen Situationen Dolmetscher:innen beigezogen werden?
5. In welchem Bereich dieses Krankenhauses sind Sie tätig? (Ambulanz/Station, welcher Bereich)
6. In welchen Situationen kommunizieren Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit Patient:innen?  
Was sind Inhalte der Gespräche? (zB. Empfang, Anweisungen, Erklärungen/Informationen, Aufklärung zu Behandlungsmaßnahmen usw.)
7. Wie gehen Sie mit Sprachbarrieren in den jeweiligen Situationen um, wenn Sie keine Unterstützung (zB. Dolmetscher:innen, mehrsprachige Kolleg:innen etc.) zur Verfügung haben?
8. Haben Sie Erfahrung in der Arbeit mit professionellen Dolmetscher:innen?  
Stehen für die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen professionelle Dolmetscher:innen zur Verfügung? In welchen Situationen?
9. Gibt es außer professionellen Dolmetscher:innen sonstige Personen, die für Sie gedolmetscht haben? (zB. Familie, mehrsprachiges Personal)

10. Sind Sie selbst mehrsprachig? Wenn ja, welche Sprachen sprechen Sie? Und, hat das einen Einfluss auf die Kommunikation bzw. Betreuung von Patient:innen deren Sprache Sie sprechen?  
Haben Sie selbst schon einmal für Kolleg:innen, Ärzt:innen gedolmetscht?
11. Welche Rolle spielt Körpersprache für Sie in der Kommunikation mit Patient:innen generell, aber vor allem in der Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen?
12. Gibt es Situationen, in denen Sie aus irgendeinen Gründen (zB. keine Dolmetscher:innen verfügbar, Zeitdruck etc.) gar nicht aktiv mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen kommunizieren können (verbal/non-verbal)?
13. Welchen Einfluss hat die Anwesenheit von Dolmetscher:innen auf Gesprächssituationen? Macht es für Sie einen Unterschied, ob ein:e professionelle:r Dolmetscher:in dolmetscht oder Familienmitglieder/mehrsprachige:r Kolleg:in?
14. Wann haben Sie Ihre Pflegeausbildung absolviert?
15. Waren Transkulturalität und der Umgang mit Sprachbarrieren Inhalt Ihrer Pflegeausbildung?
16. Haben Sie, seit Sie als Pflegekraft tätig sind, Schulungen/Fortbildungen/o.Ä. absolviert, die Sie als Pflegekraft für den Umgang mit kulturellen Unterschieden und sprachlichen Barrieren sensibilisieren und schulen sollten, bzw. gibt es solche Möglichkeiten für Fortbildungen?
17. Haben Sie das Gefühl, dass der Pflegekräftemangel generell einen Einfluss auf Ihren Arbeitsalltag hat?  
Haben Sie das Gefühl, dass der Pflegekräftemangel einen Einfluss auf Ihre Arbeit mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen hat?

## Transkripte

Anmerkung: Die folgenden Transkripte wurden nachträglich bearbeitet, um Informationen, die die Interviewpartner:innen im Nachhinein doch nicht teilen wollten unkenntlich zu machen. Auf Aufforderung der für die befragten Pflegekräfte zuständigen Pflegedirektion wurden außerdem alle Hinweise auf die Identitäten der Befragten sowie auf das Krankenhaus, in dem die Interviews stattgefunden haben, anonymisiert.

### Interview 1

Interviewpartner:in: IP1

Datum der Aufnahme: 06.09.2023

Dauer: 00:30:54

- 1 I: Hallo. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben für dieses Interview. Ganz kurz zuerst,  
2 ich werde dieses Interview aufzeichnen, ist das in Ordnung?  
3 IP: Ja, das passt.  
4 I: Alles klar. Also, dann starten wir gleich mit der ersten Frage. Sie sind Pflegekraft - in welchem Bereich sind Sie tätig?  
5  
6 IP: Ich bin in der Lungenambulanz, Schlaflabor, Kinderambulanz und Hautambulanz tätig.  
7 I: Ok, also im ambulanten Bereich. Ist es in Ihrem Arbeitsalltag wichtig, eine Beziehung zu den  
8 Patienten oder Patientinnen aufzubauen, mit denen Sie in Kontakt kommen?  
9 IP: Ja, ist schon sehr wichtig.  
10 I: Also, haben Sie auch regelmäßigen, oder zum Teil auch öfter Kontakt mit den gleichen Personen?  
11  
12 IP: Ja, Patienten werden ja auch kontrolliert und haben immer wieder neue Termine. Speziell die onkologischen haben ihre regelmäßigen Blutabnahmen.  
13 I: Ok. Und welche Rolle spielt jetzt Kommunikation in Ihrem Arbeitsalltag und im Umgang mit den Patient:innen.  
14  
15 IP: Welche Rolle... Ja, es ist für mich schon wichtig, dass die Patient:innen das Gefühl haben, sie kommen da wo hin, wo sie gut aufgehoben sind und wo sie verstanden werden. Und es ist einfach eine wichtige Brücke zwischen Patient und Arzt, also sind wir Pflegekräfte.  
16 I: Also Sie kommunizieren auch viel verbal mit den Patient:innen?  
17  
18 IP: Ja. In der Lungenambulanz muss man ihnen erklären, wie die Lungenfunktion funktioniert. Wir haben auch andere Messgeräte, zum Beispiel das Schlaflabor braucht sehr viel Erklärung. Die Handhabung, die Gründe, warum man es verordnet.  
19 I: Dann bleiben wir vielleicht gleich bei dem Arbeitsbereich. Also Sie haben gesagt, es gibt schon viele Situationen, in denen Sie direkt mit den Patient:innen kommunizieren. Wie ist das dann, wenn Sie auf Sprachbarrieren stoßen? Wenn Sie jetzt keine Unterstützung, zB. durch Dolmetscher:innen haben. Wie gehen Sie damit um?  
20  
21 IP: Wie gehe ich damit um? Zuerst probiere ich ob mein Vis-à-vis ein bisschen Englischkenntnisse hat. Dann deutet man mit Händen und Füßen. Wenn man dann merkt, das kommt auch nicht an, dann zücke ich meistens mein Handy und stelle auf Übersetzer, zum Beispiel Deutsch - Arabisch oder Farsi oder was auch immer. Dann kommt man vielleicht darauf, der kann das  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30



31 ja gar nicht lesen. Dann wird es ganz schwierig. Und dann, je nachdem, wie wichtig das ist,  
32 dass mein Vis-à-vis das jetzt ganz genau weiß, muss man dann wirklich zurückgreifen auf einen  
33 Videodolmetscher und hat halt ein ungutes Gefühl, weil man weiß, er wird das schon hoffent-  
34 lich verstehen, was man mit ihm tun will, aber es macht nicht glücklich, wenn man das Gefühl  
35 hat, er hat das jetzt nicht ganz genau verstanden, warum.

36 I: Hat das dann auch, wenn Sie das Gefühl haben, es gibt da Sprachbarrieren, es hat einen Ein-  
37 fluss darauf, ob Sie eine Beziehung zu der Person aufbauen können? Wenn Sie die Person auch  
38 öfter vielleicht wieder treffen, zu Kontrollterminen oder so.

39 IP: Ja, schon. Gestern zum Beispiel habe ich einen unserer Patienten aus dem ehemaligen Ju-  
40 goslavien gehabt. Der kommt immer wieder - lebt sicher schon ewig da, kann aber immer noch  
41 nicht wirklich Deutsch. Und dann habe ich ihn in einer anderen Ambulanz wiedergetroffen, und  
42 dann sieht er mich und sagt "Ja hallo!" und hat sich wirklich gefreut. Und ich habe mich dann  
43 auch gefreut.

44 I: Aber, warum hat er sich, glauben Sie, sich so gefreut?

45 IP: Ja, weil ich mich halt trotzdem immer bemüht habe, dass ich ihn involviere in das Ganze.

46 I: Also, die Bemühungen zur Kommunikation haben einen Einfluss?

47 IP: Ja, genau. Wenn der merkt, er wird wertgeschätzt als Mensch und nicht nur als Patient,  
48 keine Ahnung.

49 I: Ok, es geht ums Zwischenmenschliche, zum Beziehungsaufbau. Also hier spielt Kommuni-  
50 kation eine wichtige Rolle. Sind Sie auch schon in Situationen gewesen, wo Sie auf kulturelle  
51 Unterschiede gestoßen sind, zwischen Ihnen und Patient:innen?

52 IP: Kulturelle Unterschiede [überlegt]. Das ist jetzt gemein, da hätte ich vorher drüber nach-  
53 denken müssen. [lacht] Ja, natürlich kommt man auf das! Da war eine Situation einmal auf der  
54 Hautambulanz. Da war einmal eine Muslima, geflüchtet, offensichtlich Schlimmes erlebt. Und  
55 dann hat sie zum Hautarzt hineinmüssen und der Hautarzt hätte sich quasi ihre Haut ansehen  
56 müssen. Und man hat richtig gemerkt, wie die Frau zusammenzuckt. Sich da entblößen vor  
57 einem Mann, da hat man richtig gespürt, wie die arm die da ist. Also das fällt mir jetzt spontan  
58 ein.

59 I: Mhm.

60 IP: Und noch etwas war, wir haben da immer die TB<sup>2</sup>-Untersuchungen, die [Patient:innen]  
61 kommen vom [Flüchtlings-]Lager Thalheim und müssen ein Sputum<sup>3</sup> abgeben zur Analyse, ob  
62 sie eine offene TB haben oder ob sie eh nichts haben. Und ich habe mir das angewöhnt, dass  
63 ich dann zu denen noch hingeh, ob er mich jetzt versteht oder nicht, und biete ihm ein Wasser  
64 an, oder ein Stück Schokolade, oder manchmal habe ich eine eigene Jause mit, ein Stück Obst  
65 oder so, dass ich ihm dann bringe. Und dann war da gerade Ramadan und der hat nichts essen  
66 und trinken dürfen. Und der ist aber da drinnen gesessen und war eigentlich schwach und ei-  
67 gentlich total arm. Ja. Da habe ich mir gedacht, ok, scheid Ramadan. Entschuldigung.

68 I: Ok, also ist es dann auch schwieriger für Sie, mit den Personen umzugehen, wenn Sie merken,  
69 da sind jetzt irgendwelche Unterschiede?

70 IP: Von Patientenseite her?

71 I: Von Ihrer Seite her. Also, wie Sie mit dem umgehen, mit der Situation?

72 IP: Ja, also in dem Fall habe ich es einfach nicht wirklich verstanden. Religion hin und Religion  
73 her, ein kranker Mensch, das verträgt sich für mich irgendwie nicht. Aber ich steh da drüber.  
74 Und was war noch, jetzt wäre mir gerade noch etwas eingefallen [überlegt]. Nein, egal, viel-  
75 leicht fällt es mir wieder ein.

76 I: Ok. Dann kommen wir noch einmal zurück zur Sprache. Zuerst vielleicht beginnen wir im  
77 Krankenhaus. Gibt es da irgendwelche allgemeinen Vorgaben, wie mit Sprachbarrieren

---

<sup>2</sup> Tuberkulose

<sup>3</sup> Auswurf, schleimiges Sekret, das aus den Bronchien ausgehustet wird und als Probe für Tuberkuloseuntersuchungen benötigt wird

78 umgegangen wird, wie das gehandhabt wird. Zum Beispiel irgendwelche Vorgaben, in welchen  
79 Situationen ein Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zugezogen werden muss, oder derglei-  
80 chen.

81 IP: Naja, wenn es um wichtige Diagnosestellungen geht, wo man Hintergründe erfragen muss  
82 und Vorgeschichte der Erkrankung, da ist es schon von Bedeutung, wenn keine Begleitperson  
83 dabei ist, die der deutschen Sprache mächtig ist, ist es schon wichtig, dass man da nach einer  
84 wirklich fundierten Übersetzung sucht.

85 I: Ok, aber das heißt, wären da Angehörige dabei, die dolmetschen könnten, dann würde das  
86 auch ausreichen?

87 IP: [zögerlich] Das würde ausreichen, manchmal mit einem großen Fragezeichen. Speziell,  
88 wenn jetzt Väter für ihre Töchter dolmetschen, bin ich mir nicht ganz sicher, ob die das so  
89 übersetzen, [überlegt] ich weiß nicht, wie ich sagen soll. Ob die das nicht ein bisschen frei  
90 übersetzt der Tochter weitergeben oder in den Mund legen, weil sie sind irgendwie die Patriar-  
91 chen. Und ob das von religiöser Seite... [überlegt]

92 I: Also es geht um inhaltliche Korrektheit?

93 IP: Ja, genau. Also, was in dieser Kultur vielleicht verpönt ist, zu benennen. Ob das dann ganz  
94 1:1 übersetzt wird.

95 I: Ok, also das wären dann ja eher Arztgespräche, was Sie jetzt gemeint haben, mit Diagnose-  
96 stellungen?

97 IP: Ja, natürlich.

98 I: Aber stehen dann Dolmetscher:innen auch Ihnen in Ihrer direkten Arbeit, wo wirklich Sie  
99 kommunizieren zu Verfügung?

100 IP: [überlegt] Es gibt Dolmetscher, teilweise unter dem Putzpersonal. Manche nehmen einen  
101 vereidigten Dolmetscher irgendwie mit von zuhause, also einen privaten.

102 I: Aber geht das dann von den Patient:innen aus?

103 IP: Ja.

104 I: Ok, also Sie haben dann auch persönliche Erfahrung eigentlich in der Arbeit mit Dolmet-  
105 scher:innen?

106 IP: Ja, schon.

107 I: Ok. Gibt es bzw. wissen Sie das - oder vielleicht anders gefragt: wie häufig sind das dann  
108 Dolmetscher:innen, die womöglich eine Ausbildung oder Schulung in dem Bereich Dolmet-  
109 schen haben?

110 IP: Selten. Selten, weil meistens nehmen Sie wen mit, die auch im Lager wohnen, oder noch  
111 im Asylstatus sind, die halt schon lange da sind und mittlerweile gut Deutsch können. Das sind  
112 oft, habe ich oft das Gefühl Freunde aus dem Wohnheim. Oder, mittlerweile gibt es auch schon  
113 viele fremdsprachige, auch arabischsprechende oder türkischsprechende Ärztinnen oder Ärzte,  
114 die wir dann notfalls beiziehen. Oder wirklich, es gibt schon ein paar Dolmetscher:innen und  
115 Dolmetscher, die - wir sagen manchmal schon, wenn wir wissen, der kann nicht Deutsch, "Bitte  
116 nächstes Mal mit Dolmetscher schicken" und dann gibt es auch welche, die auch wirklich Dol-  
117 metscher sind. Aber das ist nicht die Regel. So haben wir halt das Gefühl, das sind oft Fami-  
118 lienangehörige oder Freunde. Oder man sucht sich eben wen im Haus. Die kriegen auch Geld  
119 dafür, weil da wird dann ein Formular ausgefüllt für Dolmetschtätigkeiten. Und wenn gar nie-  
120 mand aufzutreiben ist, weil die Sprache einfach selten ist, oder grad niemand aufzutreiben ist,  
121 dann gibt es immer den Videodolmetscher.

122 I: Ok, das heißt die Videodolmetscher wären dann eigentlich auch professionellere Dolmetscher  
123 und Dolmetscher:innen?

124 IP: Ja, da holst du dir einen Computer, dann kannst du die Sprache anwählen und dann rufst du  
125 den an. Und dann meldet sich halt irgendwer von daheim aus dem Wohnzimmer und dann  
126 kannst du halt Videodolmetschen.

127 I: Sind Sie selbst mehrsprachig, und wenn ja, welche Sprachen sprechen Sie?

128 IP: Also außer meiner Muttersprache so recht und schlecht Englisch. Wenn Rumänen kommen  
129 begrüße ich sie sehr freundlich auf Rumänisch. [lacht] Da freuen sie sich immer recht, aber das  
130 ist minimal.

131 I: Und haben die Englischkenntnisse, zumindest, aber vielleicht sogar das wenige Rumänisch  
132 einen Einfluss auf die Kommunikation bzw. Betreuung?

133 IP: Ja, die freuen sich furchtbar. Die sind dann gleich viel offener. Da hat man das Gefühl  
134 "Wow, das-" [überlegt] Man hat das Gefühl, die fühlen sich dadurch aufgewertet, oder ernstge-  
135 nommener, weil die kommen da quasi an und sehen, ok da bemüht sich wer um meine Sprache,  
136 obwohl man ja von ihnen erwartet, dass sie Deutsch können. Aber es ist ein bisschen Begeg-  
137 nung auf Augenhöhe, finde ich. Und dann sind sie halt offener.

138 I: Auch mit Englisch jetzt zum Beispiel?

139 IP: Ja, auch mit Englisch. Natürlich, wenn man sich bemüht... Es ist beidseitiger Gewinn, weil  
140 er merkt, ok, ich kann mich ausdrücken. Und selber freut man sich auch, weil man was erfährt,  
141 nicht?

142 I: Also, es verbessert auf jeden Fall die Kommunikation und Betreuung?

143 IP: Unbedingt, ja.

144 I: Ok. Es ist vielleicht ein bisschen unwahrscheinlicher, aber mit Englisch, waren Sie jemals in  
145 einer Situation, wo Sie Ihr Englisch genutzt haben, um für jemand anderen zu Dolmetschen?

146 IP: Ob ich das genützt habe. [überlegt] Fällt mir jetzt spontan nichts ein. Für jemanden anderen  
147 Dolmetschen, nein. Ich glaube, da reicht es auch nicht wirklich aus.

148 I: Ok, gut. Sie haben vorher auch kurz schon angesprochen, wenn es gar nicht geht, verbal zu  
149 kommunizieren, welche Rolle spielt Körpersprache für Sie? In der Kommunikation mit Pati-  
150 ent:innen generell, aber halt vor allem mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen?

151 IP: [überlegt] Vor allem mit nicht-deutschsprachigen... Körpersprache...

152 I: Ja, also haben Sie das Gefühl, Körpersprache spielt generell eine Rolle in Ihrem Beruf? Und  
153 vor allem in Anbetracht dessen, wenn jetzt die Patient:innen nicht Deutsch sprechen.

154 IP: Oh ja. Ja, unbedingt. Erstens ist schon einmal wichtig, ob ich ein freundliches Gesicht mache  
155 oder [macht ein unfreundliches Gesicht] ein 'Ma-geht-mich-das-an'-Gesicht. Das ist schon ein-  
156 mal. Und dann kann man ja - wir müssen ja Blut abnehmen, das kann man ja alles deuten, nicht?  
157 Und wenn man merkt, der hat Angst, dass man den dann berührt, und sagt, weiß nicht - auch  
158 der Tonfall, glaube ich, macht auch etwas aus. "Alles gut" [zu sagen] und so. Ich glaube schon.  
159 Weil, ob ich jetzt Mitgefühl körperlich ausdrücke, oder mir denke, "Ist eh egal, das muss jetzt  
160 sein", das macht schon einen Unterschied.

161 I: Ich verstehe, ok. Also Körpersprache ist ein zusätzliches Mittel zur Kommunikation.

162 IP: Ja.

163 I: Und Sie haben aber auch gemeint, manchmal geht es gar nicht, dass man sich wirklich ver-  
164 ständlich macht, und dann kann es auch sein, dass man auch einfach wirklich gar nicht kom-  
165 muniziert. Zum Beispiel wenn die Materie zu schwierig ist oder aus Zeitdruck, passiert das  
166 dann, dass man darauf verzichtet, zu kommunizieren?

167 IP: Ja, der Zeitdruck spielt eine große Rolle, weil wenn man weiß, es warten noch 5 [Patient:in-  
168 nen] draußen, und irgendwie sollte man das noch machen und das auch noch, und das wird aber  
169 eine komplizierte Geschichte, dann neigt man schon dazu, dass man das ein bisschen abkürzt,  
170 ist eh klar. Und dann zeigt man halt, wenn er es gar nicht versteht [gestikuliert; zeigt auf Venen]  
171 "Blut brauchen wir jetzt" und ja.

172 I: Beeinflusst das dann auch - also die Kommunikation auf jeden Fall - aber auch das gegensei-  
173 tige Verständnis, aber auch die Beziehung?

174 IP: Ja, klar. Der hat gar nicht die Chance, dass er sich irgendwie wohlfühlt. Also, wohl fühlt  
175 sich eh keiner, der ins Krankenhaus muss und vielleicht auch noch etwas Blödes hat. Aber es  
176 macht es halt nicht besser, wenn ich das nicht einmal ausdrücken kann. Oder wenn ich nicht  
177 sagen kann, "das habe ich jetzt ganz akut" oder "das habe ich eh schon 3 Monate" oder so. Und  
178 dann sitzen sie da und warten auf das Ergebnis und dann dauert das unendlich lang und sie

179 können nicht einmal fragen, warum das jetzt so lang dauert, oder ob es vielleicht etwas Schlim-  
180 mes ist. Die sind ja eh angstbehaftet und das verschärft halt für sie das noch mehr. Und mich  
181 macht es halt dann auch unglücklich, weil ich mir dann denke, wie soll der jetzt wissen was los  
182 ist, und er hat eh Angst und jetzt hat gar niemand wirklich die Zeit, dass ihm jemand was erklärt,  
183 dass einfach die Untersuchung so lang dauert, oder sagt, dass es schon gut gehen wird, oder  
184 irgendwie.

185 I: Und in solchen Situationen, sind da auch Sie dann auch die direktere Ansprechperson für die  
186 Patient:innen, also auch zwischenzeitlich?

187 IP: Ja, ich muss auch schauen, dass es im Wartebereich allen gut geht.

188 I: Ok, also gar nicht zu kommunizieren und nur mit Körpersprache zu kommunizieren hat einen  
189 Einfluss auf die Kommunikationssituation oder auf den Aufbau einer Beziehung vielleicht auch  
190 zu den Patient:innen.

191 IP: Ja.

192 I: Jetzt der Einsatz von Dolmetscher:innen, egal ob professionell oder Laiendolmetscher:innen,  
193 Familienmitglieder, mehrsprachiges Personal, hat das einen Einfluss auf die Gesprächssitua-  
194 tion? Ob jetzt jemand dolmetscht, anstatt direkter Kommunikation?

195 IP: Insofern, weil man ja nicht weiß, wie der Dolmetscher jetzt wirklich genau zu dem steht.  
196 Und ob der Patient sich vor dem jetzt wirklich alles sagen traut. Weil es gibt ja intime Geschich-  
197 ten, oder der traut oder will vor dem vielleicht nicht alles ausbreiten, was aber vielleicht wichtig  
198 wäre für die Diagnose. Das kann schwierig sein. Da ist vielleicht noch besser, ein ganz Frem-  
199 der, als zum Beispiel ein Angehöriger oder einer aus dem Lager oder so. Ein Kollege, quasi. Es  
200 gibt einfach Dinge, die willst du nicht jedem erzählen, und jetzt ist aber der Einzige, der gerade  
201 dolmetschen kann und dem muss er das jetzt erzählen.

202 I: Also, meinen Sie, es ist oft besser jemanden zu nehmen, der die Person, die Patient:innen gar  
203 nicht kennt?

204 IP: Finde ich schon, weil er sich vielleicht leichter tut. Weil, der geht wieder, der ist anonym,  
205 der geht wieder und den trifft er vielleicht nie wieder. Aber wenn das jetzt einer ist, den er kennt  
206 und muss da jetzt irgendwas ausbreiten, was er vielleicht gar nicht sagen möchte, schwierig.

207 I: Und macht das für Sie dann auch einen Unterschied, ob das jetzt ein professioneller Dolmet-  
208 scher ist, egal ob der jetzt vor Ort ist oder per Video zugeschaltet, oder ob das jemand ist, der  
209 das so macht, weil er zwei Sprachen spricht?

210 IP: Mhm [überlegt]... Ich glaube, es ist einfach leichter, wenn es jemand ist, der ganz objektiv  
211 wäre. Dann muss man noch dazu sagen, im medizinischen Bereich ist das ja so, auch wenn da  
212 jetzt ein Videodolmetscher sitzt oder irgendwer fremder, dass ja diese die medizinischen Zu-  
213 sammenhänge nicht kennen können, und dass da vielleicht auch etwas - oder die vielleicht sel-  
214 ber noch nicht perfekt Deutsch können. Weil da machen so kleine Wörter wie "kein" oder "biss-  
215 chen" oder so einen Unterschied in der Aussage.

216 I: Und fühlen Sie sich da von Personen, wo Sie jetzt davon ausgehen, dass Sie da vielleicht eine  
217 Ausbildung als Dolmetscher:in haben, besser aufgehoben?

218 IP: Ja, sicher, weil, ich meine, Intelligenzen allen Ehren. Es kann auch jemand, den er vom  
219 Lager mitnimmt oder so ein gescheiter Mensch sein. aber mehr Hintergründe hat sicher jemand  
220 der das irgendwie studiert hat. Der hat vielleicht auch Latein im Hinterkopf oder so und der  
221 kann das sicher fachspezifischer übersetzen, als wenn ich meinen Nachbar hole, der irgendein  
222 Handwerker war. Der kann das nicht wissen oder so gut übersetzen. Der interpretiert vielleicht  
223 seine eigene Vorstellung hinein, oder was er darunter versteht. Wenn es um etwas wirklich  
224 Wichtiges geht, also das ist sehr kompliziert.

225 I: Aber ist eher nicht die Regel, haben Sie gesagt, dass da wirklich jemand, der das Training  
226 dazu hat, zugezogen wird?

227 IP: Nein. Also in meinem Bereich halt nicht. Videodolmetscher oder jemand, der von daheim  
228 mitkommt, oder Familienmitglieder. Manchmal übersetzen sogar kleine Kinder, weil die im  
229 Kindergarten oder in der Schule schon Deutsch gelernt haben. Und, woher sollen die das

230 wissen, nicht? Die übersetzen jetzt für die Mama, weil die Mama gar nichts versteht. Das ist  
231 [schüttelt Kopf] sehr schwierig.

232 I: Ok, gut, dann gehen wir vielleicht gleich weiter, in eine ein bisschen andere Richtung wieder.  
233 Ihre Pflegeausbildung, wann haben Sie die absolviert?

234 IP: Maria! 1978 bis 1981.

235 I: Ok, falls Sie sich noch erinnern können, haben Sie irgendwas im Kopf, war Transkulturalität  
236 und der Umgang mit Sprachbarrieren in irgendeiner Weise da schon Inhalt der Pflegeausbil-  
237 dung? Wurde das in irgendeiner Weise thematisiert?

238 IP: Nein, absolut nicht. War kein Thema. Damals hat es gegeben in Österreicher, Türken und  
239 Jugoslawen.

240 I: Ist das Thema Ihrer Meinung nach relevanter geworden seither?

241 IP: Auf jeden Fall. Ist ja, ich meine, kann mich gar nicht erinnern, dass es damals irgendwelche  
242 Flüchtlingslager oder so gegeben hätte, nein!

243 I: Würden Sie es relevant finden, dass so etwas auch vermittelt wird, in der Ausbildung?

244 IP: Ja, sicher.

245 I: Ok. Gibt es sowas wie Schulungen oder Fortbildungen oder dergleichen, die man machen  
246 kann, zum dem Thema 'Umgang mit kulturellen Unterschieden'?

247 IP: Ja! Habe ich sogar schon einmal gemacht! Interkulturelle Kommunikation, da habe ich ein-  
248 mal eine Schulung gemacht.

249 I: Was waren da so die Inhalte?

250 IP: Ja, da ist es eh genau um das gegangen, dass eben .... - Ja, da ist es haarscharf um das  
251 gegangen! Nämlich, dass zum Beispiel Töchter, wo die Väter mitkommen, dass da die Über-  
252 setzung nicht sehr glaubwürdig ist. Dann kann es sogar sein, dass Patienten Medikamente ver-  
253 ordnet bekommen, wo die Kapseln einfach tierische Gelatine oder so beinhalten, die bekommt  
254 sie zwar verordnet aber dann kommen sie wieder und dann ist nichts besser geworden und dann  
255 kommt man darauf, die haben das gar nicht geschluckt, weil der Vater das verboten hat, weil  
256 das tierisch ist oder so.

257 I: Also das wären religiöse Gründe?

258 IP: Ja, genau. Das trauen sich die Leute im Spital aber gar nicht sagen. Und daheim innerhalb  
259 der Familie, im Klan ist das dann tabu, dass sie das machen und ja. Und das war da auch Thema  
260 in der Schulung, und das kann man schon beobachten.

261 I: Und sind solche Schulungen verpflichtend, oder ist das freiwillig nach Interesse?

262 IP: Das ist nach Interesse. Es sind Fortbildungsstunden vorgeschrieben und das macht man nach  
263 Interessen.

264 I: Na gut. Dann kommen wir eh schon zum Ende fast. Vielleicht noch ein aktuelleres Thema:  
265 der Pflegekräftemangel. Haben Sie das Gefühl generell, dass das einen Einfluss auf Ihre Arbeit  
266 hat?

267 IP: Der Pflegekräftemangel? Also im Lungenbereich in der Ambulanz weniger, auf der Station  
268 ist es ein sehr sehr großes Thema. Sehr schwierig. Und es ist natürlich sowieso die Zeit für den  
269 Patienten schon knapp. Und wenn jetzt jemand spezielle Bedürfnisse hat, weil er die Sprache  
270 nicht versteht, natürlich noch viel mehr. Und ja, und im Kinderambulanzbereich ist es auch  
271 schwierig, also da hat es von der Pflegerischen Seite weniger Konsequenz, sage ich mal, weil  
272 Blutabnahmen und so, das macht eigentlich der Arzt, und das Assistieren und so, das ist jetzt  
273 nicht so schwierig. Auf der Lungenstation merke ich es schon, Schlaflabor dasselbe, also der  
274 Mangel ist schon spürbar.

275 I: Jetzt auch im Bezug wieder auf nicht-deutschsprachige Patient:innen, merken Sie, dass es  
276 auch vielleicht speziell dort einen Einfluss auf die Patient:innen hat? Wir haben vorher kurz  
277 über Zeitdruck gesprochen, ist das etwas das damit einhergeht vielleicht?

278 IP: Jetzt bin ich ein bisschen weg mit den Gedanken, können Sie die Frage vielleicht noch  
279 einmal wiederholen?

280 I: Also Einfluss auf Ihren Arbeitsalltag hat der Pflegekräftemangel auf jeden Fall.

281 IP: Ja, natürlich.  
282 I: Ein bisschen spezifischer, hat es auch einen Einfluss auf Ihre Arbeit mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen, falls man das so formulieren kann?  
283 IP: Ja, natürlich. Weil wenn ich jetzt mehr Zeit habe, dann kann ich auf den eingehen. Dann  
284 werde ich auch mehr erfahren, dann öffnet sich der wahrscheinlich mehr. [denkt nach] Das geht  
285 unter. Es geht viel unter, sage ich einmal, weil man eh die Zeit nicht hat. Und speziell bei  
286 Menschen, die es dann gar nicht probieren, dass sie sich irgendwie ausdrücken, weil sie wissen,  
287 es versteht mich eh keiner, oder wenn sie nicht gleich verstehen, werden sie [die Pflegekräfte]  
288 vielleicht unwirsch, weil sie so einen Zeitdruck haben, ja...  
289 I: Gut, also ich habe Ihnen das jetzt ein bisschen in den Mund gelegt, aber würden Sie sagen,  
290 dass Zeitdruck da ein Hauptfaktor ist?  
291 IP: Nein, das ist ein großer [Faktor]. Und natürlich, sind auch nicht alle - also, ich bin mir sicher,  
292 dass meine Berufskolleginnen alle ihre Arbeit gewissenhaft machen, aber natürlich sind auch  
293 nicht alle voll begeistert von ausländischen Patienten. Ja, es ist - manche können ja Deutsch,  
294 irgendwie, aber ein furchtbares Deutsch, so dass man auch nichts versteht. Und das ist dann  
295 schon oft so - bei manchen merke ich es, die werden dann schon ein wenig "narrisch" unter  
296 Anführungszeichen. Und du sagst was, und die geben dir eine ganz andere Antwort, und du  
297 hast trotzdem das Gefühl, die haben dich einfach nicht verstanden. Und wenn du jetzt genug  
298 Zeit hast und Personal hast, dann steckst du das vielleicht anders weg und bist geduldiger. [sucht  
299 nach Worten] Also fallen sie quasi zwei Mal unter den Tisch.  
300 I: Ok, verstehe. Damit wäre ich am Ende meiner Fragen. Gibt es noch irgendwas, was Ihnen  
301 noch eingefallen ist, was Sie noch loswerden möchten oder teilen möchten? Ansonsten wäre es  
302 das von meiner Seite.  
303 IP: Dass sich ganz viele Menschen melden und in den Pflegeberuf gehen. Ich mache eh viel  
304 Werbung. Ich mache bei den Kindern schon Werbung, wenn ich frage, was sie einmal werden  
305 möchten, und sagen "ich weiß nicht", dann sage ich "du wirst sicher einmal eine Krankenschwester". [lacht] Damit sie es schon einmal im Kopf gehabt haben.  
306 I: Da bin ich leider nicht die richtige Ansprechperson, für die Werbung. Aber trotzdem danke  
307 für die Mithilfe.  
308 IP: Gerne, viel Erfolg.  
309 I: Danke.

## Interview 2

Interviewpartner:in: IP2

Datum der Aufnahme: 27.09.2023

Dauer: 00:28:53

- 1 I: Hallo, danke, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Kurz, vorweg: Ich werde  
2 dieses Interview aufzeichnen. Ist das für Sie ok?
- 3 IP: Ja, das ist in Ordnung für mich.
- 4 I: Perfekt. Gut, ganz zuerst, in welchem Bereich sind Sie tätig?
- 5 IP: Ich bin Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Ich habe damals mein Studium pa-  
6 rallel gemacht zu einem Bachelorstudium für Pflegewissenschaft und bin jetzt auch als solcher  
7 tätig in einem Krankenhaus, das der Akutversorgung zugeordnet ist.
- 8 I: Wie lang ist die Pflegeausbildung bei Ihnen her?
- 9 IP: Ich bin jetzt ein bisschen über dreieinhalb Jahre fertig graduiert mit meinem Bachelorstu-  
10 dium und seitdem jetzt auch tätig, eben auf einer Intensivstation der Kategorie 3 im Spital.
- 11 I: Ok, Intensivstation, das beeinflusst vielleicht die erste Frage schon ein bisschen. Ähm, spielt  
12 es in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle, eine Beziehung zu Ihren Patient:innen aufzubauen?
- 13 IP: Definitiv. Also, wir sind eben eine anästhesiologische Intensivstation der Kategorie 3.  
14 Sprich: das invasivste, das in der Versorgung von schwersterkrankten und schwerstverletzten  
15 Patientinnen und Patienten möglich ist. Ähm, und da ist es natürlich nicht alltäglich, dass wir  
16 mit all unseren Patienten und Patientinnen auch wirklich kommunizieren können verbal, weil  
17 einfach oft die Therapie oder die Schwere der Erkrankung oder der Verletzung bedingt, dass  
18 Patienten und Patientinnen intubiert sind, weil sie Unterstützung, sei es der Lunge oder anderer  
19 Organfunktionen, benötigen und da natürlich dann die Kommunikation schon auch einge-  
20 schränkt ist. Beziehungsweise wir müssen mit anderen Dingen versuchen mit unseren Patien-  
21 tinnen und Patienten zu kommunizieren, weil ja trotzdem ein Schmerzassessment etc. auch im  
22 Tiefschlaf oder auch bei einem Patienten, der eben sediert ist, eine Rolle spielt, weil auch in  
23 diesem Zustand wir auf keinen Fall möchten, dass Patientinnen und Patienten Schmerzen ha-  
24 ben. Oder irgendwelche anderen Bedürfnisse, die wir so nicht mitbekommen, beziehungsweise  
25 nicht mit Diagnostik, Blutuntersuchung et cetera feststellen können.
- 26 I: Mhm, ok, also Kommunikation generell spielt eine wichtige Rolle im Arbeitsalltag?
- 27 IP: Definitiv, einerseits natürlich eben mit unseren Patientinnen und Patienten, die im Mittel-  
28 punkt stehen. Aber ganz klar auch im multiprofessionellen Team, eben mit anderen Berufs-  
29 gruppen, weil natürlich gerade auf so einem spezialisierten, hochtechnisiertem Bereich es nicht  
30 ginge, wenn nur ein oder zwei Berufsgruppen da in der Behandlung und Therapie von Patien-  
31 tinnen und Patienten dabei wären, ist da auch die Kommunikation im Team ganz wesentlich,  
32 ähm, eben auch im multiprofessionellen Team mit anderen Berufsgruppen. Und was auch ein  
33 ganz wesentlicher Part ist, ist die Kommunikation mit Angehörigen. Also das ist meistens  
34 durchaus ein wesentlicher Part und da ist Kommunikation auch tagtäglich in unserer Arbeit.
- 35 I: Super. Ähm, das sind perfekte Voraussetzungen. Genau, also der Schwerpunkt von dieser  
36 Arbeit, für die dieses Interview ist, liegt ja auf dem Einfluss von Kultur und von Sprachbarrieren  
37 auf die Kommunikation im Arbeitsalltag von Pflegekräften. Ähm, gibt es da- haben Sie irgend-  
38 welche Erfahrungen oder fallen Ihnen irgendwelche Situationen ein, in denen Sie schon erlebt  
39 haben, oder wo Sie das Gefühl hatten, dass es kulturelle Unterschiede gibt vielleicht zwischen  
40 Ihnen und den Personen, mit denen Sie kommunizieren, also Patient:innen oder in diesem Fall  
41 vielleicht auch Angehörigen, wo das einen Einfluss gehabt hat im Umgang?

42 IP: Definitiv. Es ist eh mittlerweile auch ein integraler Bestandteil auch der Ausbildung, des  
43 Studiums, wo man auch in verschiedensten Vorlesungen oder auch Fächern schon auf die kul-  
44 turellen Unterschiede eingeht, die eben die Versorgung von Patienten und Patientinnen bedingt,  
45 weil einfach da in gewissen Bereichen manche Dinge anders sind, oder in gewissen Kulturen  
46 oder Religionen mit einem anderen Hintergrund behaftet sind, und das natürlich auch eben in  
47 der Gesundheits- und Krankenpflege unvoreingenommen ja auch für jeden Patienten und Pati-  
48 entin unabhängig von Geschlecht, Rasse, kulturellen Hintergrund et cetera ja auch passen soll  
49 beziehungsweise ein wertschätzender Umgang sein soll. Ähm, somit ist es von der Ausbildung  
50 weg schon Bestandteil, dass es da Unterschiede in der Kommunikation gibt, und dass es natür-  
51 lich auch tagtäglich in der Arbeit mit Herausforderung ist, ja. Weil wir als Schwerpunktkranken-  
52 haus haben natürlich ein großes Einzugsgebiet was größere, spezialisiertere Operationen  
53 oder Behandlungen betrifft, wo wir einfach durch diesen großen Einzugsbereich natürlich auch  
54 dann eben andere Patientinnen oder Patienten mit verschiedenem kulturellen Hintergrund natür-  
55 lich in den planbaren Operationen haben. Da kann man sich noch relativ gut darauf vorbe-  
56 reiten, weil da natürlich bei diesen elektiven Eingriffen eh eine Vorbesprechung ist, beziehungs-  
57 weise eine ausführliche Aufklärung, ähm. Dahingehend wird natürlich auch geschaut, sollten  
58 da Sprachbarrieren da sein, weil die Patienten oder Patientinnen selber nicht Englisch, Deutsch,  
59 so die gängigen Sprachen können, dass zumindest ein Dolmetscher oder jemand der nachher  
60 vermitteln kann, schon bei der Aufklärung [dabei ist], aber auch nachher im Behandlungsver-  
61 lauf, also im postoperativen Verlauf, sollten da Probleme sein, dass da eine Kommunikation  
62 sichergestellt ist. Also, das ist für diese planbaren Eingriffe oder diese planbaren Operationen  
63 sehr gut möglich, muss man gestehen. Anders ist es natürlich bei Notfällen oder bei unplanba-  
64 ren Aufnahmen, wo man auch sagen muss, kann jederzeit jeder Tourist oder auch von einem  
65 anderen Land jemand erkranken oder einen Unfall haben, einen schweren, der mit einer Auf-  
66 nahme bei uns in der Intensivstation einhergeht. Und da ist es dann nicht immer gleich möglich,  
67 dass man sagt, entweder man hat jemanden als Vermittler, als Kontaktperson, die eben dann als  
68 Dolmetscher fungiert, oder jemanden, der dieser Sprache mächtig ist. Wir sind ein riesengroßes  
69 Haus, das ist auch ein Vorteil, weil wir allein unter unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern  
70 schon ganz viele Kulturkreise und Sprachen auch vertreten haben. Somit ist dies eine von den  
71 Strategien: man schaut, ok, kann man sich damit vielleicht abhelfen, wenn er oder sie im Dienst  
72 ist, dass sie dann kommt und eben für wesentliche Übersetzungsaufgaben da versucht, diese  
73 Sprachbarriere zu umgehen bzw. zu minimieren. Andererseits haben wir auch digitale Unter-  
74 stützung. Wir haben so einen Videodolmetscher. Da haben wir mehrere Geräte im Haus, die  
75 wir beziehen können, wo man dann eben über ein Programm oder so eine Vermittlungs-App  
76 eben Dolmetscher in verschiedensten Fragen- äh, Sprachen anfordern kann, damit eben die  
77 dann zur Verfügung stehen, was eben auch möglich ist, damit zumindest eine grundlegende  
78 Kommunikation möglich ist, damit eine Aufklärung beziehungsweise auch eine Kommunika-  
79 tion möglich ist.

80 I: Und so ist dann auch spontan quasi Hilfe- sprachliche Hilfe verfügbar?

81 IP: Genau, natürlich mit dieser Einschränkung, dass man- es braucht natürlich dann kurz, bis  
82 dieses Gerät da ist, bis sich ein Dolmetscher gefunden hat. Aber, also mehr oder weniger sollte  
83 damit eben sichergestellt sein, dass eigentlich immer eine Kommunikation, egal in welcher  
84 Sprache, auch möglich ist.

85 I: Ok. Gut, wir kommen auf das nachher eh noch ein bisschen zu sprechen. Vielleicht vorweg,  
86 was jetzt das Krankenhaus selbst betrifft, in dem Sie tätig sind. Gibt es da eben allgemeine-  
87 würden Sie sagen, dass das eine allgemeine Handhabung ist, wie das in diesem Krankenhaus-  
88 also, stellt das Krankenhaus diese Vorgaben, wie des gehandhabt wird?

89 IP: Wie jetzt der Ablauf quasi ist, mit Patientinnen und Patienten, die was...

90 I: Ja, also in welchen Situationen jemand beigezogen wird. Vielleicht wann wirklich ein pro-  
91 fessioneller Dolmetscher beigezogen wird, oder ob es reicht, wenn da jetzt die Angehörigen,  
92 die dabei sind, dolmetschen zum Beispiel.



93 IP: Also, dahingehend muss ich jetzt sagen, wüsste ich jetzt nicht, dass es eine direkte Vorgabe  
94 gäbe, oder eine SOP, eine Standard Operating Procedure, wie man sagt, also, wie vorzugehen  
95 wäre, wenn es denn zu diesen Fällen kommt. Aber was aber schon Gültigkeit hat, natürlich,  
96 sind schon Patientenrechte et cetera bezüglich einer vernünftigen Aufklärung, auch bezüglich,  
97 dass sie das Recht haben zu wissen, was Diagnose, was Behandlung, was Therapie beinhaltet,  
98 auch was geplant ist eben auch. Und ich glaube, solange man da einen Weg findet, dass es ver-  
99 ständlich ist für beide Seiten, ja, sei es jetzt mit einem professionellen Dolmetscher, sei es mit  
100 diesem Dolmetschprogramm, was eben auch zur Verfügung steht, oder eben auch mit Angehö-  
101 rigen et cetera. Ich glaube, solange das auf einem vernünftigen Level läuft, und man da sicher-  
102 gehen kann, dass es passt, sehe ich jetzt insgesamt keine Problematik, dass man sagt, ok, man  
103 muss immer den einen Weg über den professionellen [Dolmetscher] oder über das System neh-  
104 men, weil einfach, ja. Gerade bei unserem Bereich sind durchaus oft zeitkritische Operationen  
105 oder Eingriffe notwendig, wo es mitunter nicht möglich ist, eine Einstimmung einzuholen, sei  
106 es von den Patienten oder Patientinnen oder auch Angehörigen, unabhängig jetzt, ob das von  
107 der Sprachbarriere ein Thema ist oder nicht, weil einfach oft da wirklich Sekunden oder Minu-  
108 ten über Tod und Leben entscheiden. Also, das ist dann sicher noch einmal die Einschränkung  
109 bei uns. Ansonsten, wie gesagt, wird der beste- oder für den Patienten oder Patientin beste Weg  
110 gesucht, der auch am schnellsten verfügbar ist.

111 I: Ok, also, Sie haben ja schon verschiedene Möglichkeiten genannt. Eben, über Videozuschal-  
112 tung oder Telefon vielleicht auch, ich weiß nicht, wie üblich das bei euch ist?

113 IP: Ist auch eine Möglichkeit. Wenn wir die Telefonnummer haben von den Angehörigen,  
114 wo jemand eben den beiden Sprachen mächtig ist oder als Dolmetscher fungieren könnte, dann  
115 ist natürlich das auch Mittel der Wahl, weil natürlich auch nicht verlangt werden kann, dass  
116 dann rund um die Uhr jemand von den Angehörigen, oder die da als Dolmetscher in Betracht  
117 kommen, dann auch auf der Station sein kann. Ähm, und wir sind natürlich auch mit dem ab-  
118 geholfen, dass man sagt, ok Telefonnummer von ein, zwei Personen, die dann dahingehend  
119 fungieren können. Wobei natürlich die Qualität immer noch eine ganz andere ist, wenn die  
120 Person in Präsenz da ist, weil die natürlich dann auch noch Mimik, Gestik auch vom Gegenüber  
121 deuten kann und das auch noch miteinbeziehen kann. Aber da ist auch mit Videotelefonie sehr  
122 viel möglich mittlerweile schon, und wird auch gut genutzt.

123 I: Mhm, gut. Also, wir unterscheiden häufig in diesem Bereich eben zwischen sogenannten  
124 Laiendolmetscher:innen und professionellen Dolmetscher:innen, die auch eine entsprechende  
125 Ausbildung haben. So, Ihrer Einschätzung oder Erfahrung nach, was wird da häufiger zugezo-  
126 gen? Also, wer wird da öfter für die Sprachmittlung eingesetzt?

127 IP: [überlegt] Ähm, also ich würde sagen, es ist ein sehr knappes Rennen, wobei ich 50:50 jetzt  
128 nicht sagen würde. Ich würde sagen, wahrscheinlich so 60-70 Prozent eben Laiendolmetscher  
129 und umgekehrt der Rest dann von professionellen, weil ich persönlich jetzt beispielsweise Kol-  
130 leginnen und Kollegen, die bei uns zwar in der Einrichtung tätig sind und eine Zweitsprache  
131 beherrschen, vermutlich nicht unter professionelle Dolmetscher zählen würde. Und dahinge-  
132 hend ist das einfach, was oft gut verfügbar ist, weil wenn ich jemanden vielleicht sogar im  
133 eigenen Team habe, der dieser Sprache mächtig ist, dann ist natürlich das sehr von Vorteil,  
134 bevor ich immer einen professionellen hinzuziehen muss, beziehungsweise schauen muss, dass  
135 der da ist, und der dann ja auch meistens nicht rund um die Uhr, sondern für dieses Aufklä-  
136 rungsgespräch, für die Visite etc. für einen gewissen Zeitraum zur Verfügung steht, und das mit  
137 jemandem, der im Haus ist, es dann durchaus immer noch einfacher ist, dass die Verfügbarkeit  
138 einfach besser ist, beziehungsweise einfacher.

139 I: Ok, also Sie haben es auch kurz schon angesprochen; wie konkret jetzt in einer Gesprächssi-  
140 tuation beeinflusst das Ihre Kommunikation, also den Umgang mit einem Patienten oder einer  
141 Patientin, wenn jetzt ein Dolmetscher vor Ort ist, der das Gespräch dolmetscht? Was macht es  
142 für einen Unterschied, aus Ihrer Sicht?

143 IP: Ähm, es nimmt definitiv Einfluss, weil ähm wir kürzlich jetzt erst einige Fälle, wo mir ganz  
 144 prägnant noch welche im Kopf geblieben sind, bezüglich einer Therapiezieländerung, einer  
 145 möglichen. Wird, sprich, eine Therapie geändert beziehungsweise wird eventuell ein Therapie-  
 146 rückzug in Kauf genommen, weil einfach es sich dargestellt hat, dass es nicht erreichbar ist, das  
 147 ursprüngliche Ziel. Und da gehört ganz maßgeblich natürlich die Patientin, der Patient mitein-  
 148 bezogen, weil es natürlich auch um sein oder ihr Leben geht und dahingehend das einfach gut  
 149 ausgelotet werden muss, was will sie? Wäre beispielsweise eine Heimbeatmung eine vorstell-  
 150 bare Option? Wäre eine längerfristige oder dauerhafte Dialyse ein Umstand, mit dem sich er  
 151 oder sie arrangieren kann, oder sind das Dinge, wo sie sagt, nein, auf keinen Fall, das würde  
 152 nicht seinem oder ihrem Willen entsprechen. Und das ist ganz wichtig bevor man natürlich da  
 153 weitere Organersatzverfahren oder weitere Therapien intensiviert. Und da ist es eben so gewe-  
 154 sen, dass auch die Angehörigen als Laiendolmetscher fungiert haben und es da ganz schwierig  
 155 war, weil die natürlich auch eine gewisse Vorstellung haben oder natürlich auch mit ihren ei-  
 156 genen Meinungen zu dem Thema, ähm, gerade wenn das dann konträr ist zu dem, was die  
 157 Patientin oder der Patient äußert, dann oft schwierig ist für uns, die dann ja angewiesen sind auf  
 158 diese Übersetzung, ähm, was quasi jetzt welcher Meinung entspricht, oder ob das jetzt wirklich  
 159 1:1 ist, wo es definitiv von Vorteil wäre, wenn ich jemanden unbefangenen und professionellen  
 160 hätte, der einfach wirklich ganz wertfrei diese Übersetzung in beide Richtungen durchführt.  
 161 Und ja. Ist auch in diesem Fall dann sicher zu einem guten Ergebnis gekommen, hat aber durch-  
 162 aus einige Zeit in Anspruch genommen, wobei diese Entscheidungen generell meistens mehr  
 163 Zeit ins Anspruch nehmen, weil es einfach nichts ist, was man einfach „überhops“ [ohne Be-  
 164 denkzeit] quasi entscheidet.  
 165 I: Aber dadurch, dass dann quasi auch Sprachmittlung erfolgt, wahrscheinlich auch noch einmal  
 166 ein zusätzlicher Zeitfaktor?  
 167 IP: Genau, definitiv, ja.  
 168 I: Gut, ok, das ist eh schon sehr umfangreich. Ähm, sind Sie selbst mehrsprachig?  
 169 IP: [lacht] Ja. Ja und nein. [lacht] Ja, definitiv. Also, Deutsch meine Muttersprache, Englisch  
 170 auch in Wort und Schrift, Französisch einmal ein Jahr Freigegegenstand und ich verstehe glaube  
 171 ich noch ein oder zwei Vokabeln und dann ist aber ziemlich zusammengeräumt.  
 172 I: Ok, hat das einen Einfluss auf Ihren Arbeitsalltag, jetzt im Umgang mit fremdsprachigen  
 173 Patient:innen?  
 174 IP: Also, ganz klar, Englisch, ähm, ist definitiv eine Weltsprache und ist auch in ganz vielen  
 175 Fällen wirklich auch von Vorteil bzw. ist damit auch eine Kommunikation möglich für Patien-  
 176 tinnen und Patienten, die eben nicht Deutsch sprechen oder Deutsch nicht verstehen. Ähm, ich  
 177 würde aber sagen, wahrscheinlich genau im gleich großen Ausmaß ist leider das dann so, dass  
 178 Patientin oder Patienten mit Sprachbarrieren selber Englisch nicht so gut bzw. Englisch nicht  
 179 können, dass eine Kommunikation über diese Sprache möglich ist, so dass es wieder notwendig  
 180 ist, quasi, über die eigen- die Muttersprache der Patientinnen und Patienten, äh, Kommunika-  
 181 tion durchzuführen. Und ja.  
 182 I: Mhm, haben Sie - mit Englisch jetzt vielleicht nicht so extrem üblich - aber haben Sie selbst  
 183 schon einmal Kolleg:innen ausgeholfen mit Ihren Englischkenntnissen?  
 184 IP: [überlegt] Auch da gibt es im Team glaube ich ganz klare Präferenzen. Es gibt natürlich  
 185 auch Kolleginnen und Kollegen, die sagen, ähm, in der Früh bei der Patienten Zuteilung et  
 186 cetera, wenn das schon bekannt ist, "Übernimmst du lieber sie oder ihn?", weil sie zwar den  
 187 Sprachen mächtig sind, aber selber nicht da in einem Bereich sind, wo sie sich wirklich wohl-  
 188 fühlen, oder wo sie wissen, da sind nicht ihre Stärken, und dahingehend natürlich geschaut wird  
 189 auch, dass wenn jemand da ist, der dahingehend besser bewandert ist, oder mit dem besser  
 190 umgehen kann, dass auch er oder sie dann auch die Pflege oder den Dienst übernimmt für den  
 191 Patienten oder die Patientin.  
 192 I: Ok. Gut. Ähm, dann haben Sie am Anfang schon kurz angesprochen, dass ja Kommunikation  
 193 mit Ihren Patient:innen nicht immer möglich ist aus verschiedenen Umständen und

194 Körpersprache deshalb auch eine Rolle spielt. Also, wie würden Sie jetzt wirklich die Rolle von  
195 Körpersprache in Ihrem Arbeitsalltag in der Kommunikation beurteilen? Haben Sie da viel-  
196 leicht ein bisschen was, das Sie da dazu sagen können?

197 IP: Also, gerade eben die Mimik, Gestik et cetera, also die Körpersprache von unseren Patien-  
198 tinnen und Patienten ist ganz wesentlich. Es gibt auch verschiedenste Assessment- Instrumente,  
199 Screening-Instrumente, wie man beispielsweise auch die Schmerzerfassung bei einem intubier-  
200 ten Patienten durchführt, ebenfalls bei einem nicht-intubierten Patienten, wo man verschiedene  
201 Dinge sich anschaut, wie beispielsweise den Gesichtsausdruck, wie die Toleranz von der Beat-  
202 mung und andere Eigenschaften bzw. Dinge, die dann insgesamt ein Punkteergebnis liefern und  
203 dahingehend man Rückschlüsse führen kann, ob der Patient ausreichend Schmerzmittel erhält  
204 oder doch noch Schmerzen hat. Ähm, und das ist ganz, ganz wesentlich, auch in verschiedens-  
205 ten anderen Bereichen auch, ähm, eben Schmerzen, Delir, diese Dinge sind ganz, ganz wesent-  
206 lich, was ja auch die Liegedauer, Komplikationsdauer beeinflussen und dahingehend sind wir  
207 schon sehr bemüht, auch unsere Patienten, die sich nicht verbal mitteilen können, auch best-  
208 möglich, ähm, abzulesen, was ihre Bedürfnisse sind, bzw. wo eventuell Themen sind, die opti-  
209 miert gehören. Genau.

210 I: Ok. Ich habe jetzt auch schon von anderen Personen gehört, dass Körpersprache dann auch  
211 in der Kommunikation mit Patient:innen, die nicht Deutsch sprechen, eine wesentliche Rolle  
212 oft in der Kommunikation übernehmen kann. Haben Sie da irgendwelche Erfahrungen dazu?

213 IP: Definitiv. Es gibt- gerade Schmerz ist einfach schon ein Paradebeispiel, weil er sicher sehr  
214 prägend ist oder eine sehr wichtige Thematik, eben auch gerade in der Akutversorgung, generell  
215 in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, weil natürlich keiner gerne Schmerzen hat  
216 und die qualifizierte Quantifizierung oder Einschätzung von Schmerz ist ganz, ganz wesentlich  
217 auch, damit man dann weiß, bringen Medikamente oder Therapien das auch, beziehungsweise,  
218 führt das zu dem gewünschten Ziel? Und da gibts beispielsweise auch die VAS-Skala, die Vi-  
219 suell-Analog-Skala, wo beispielsweise mit Smileys, eben einem lachenden bis zu einem wei-  
220 nenden Gesicht, versucht wird eben, Schmerzen zu klassifizieren, damit man dann weiß, brin-  
221 gen die Therapien oder das Medikament auch einen Effekt, oder ist es in diesem Fall quasi nicht  
222 ausreichend und man muss auf andere Bereiche umswitchen. Und da ist es eben gerade mit der  
223 Visuell-Analog-Skala, wo ich sage, ich arbeite mit Smileys, wo jetzt kein Schriftverständnis et  
224 cetera da sein muss, ja, wo man durchaus nicht nur Patientinnen und Patienten mit einem ande-  
225 ren Kulturkreis oder einer Sprachbarriere Schmerzassessment durchführen kann, sondern bei-  
226 spielsweise auch mit Kindern versuchen kann, einzuschätzen, ok, wie ist ihr Zustand jetzt? Ha-  
227 ben sie Schmerzen oder haben sie andere Symptome, die jetzt einer Therapie bedürfen? Und  
228 das ist zumindest ein Tool oder ein Assessment-Instrument, das sich da sehr gut eignet, dass  
229 man da auch diese Sprachbarriere zumindest minimieren versucht oder umgeht, damit auch da  
230 Patientinnen und Patienten die adäquate Therapie erhalten.

231 I: Mhm, ok, spannend. Das heißt, es ist eigentlich ein Bereich, in dem sowieso sehr viel non-  
232 verbal kommuniziert werden ... kann oder oft sowieso nötig ist?

233 IP: Definitiv. Auch an der Körpersprache kann man Patienten ansehen, wo denn vermutlich  
234 auch ein Problem liegt, beispielsweise ein Patient der in der Embryonalstellung gekrümmt da-  
235 liegt, ähm, haben wir ein starkes Indiz, dass irgendwas vermutlich im Abdominalbereich Prob-  
236 leme macht. Sei es eine Entzündung bzw. verschiedenste andere Ursachen, die dann auch eben  
237 noch Themen sein können. Also, wer typische Körperhaltungen, wo man sagt, ok, vermutlich  
238 Schmerzen im Bereich des Abdomens et cetera, darum diese Schonhaltung, und da- aufgrund  
239 dessen kann man schon rückschließen, dass es da weiterer Abklärung bedarf.

240 I: Mhm, funktioniert völlig sprachunabhängig dann in diesem Fall, wahrscheinlich?

241 IP: Genau, definitiv.

242 I: Ja, ok. Ähm, die Pflegeausbildung haben Sie ja auch schon angesprochen, dass Transkultural-  
243 ität bereits eigentlich- oder Transkulturalität und Umgang mit Sprachbarrieren bereits eigent-  
244 lich ein fester Bestandteil sind?

245 IP: Mhm.  
246 I: Ähm, gibt es oder ist es Ihnen bekannt oder haben Sie es vielleicht schon absolviert sogar,  
247 Schulungen, Fortbildungen oder Ähnliches, zu diesem Thema auch, also Umgang mit Trans-  
248 kulturalität?  
249 IP: Genau, also das ist definitiv ein Thema, das einerseits Teil der Ausbildung war, während  
250 meines Studiums oder während meiner Ausbildung. Es werden auch laufend dahingehend Fort-  
251 bildungen angeboten, weil es einfach schon ein Thema ist, das zunehmend vermutlich auch mit  
252 einer Globalisierung der Welt einhergeht, weil man natürlich eine Durchmischung hat mit ver-  
253 schiedensten, ähm, Kulturkreise et cetera, Patienten und Patientinnen, die von verschiedensten  
254 Ländern, kulturellen Hintergründen etc. durchaus auch weltweit unterwegs sind und dahinge-  
255 hend ist es auch ein Thema, dass sich auch die Pflege dahingehend aufstellt und fortbildet,  
256 damit man da auch die Rituale beziehungsweise eben auch die Patientinnen und Patienten in-  
257 dividuell so, wie sie es brauchen quasi auch sieht, betreuen und pflegen kann, weil das einfach  
258 ganz, ganz wichtig ist auch.  
259 I: Ok, also Sie halten das auch für sinnvoll?  
260 IP: Definitiv, ja.  
261 I: Ähm, haben Sie auch das Gefühl, durch- also wie es in der Ausbildung schon behandelt  
262 wurde, dass Sie da ausreichend oder zumindest einigermaßen gut vorbereitet werden auf die  
263 Realität?  
264 IP: Würde ich schon sagen. Natürlich, mehr könnte es immer sein, oder Luft nach oben ist  
265 immer, aber ich glaube, das ist dann auch wieder, individuell liegt das an jedem und jeder, dass  
266 sie dann auch sich dahingehend auch fortbildet, weil man natürlich nicht alles bis ins letzte  
267 Detail in einer Ausbildung unterbringen kann und da, gerade mit diesem Aspekt Multikultura-  
268 lität, ist es ja quasi von bis, da könnte man jetzt alles mit hineinnehmen. Die wichtigsten- was  
269 heißt wichtigsten, die relevantesten oder die am häufigsten, ähm, eben jetzt uns treffen, und das  
270 traue ich mich sagen, zumindest jetzt mit diesen dreieinhalb Jahren Erfahrung, die ich jetzt  
271 habe, sind damals gut ausgebildet worden und sind eine gute Voraussetzung und eine gute Basis  
272 gewesen für das Tun bis dato. Und dann ist es eh an jeder und jedem Einzelnen, dass sie dann  
273 dahingehend, wo sie noch Bedarf sieht, oder wo sie merkt, da ist noch weiteres Wissen notwen-  
274 dig, sich dann dahingehend fortbildet und noch weiter sich in die Materie vertieft.  
275 I: Mhm, und glauben Sie, wird das auch gut angenommen jetzt so im Kollegium?  
276 IP: Würde ich- meiner Einschätzung nach, ja.  
277 I: Ok, passt. Gut, dann haben wir jetzt eh sehr viel davon auch schon untergebracht. Genau, ein  
278 wichtiger Punkt wäre jetzt für mich noch der Fachkräftemangel- Pflegekräftemangel. Generell,  
279 wie sehr ist das in Ihrem Bereich spürbar?  
280 IP: [überlegt] Puh, kein einfaches Thema [lacht]. Ähm, oder kein Thema, das sich glaube ich  
281 kurz fassen lässt.  
282 I: Vielleicht möglichst.  
283 IP: Ja, wir umreißen es. Ja, ist insgesamt natürlich eine Entwicklung, die Gesellschaft wird  
284 immer älter, wird zwar auch immer gesünder älter, aber natürlich steigt im höheren Alter auch  
285 die Multimorbidität oder die Zahl der Erkrankungen, die jeden von uns dann irgendwann treffen  
286 können und auch treffen. Ähm, es ist schon so, dass wir auf der Abteilung mitunter die letzte  
287 Abteilung sind, die wirklich alle Planstellen besetzen kann, oder die alle Planstellen besetzt hat.  
288 Wir haben aber auch definitiv in der Pandemie gemerkt, für das was damals an Workload oder  
289 an Bedarf dagewesen ist, sind auch wir zu wenig, ja, es ist nicht machbar. Und dahingehend ist  
290 damals schon- sind OPs reduziert oder gesperrt worden, das Personal, das dort dann unter An-  
291 führungszeichen „frei“ geworden ist, ist auf anderen Stationen mitunter auch bei uns zum Ein-  
292 satz gekommen. Wobei das dann am Ende oder in den letzten Wellen der Pandemie auch schon  
293 nicht mehr möglich war, ähm, weil auch da das Personal dann sukzessive schon weniger ge-  
294 worden ist und auch mit diesen Herausforderungen und Rahmenbedingungen einige Kollegin-  
295 nen und Kollegen gesagt haben, es ist nicht mehr schaffbar oder so können sie Pflege nicht

296 machen oder so wollen sie Pflege nicht machen. Auch wir sind jetzt tagtäglich damit konfron-  
297 tiert, dass auch wir auf anderen Stationen aushelfen müssen, weil dort einfach zu wenige Pfl-  
298 gekräfte sind, obwohl Betten gesperrt sind, Ableitungen auch gesperrt sind, aber das immer  
299 noch nicht in einem Ausmaß ist, dass man wirklich durchgehend die Versorgung durchgehend  
300 gewährleisten kann. Es ist schwierig, weil wir innerklinisch beispielsweise nicht wirklich das  
301 Gefühl haben, einerseits unsere eigene Standesvertretung oder unsere Vorgesetzten würden da-  
302 hingehend wirklich Maßnahmen setzen oder das Problem auch wirklich vernünftig angehen  
303 versuchen und auch politisch hat man auch das Gefühl, als würde noch immer das Problem  
304 scheinbar nicht groß genug sein, dass man wirklich versucht die Ausbildungen und die Rah-  
305 menbedingungen nachhaltig zu verbessern und somit leider jeden Tag tagtäglich wieder Kolle-  
306 ginnen und Kolleginnen nicht nur überlegen, sondern auch leider wieder die Kranken- Gesund-  
307 heits- und Krankenpflege verlassen, was sehr schade ist.

308 I: Mhm. Und ganz konkret jetzt im Arbeitsalltag, wie merken- Ja, gut, wenn bei Ihnen der  
309 Mangel nicht so extrem spürbar ist, ist das vielleicht ein bisschen schwierig zu beurteilen, aber  
310 merken Sie, dass es einen Einfluss auf Ihren Arbeitsalltag hat, wenn nicht genug Personal da  
311 ist, was jetzt verfügbare Zeit und so weiter betrifft, oder vielleicht die Qualität von der Pflege,  
312 die Sie bieten können?

313 IP: Definitiv, also, es, wie gesagt, nimmt auch, selbst wenn wir jetzt unmittelbar zum Glück bis  
314 dato noch nicht betroffen sind von einem Personalengstand, oder dass bei uns dann Stellen  
315 vakant sind, die nicht besetzt werden können, ist es so, dass wir aber dann merken, wenn eben  
316 Patientinnen und Patienten soweit wären für die Verlegung auf die Normalstation, dass es da  
317 oft nicht möglich ist, weil eben die Betten gesperrt sind oder nicht vorhanden sind, weil eben  
318 die übrigen Stationen eh dann dahingehend bis oben belegt sind oder bis an das, was ihr Maxi-  
319 mum ist, belegt sind, ja. Oder gewisse Verlegungen sind einfach nicht möglich, weil die Kol-  
320 leginnen sagen, sie haben die Ressourcen dahingehend nicht. Jetzt kommt es dann zu Fällen,  
321 dass Patientinnen und Patienten länger als es notwendig ist auf Intensivbetten oder bei uns auf  
322 der Station eben einen Intensivplatz belegen, was natürlich für die Patientinnen und Patienten  
323 nicht angenehm ist, weil eine Intensivstation einfach auch mit gewissen Dingen wie einem dau-  
324 erhaften Monitoring, Lärmbelastung et cetera, diese Dinge behaftet ist. Ja, man ist sehr ans Bett  
325 fixiert, also bettgebunden, sei es durch Monitoring, Infusionen, et cetera; all diese Dinge. Man  
326 hat auch nicht die Möglichkeiten wie auf einer Normalstation, nachher dann, wie es ist, mit  
327 einer normalen Sanitäreinrichtung, Dusche et cetera, weil das auf einer Intensivstation einfach  
328 auch nicht notwendig ist, weil die Patienten üblicherweise ja gar nicht, ähm, selbstständig du-  
329 schen gehen könnten, oder aufs WC et cetera. Das heißt, es kommt dazu, dass Betten belegt  
330 sind, von Patientinnen und Patienten, die eigentlich diesen Intensivplatz nicht benötigen wür-  
331 den. Ähm, was natürlich auch in gewisser Weise dann eine ökonomische Frage ist, weil ein  
332 Intensivbett ganz klar das teuerste Bett ist in einem Krankenhaus und natürlich auch dahinge-  
333 hend verwendet werden sollte, also für die Versorgung von schwersterkranken und -verletzten  
334 Patientinnen. Und [überlegt] es einfach nicht vernünftig ist, wenn dort Patienten liegen, die das  
335 Bett nicht brauchen, weil andererseits natürlich dieser Platz dann nicht verfügbar ist, weil, sollte  
336 dann doch jemand kommen, der dieses Intensivbett braucht, ist es halt einfach nicht verfügbar.  
337 Dann auch, diese Patientinnen, die eigentlich schon zur Verlegung wären, kann man nicht ein-  
338 fach auf den Gang legen oder irgendwo anders unterbringen, wenn der Platz nicht da ist. Und  
339 das nimmt natürlich Einfluss in die Arbeitsabläufe, in die OP-Programme, aber natürlich auch  
340 in der Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten, weil man mitunter einen Schock-  
341 raum sperren muss oder sich als gesperrt meldet, was für den nächsten Patienten eine längere  
342 Verlegung oder eine Anfahrt ins nächste Krankenhaus bedeutet.

343 I: Mhm, und haben Sie des Gefühl, dass dann nicht-deutschsprachige Patienten oder Patientin-  
344 nen, mit denen die Kommunikation jetzt nicht so ohne Weiteres möglich ist, aufgrund von  
345 Sprachbarrieren dort vielleicht besonderen Einfluss hat?

346 IP: [überlegt] Nein, das würde ich jetzt nicht sagen, das ist davon jetzt wirklich auch unabhän-  
347 gig. [überlegt] Hat keinen Einfluss, definitiv nicht.  
348 I: Ok, spielt sicher auch dann vielleicht eine Rolle, wenn nicht extrem unterbesetzt ist. Ähm,  
349 ok. Ja gut, dann haben wir eigentlich das meiste eh in den Erläuterungen untergebracht. Ähm,  
350 gut, also das wäre es von meiner Seite. Gibt es von Ihrer Seite noch irgendwas, was Ihnen  
351 einfällt, was noch zum Thema passt, was Sie noch loswerden wollen?  
352 IP: Nein, danke, ich glaube wir haben eh ein ganz nettes Interview geführt. Ansonsten jederzeit  
353 natürlich noch gerne weitere Ausführungen oder Fragen, wenn noch besteht, dass ich beant-  
354 worte.  
355 I: Danke schon einmal.  
356 IP: Bitte gerne.  
357 I: Und, ähm. an und für sich, es wird alles anonym gehandhabt. Sollten Sie trotzdem Bedenken  
358 haben, können Sie mir das natürlich jederzeit mitteilen und ich werde das Material nicht ver-  
359 wenden.  
360 IP: Super, nehme ich zur Kenntnis, danke.  
361 I: Danke Ihnen.

### Interview 3

Interviewpartner:in: IP3

Datum der Aufnahme: 27.09.2023

Dauer: 00:21:20

- 1 I: Hallo.  
2 IP: Hallo.  
3 I: Danke, dass Sie sich bereiterklärt haben, dieses Interview zu geben. Ich werde das aufzeich-  
4 nen, ist das für Sie ok?  
5 IP: Ja.  
6 I: Perfekt. Gut, ähm, dann gleich vorweg, Sie sind als Pflegekraft tätig. In welchem Bereich  
7 sind Sie tätig?  
8 IP: Auf der Unfallambulanz.  
9 I: Ist es in Ihrem Arbeitsalltag wichtig, eine Beziehung zu Ihren Patient:innen aufzubauen?  
10 IP: Ja, schon. Also, auch wenn wir keine Station sind, wir haben schon Patient:innen, die immer  
11 wieder kommen oder dann auch Nachkontrollen haben. Und in dem Fall finde ich es schon  
12 wichtig, dass man eine Beziehung aufbaut, auch in der Behandlung. Also, viele Patienten haben  
13 auch Angst natürlich. Unfallambulanz ist mit ganz viel Unsicherheit natürlich verbunden. Und  
14 von dem her finde ich es schon wichtig, dass man da auch eine Beziehung aufbaut, oder halt  
15 ihnen irgendwo die Angst und die Unsicherheit nehmen kann.  
16 I: Mhm. Ähm, welche Rolle spielt dann Kommunikation in Ihrem Arbeitsalltag im Umgang mit  
17 Ihren Patient:innen?  
18 IP: Ähm, eine ganz große Rolle. Gerade auf der Ambulanz, es ist viel, es ist ein Kommen und  
19 Gehen, es ist immer hektisch, es sind ganz viele Eindrücke, die die Patienten da gewinnen. Sie  
20 kommen in eine Koje, da werden sie das erste Mal angeschaut, dann werden sie zum Röntgen  
21 geschickt, dann werden sie in die Wundversorgung geschickt, dann kriegen sie einen Termin  
22 zur Nachbehandlung. Also, da darf man nicht schnell schnell machen, sondern man muss ihnen  
23 das oft wirklich genau erklären und sagen, weil sonst sind sie auch oft mal überfordert, weil es  
24 oft so hektisch ist, natürlich. Im Wartebereich sind oft 30-40 Patienten. Da ist es oft auch richtig  
25 laut. Und man muss das einfach kommunizieren, was jetzt Sache ist und was mit ihnen passiert,  
26 was der nächste Schritt ist. Und dann ist auch einfach das Arbeiten viel einfacher, wenn man  
27 das gut kommuniziert.  
28 I: Ok. Was sind so konkrete Kommunikationssituationen, jetzt wirklich konkret von Ihnen als  
29 Pflegekraft.  
30 IP: Ja, zum Beispiel, also ich bin hauptsächlich in der Wundversorgung. Und ich könnte ja quasi  
31 meinen Job machen, die Wunden versorgen und danke, aus, fertig. Aber so eine Wunde ist ja  
32 nicht versorgt, nur weil ich einen Verband draufgebe, sondern ganz viel gehört da noch dazu.  
33 Die Wunde gehört ja auch regelmäßig kontrolliert, daheim auch gepflegt, die muss sauber und  
34 trocken bleiben, die darf nicht in die Sonne, Alkohol verzichten, Rauchen verzichten, weil das  
35 vermindert alles die Wundheilung. Und das wissen halt viele Leute auch nicht. Also viele Laien,  
36 woher sollen sie es denn auch wissen. Und wir wollen ja zusammenhelfen, Patient und Pflege,  
37 dass das möglichst schnell- dass die Wunde möglichst schnell wieder heilt. Und deswegen ver-  
38 suche ich ihnen das auch zu kommunizieren, dass das wichtig ist. Und wenn sie mithelfen, ist  
39 das viel schneller meistens erledigt, als wenn sie dann dranhängen ewig und ja.  
40 I: Ok, ähm. Also, der Schwerpunkt von dieser Arbeit, für die dieses Interview ist, ist ja eben  
41 der Einfluss von Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden auf den Arbeitsalltag in der

42 Pflege. Gibt es- oder fallen Ihnen irgendwelche Situationen ein, in denen kulturelle Unter-  
43 schiede zwischen Ihnen und den Patient:innen mal einen Einfluss hatten, auf jetzt vielleicht den  
44 Aufbau einer Beziehung zu den Patient:innen und die Kommunikation?

45 IP: [überlegt]

46 I: Also, vielleicht kulturelle Aspekte, ansonsten, wo Sprachbarrieren einen wesentlichen Ein-  
47 fluss gehabt haben?

48 IP: Also, kulturelle Aspekte... Was mir da jetzt einfällt ist natürlich, wir haben da natürlich  
49 schon viele Immigranten da, und viele Patienten, die halt woanders geboren sind und dann nach  
50 Österreich gezogen sind. Und es ist halt oft natürlich Unfallambulanz, wenn man da was unter-  
51 sucht, die Körperteile, ist halt oft damit verbunden, dass man sich einmal ausziehen muss, dann  
52 einmal die Hose ausziehen oder Leiberl ausziehen, je nachdem, was halt weh tut. Und da haben  
53 wir schon auch immer wieder, zum Beispiel wenn das Männer sind, die sich dann einfach nicht  
54 wohlfühlen, vor Frauen sich zu entkleiden. Oder umgekehrt, wenn es Frauen sind, aus dem  
55 Osten, sage ich jetzt einmal, die sich dann auch unwohl fühlen, vor einem männlichen Pfleger  
56 dann natürlich da auszuziehen. Und ja. Wir sind gottseidank viele Leute am Tag. Dann schauen  
57 wir, dass wir uns da irgendwie zusammenreden, dass halt da eine Ärztin eine Frau anschaut,  
58 wenn das gewünscht ist und da eine Pflegerin dabei ist. Aber manchmal geht es halt einfach  
59 nicht.

60 I: Gibt es häufig Situationen bei Ihnen im Pflegealltag, ähm, wo Sprachbarrieren auftreten?  
61 Oder fallen Ihnen da vielleicht ein paar Beispiele ein, welchen Einfluss das hat auf Ihre Kom-  
62 munikation mit den Patient:innen?

63 IP: [überlegt] Jetzt muss ich kurz überlegen. Also, es geht dann- es wird dann meistens- also,  
64 viele Leute können ja die Basics, sage ich jetzt einmal. Also, normal unterhalten. Es wird dann  
65 meistens schwierig, wenn es um eine Operation geht und wenn die dann natürlich genau wissen  
66 wollen, was da gemacht wird und dann die Fachbegriffe oder der genaue Hergang von den  
67 Operationen. Das ist dann meistens das Schwierige. Zum Beispiel Wunden sauber und trocken  
68 halten, das verstehen sie fast immer, weil das ist- aber wenn es dann wirklich um Fachausdrücke  
69 auch geht, oder den Ablauf von Operationen, da wird es natürlich schon schwieriger. Da ist  
70 auch ganz viel Unsicherheit dabei von den Patienten natürlich. Weil Operation, was passiert da  
71 mit mir? Da kenn ich mich nicht aus, da habe ich Angst davor. Dann trauen sie sich auch oft  
72 gar nicht nachzufragen oder wirklich nachfragen, weil sie sich denken, ja, ich verstehe es eh  
73 nicht. Ja. Das ist dann oft mal ....

74 I: Ok. Gibt es bei Ihnen im Haus vielleicht eine allgemeine Leitlinie, wie Sprachbarrieren ge-  
75 handhabt werden? Oder gibt es Situationen oder Vorgaben, in welchen Situationen auf jeden  
76 Fall Dolmetscher:innen da auch zugezogen werden?

77 IP: [überlegt]

78 I: Oder zumindest einen Usus?

79 IP: Eine genaue Leitlinie, weiß ich jetzt ehrlichgesagt gar nicht ob es eine gibt. Aber wir haben  
80 natürlich ambulanzintern schon ein paar Hilfsmittel. Also, wie das früher gang und gäbe war,  
81 dass man die Putzfrau fragt, ob sie übersetzt, das tun wir gar nicht. Also, das versuchen wir auf  
82 jeden Fall zu vermeiden, weil heutzutage gibt es ganz andere Möglichkeiten. Wir haben zum  
83 Beispiel ein Tablet, da kann man einen Dolmetscher anrufen. Also, da ist dann wirklich eine  
84 Person da. Also, nicht Google Übersetzer, sondern da wird eine Person angefordert, die dann  
85 übersetzt und die dann auch Schweigepflicht hat. Das würde grundsätzlich sehr gut funktionie-  
86 ren und die Idee dahinter wäre auch super finde ich nur leider haben wir oft das Problem, dass  
87 wir keine Internetverbindung haben, keine gute, und dass die Gespräche auch oft mal unterbro-  
88 chen werden. Aber grundsätzlich fände ich die Idee super. Und was auch dazu kommt ist, dass  
89 wir oft glücklicherweise Ärzte haben, die eine andere Sprache sprechen und dann schauen wir  
90 natürlich, dass das irgendwie- dass wir uns da irgendwie zusammenreden und kooperieren und  
91 auf den Arzt dann warten. Und wir von der Unfallambulanz, wir machen es auch oft so, bei der  
92 OP-Aufklärung, wenn das Dolmetschgerät nicht funktioniert oder wenn kein Arzt da ist, der



93 das übersetzen kann, wir wenden uns auch oft dann mal an die OP- oder Anästhesiepflege, und  
94 fragen die, ob die als Dolmetscher kurz herunterkommen können. Also, es gibt in 99 Prozent  
95 der Fälle irgendeine Lösung. Man findet dann irgendeine Kollegin oder einen Kollegen, der  
96 dann übersetzen kann.

97 I: Kommt es bei Ihnen öfters auch zu der Situation, dass zum Beispiel Angehörige oder selbst  
98 mitgebrachte Personen dann dolmetschen?

99 IP: Ja, also das haben wir auch öfters. Genau, entweder der Partner dann oder auch die Kinder,  
100 die dann natürlich schon meistens in Österreich geboren sind. Die können dann übersetzen.  
101 Oder wir haben auch ganz viele Asylanten da, da gibt es oft so einen Beauftragten im Asylheim,  
102 der schon am längsten da ist und schon ein bisschen Deutsch spricht, dass der dann immer  
103 mitkommt. Oder zumindest, dass sie ein Telefon mithaben, die Asylbewerber, und dass wir  
104 dann über das Telefon quasi dolmetschen. Also, das... Ja.

105 I: Sind Sie selbst mehrsprachig?

106 IP: Nein, leider nicht. Also ich spreche nur Deutsch und Englisch.

107 I: Englisch. Ähm, ist das trotzdem, also Englischkenntnisse, ist das trotzdem hilfreich für Sie  
108 im Arbeitsalltag?

109 IP: Ja, schon. Also, mit Englisch kann man nie etwas falsch machen, weil Englisch ist trotzdem  
110 irgendwo die Universalsprache. Und ganz viele anderssprachige Patienten oder vor allem auch  
111 Urlauber können auch Englisch. Also, wir haben auch im Sommer schon viele Urlauber auch  
112 da, vor allem Atterseeeregion. Und die können oft auch gut Englisch, teilweise. Ja.

113 I: Haben Sie - jetzt bei Englischkenntnissen vielleicht nicht so üblich - aber haben Sie mit Ihren  
114 Englischkenntnissen schon jemals anderen Kolleg:innen ausgeholfen?

115 IP: Ja, schon. [lacht] Also, da ich die jüngste bin in meinem Team, würde ich auch behaupten,  
116 dass ich am besten Englisch kann von meinen ganzen Kolleginnen in der Pflege, und ich werde  
117 auch oft geholt, wenn jemand Englisch spricht und wenn was zum Übersetzen ist.

118 I: Also, dolmetschen Sie dann oder würden Sie dann einfach die Arbeit übernehmen und das  
119 Gespräch dann vielleicht führen?

120 IP: Ja, ich übernehme das Gespräch dann meistens.

121 I: Ok. Ähm. Gut, das wäre dann jetzt mal so die verbale Kommunikation. Aber was ja auch oft  
122 eine wichtige Rolle spielt in der Kommunikation ist die Körpersprache. Welche Rolle spielt für  
123 Sie Körpersprache generell in der Kommunikation mit Ihren Patient:innen? Aber vor allem  
124 vielleicht auch mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen, falls es da einen Unterschied gibt,  
125 aus Ihrer Sicht?

126 IP: Ja, gibt es schon. [überlegt] Also, mit Händen und Füßen; man kann dann schon wirklich  
127 kommunizieren. Also, mit Deuten und Zeigen, und es funktioniert schon. Also, ich bin dann  
128 meistens zwar nicht ganz zufrieden, weil ich das einfach nicht so erklären kann, wie ich es  
129 möchte, aber so halbwegs, ja.

130 I: Ok. Aber ist eine Alternative, wenn es nötig ist?

131 IP: Ist eine- Ja, genau, bevor man gar nicht kommuni- also, bevor man gar keinen Versuch  
132 startet, dann lieber mit Händen und Füßen. Ja. Wir haben auch ganz viele [überlegt] Ich sage  
133 jetzt einmal, Poster hängen in der Unfallambulanz, wo das menschliche Skelettsystem oder  
134 Muskelsystem aufgezeichnet ist oder so Schultern, also so [lacht] ich weiß gar nicht, wie man  
135 das nennt... [überlegt] So ein Modell! Modellschultern oder Knie, das nehmen wir dann auch  
136 oft her und deuten darauf und zeigen, was halt da genau jetzt verletzt ist. Und das- meistens  
137 kommt das dann auch so halbwegs an. [lacht]

138 I: Also, das Feedback fehlt halt dann wahrscheinlich meistens, ob es wirklich so angekommen  
139 ist.

140 IP: Ja! Mhm.

141 I: Ok. Gibt es dann vielleicht aus Gründen wie Zeitdruck oder weil jetzt niemand da ist, der  
142 dolmetschen kann und es nicht anders geht, kommt es zu Situationen, wo man dann sagt, ok, es  
143 ist jetzt nicht wichtig, dann auf Kommunikation mehr oder weniger verzichtet wird?

144 IP: Ja, gibt es leider schon manchmal. Also, gerade am Nachmittag, wenn die meisten, oder  
145 eigentlich alle Ärzte heimgehen, bis auf die Diensthabenden, und wenn dann der Wartebereich  
146 bummvoll ist, dann habe ich es leider auch schon oft erlebt, wenn dann der Patient nicht Deutsch  
147 kann und operiert gehört, dass er dann quasi unterschreiben muss, die OP-Aufklärung. Und der  
148 unterschreibt dann und weiß eigentlich gar nicht, was er unterschreibt. Und dann wird er auf  
149 die Station gebracht und muss das über sich ergehen lassen. Ja, also, wenn ich so etwas mitbe-  
150 komme, ich versuche schon immer, dass ich da eine Lösung finde, weil ich finde, das geht gar  
151 nicht. Die haben das ja auch irgendwo verdient, die Patienten, dass sie wissen, was da passiert.  
152 I: Ok  
153 IP: Also, man merkt ihnen das auch an, wenn sie unsicher sind oder wenn sie Angst haben, weil  
154 dann werden sie oft auch ungut, natürlich. Man muss sich selbst dann auch in diese Lage hin-  
155 einversetzen, wenn man irgendwo ist und wo man nichts versteht und dann muss man dableiben  
156 und dann kriegt man einen Gips und kennt sich eigentlich nicht aus.  
157 I: Ok. Ähm. Genau, da springen wir vielleicht kurz vor zum Stichwort Pflegekräftemangel. Hat  
158 das einen Einfluss auf Ihren Arbeitsalltag, also so ganz allgemein?  
159 IP: Also, wir haben in der Ambulanz - Gott sei Dank - jetzt nicht so den Pflegekräftemangel,  
160 weil wir müssen immer vollbesetzt sein, weil man weiß ja nie, was reinkommt. Also, da sind  
161 wir Gott sei Dank ein wenig gesegnet. Weil wir sind immer wirklich wirklich vollbesetzt, wie  
162 wenn jetzt zum Beispiel immer ein Notfall reinkommen würde, auch wenn oft gar keiner rein-  
163 kommt, einfach, weil wir das müssen, weil wir eine 24/7-Notfallambulanz sind. Also, das krie-  
164 gen wir auf der Ambulanz Gott sei Dank nicht so mit.  
165 I: Ok, ähm, da habe ich jetzt ein bisschen vorgegriffen. Gehen wir noch einmal zurück zu den  
166 Dolmetscher:innen. Haben Sie das Gefühl, wie wenn das einen Einfluss hat auf die Kommuni-  
167 kation, auf die Gesprächssituation, wenn jetzt ein Dolmetscher oder Dolmetscherin oder eine  
168 andere Person da ist, die das dolmetscht. Also, im Vergleich zu, wenn die Kommunikation  
169 direkt funktioniert?  
170 IP: [überlegt] Ach so, dass da übersetzt wird... [überlegt] Ja, es ist halt oft so, dass man dann  
171 den Patienten oft nicht direkt anredet, sondern nur mit dem Dolmetscher redet und dann auch  
172 oft den Patienten ein wenig- teilweise schon gar nicht mehr anschaut, und sich nur auf den  
173 Dolmetscher fokussiert, obwohl es ja eigentlich im den Patienten gehen würde. Aber normaler-  
174 weise finde ich schon, dass es einen positiven Einfluss hat. Weil lieber hat man einen Dolmet-  
175 scher da, als wenn man sich das mit Händen und Füßen ausmachen muss. Also, ich bin immer  
176 froh, wenn jetzt jemand kein Deutsch kann und der hat einen Dolmetscher mit, weil das heißt,  
177 es kommt auch an, und das funktioniert auch meistens ganz gut.  
178 I: Und macht es dann für Sie persönlich einen Unterschied, ob das ein professioneller Dolmet-  
179 scher oder Dolmetscherin ist, der auch eine entsprechende Ausbildung hat, oder ob das jetzt ein  
180 Familienmitglied ist?  
181 IP: Für mich macht das ehrlich gesagt keinen Unterschied. Also, wir haben meistens eher Fami-  
182 lienmitglieder da. Professioneller Dolmetscher, das ist schon selten.  
183 I: Also, vielleicht jetzt auch in der Videozuschaltung?  
184 IP: Ja, also schon meistens machen das eher Angehörige oder Freunde oder Bekannte. Ja. Also,  
185 das macht für mich eigentlich keinen Unterschied, weil, wenn die Patienten dann jemanden  
186 mithaben, dann sind das eh meistens Vertrauenspersonen, die das dann eh wissen dürfen und  
187 das auch gewissenhaft übersetzen.  
188 I: Mhm, ok. Gut, dann wieder ein bisschen allgemeiner. Wann haben Sie Ihre Pflegeausbildung  
189 absolviert?  
190 IP: Von 2016-2020. Also ich bin Anfang 2020 fertig geworden mit dem Diplom.  
191 I: Mhm. Und können Sie sich erinnern, war da Transkulturalität und der Umgang mit Sprach-  
192 barrieren Inhalt auch in der Ausbildung?  
193 IP: Es ist- es war schon Inhalt, aber es ist eher angeschnitten worden. Also, so richtig, dass man  
194 das als eigenes Thema gehabt hätten, eigentlich nicht, nein.

195 I: Und hätten Sie sich da mehr gewünscht, oder fühlen Sie sich vorbereitet auf die Realität durch  
196 das?

197 IP: [überlegt] Hmm... Ja, es war halt eher im Unterricht Thema, der Umgang mit Patienten auf  
198 einer Station. Also auch oft die Transkulturalität, wie tue ich, wenn ich Frauen von anderen  
199 Ländern da habe, die ja- die eigentlich alleine nichts dürfen und immer wo der Mann entschei-  
200 det, wie gehe ich damit um? Also, eher so der Umgang mit dem, aber auf der Station. Also,  
201 obwohl auf einer Ambulanz ist es eh einfacher, sage ich jetzt einmal. Es ist sicher einfacher,  
202 das zu handeln, als auf einer Station.

203 I: Mhm. Und gibt es sowas wie Schulungen, Fortbildungen, oder ähnliches, das es- wo man  
204 noch teilnehmen könnte, um sich entsprechend vielleicht weiterzubilden?

205 IP: Ich glaube schon. Also, wir haben ja bestimmte Fortbildungsstunden, die wir im Jahr absol-  
206 vieren müsse und da kann man oft auswählen zwischen verschiedenen Fortbildungen. Und ich  
207 bin mir nicht 100-prozentig sicher, aber ich glaube, dass es schon Fortbildungen auch da in dem  
208 Bereich gibt. Ich habe es für mich persönlich noch nie ausgewählt.

209 I: Ok, aber generell gäbe es die Möglichkeit?

210 IP: Gibt es die Möglichkeit, ja.

211 I: Gut, das haben wir eh vorher schon angesprochen. Ja, damit wäre ich eigentlich mit meinen  
212 Kernfragen schon am Ende. Gibt es jetzt noch etwas, was Ihnen vielleicht noch eingefallen ist,  
213 zu dem Thema, oder was Sie vielleicht noch loswerden wollen?

214 IP: [überlegt] Ja, das Einzige, was mir halt bei uns auf der Ambulanz auffällt, das ist, weil wir  
215 das vorher mal angeschnitten haben, das ist non-verbale Kommunikation. Also, das ist bei uns  
216 auch oft ganz wichtig, weil bei uns auf der Ambulanz ist es oft so hektisch, und so ein Kommen  
217 und Gehen. Und wir müssen oft auch durch den Wartebereich durchgehen, und ich habe schon  
218 für mich gesehen, es macht eine Unterschied, wenn ich jetzt zum Beispiel gestresst bin und ich  
219 gehe da durch mit Blick auf den Boden und ich schaue keinen Menschen an. Das kommt ganz  
220 anders, als wenn ich hinausgehe und einmal „Grüß Gott“ sage und wenn mir auffällt, dass je-  
221 mand ganz alleine dasitzt oder dass es ihm nicht gut geht, dann gehe ich hin. Und es macht halt-  
222 es kommt einfach- die Leute fühlen sich einfach viel aufgehobener, wenn man ein bisschen  
223 schaut und zumindest einmal „Grüß Gott“ sagt oder „Hallo“ sagt, als wenn man einfach durch-  
224 rauscht und keinen Menschen keines Blickes würdigt.

225 I: Hat sicher auch den Vorteil, dass das dann auch nicht sprachgebunden ist.

226 IP: Ja, genau. Genau. Weil „Hallo“, das versteht jeder, das kommt in jeder Sprache vor, egal in  
227 welchem Land. Das macht- der erste Eindruck ist halt meistens der wichtigere und da kann man  
228 schon ganz viele Anspannungen auch lösen.

229 I: Ja. Gut, dann wäre ich am Ende. Also, danke nochmal für die Zeit. Ähm, ich habe es schon  
230 erwähnt, es wird alles anonym behandelt, und sollten Sie trotzdem Bedenken haben, dass ich  
231 das verwende, dann bitte einfach Bescheid sagen, dann werde ich die Daten nicht verwenden.

232 IP: Ja, ok, kein Problem. Ja.

233 I: Ok, dann Danke.

## Interview 4

Interviewpartner:in: IP4

Datum der Aufnahme: 02.10.2023

Dauer: 00:22:25

- 1 I: Hallo, danke, dass Sie sich die Zeit nehmen für dieses Interview. Ich werde dieses Interview  
2 aufzeichnen, ist das in Ordnung?
- 3 IP: Ja.
- 4 I: Perfekt. Gut, ähm, dann, ganz als Erstes: Sie sind Pflegekraft im Krankenhaus. In welchem  
5 Bereich genau sind Sie tätig?
- 6 IP: In der Intensivpflege.
- 7 I: Intensivpflege ist auf der Station?
- 8 IP: Mhm.
- 9 I: Ok. Ist es in Ihrem Arbeitsalltag wichtig, eine Beziehung zu den Patient:innen, die Sie be-  
10 treuen, aufzubauen?
- 11 IP: Eine temporäre Beziehung schon. Man muss das schon können, dass man dann aus der  
12 Arbeit geht und wieder weggeht von der Beziehung, natürlich. Aber in der Arbeit muss man  
13 einfühlsam sein und sich einlassen auf den Patienten. Aber man muss sich schon klar abtrennen.
- 14 I: Ok. Sie haben auch öfter längeren Kontakt zu den gleichen Personen.
- 15 IP: Ja, genau. Also man hat öfters hintereinander mit demselben Patienten Kontakt, weil man  
16 halt die dann besser kennt. Und es ist auch einfacher vom Arbeitsablauf, wenn man die Leute  
17 kennt und ihre Erkrankungen. Man tut sich leichter, wenn man einen Patienten mehrere Tage  
18 hintereinander betreut. Außer es sind recht anstrengende Patienten, dann schaut man oft, dass  
19 man sie eben *nicht* mehrere Tage hintereinander hat. [lacht]
- 20 I: Ok.
- 21 IP: Ist alles legitim.
- 22 I: Ja, wahrscheinlich [lacht] Ok, also welche Rolle spielt dann Kommunikation bei Ihnen im  
23 Arbeitsalltag?
- 24 IP: Ja, ganz eine große. Also, man hat es gerade in Corona gesehen; mit der Maske und schwer-  
25 hörige Leute - Katastrophe. Durch die Masken reden, sie können nicht Lippen lesen und sie  
26 verstehen einen so schon schlecht, weil sie vielleicht selbst eine Maske oben haben, weil es laut  
27 ist, die Geräte, die piepsen. Das ist furchtbar, weil halt einfach man so viele Sachen spricht. Das  
28 glaubt man nicht, was man mit den Patienten reden muss. Man redet ja wegen jedem Pups, im  
29 wahrsten Sinne des Wortes, mit ihnen. Auch, "Die Hand liegen lassen!", "Nicht da hingreifen!",  
30 "Bitte nehmen Sie das, das brauchen Sie wegen dem und dem.", "Der Arzt hat das und das  
31 gesagt."... Alles, also, es ist anstrengend eigentlich, wenn die Kommunikation nicht funktio-  
32 niert. [murmelt unverständlich]
- 33 I: Genau, also, dieses Interview ist eben für eine Arbeit, in der es um den Einfluss von Kultur-  
34 barrieren und Sprachbarrieren auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften geht. Ähm, gibt es aus  
35 Ihrer Sicht- haben Sie da irgendwelche Erfahrungen, wo Sie sich gedacht haben, dass vielleicht  
36 kulturelle Unterschiede zwischen Ihnen und Ihren Patient:innen jemals irgendwie ein Thema  
37 waren?
- 38 IP: [überlegt] Wir haben verschiedenste ethnische und kulturelle Gruppen auch im Kranken-  
39 haus, aber natürlich nicht immer. Also, es ist schon eher die Seltenheit. Ich meine, schon auch  
40 immer wieder muslimische Patienten auch betreut, aber das ist eher wenig, das ist ganz interes-  
41 sant. Die Kommunikation, hm. Klassisch, wie man es halt kennt. Bei muslimischen Frauen

42 muss man halt dann mit dem Mann kommunizieren. Oder oft halt, dass irgendwo eine Person  
43 im Krankenhaus arbeitet, die dieselbe Muttersprache hat. Ähm, das funktioniert eigentlich dann  
44 schon auch immer wieder ganz gut. Ich überlege gerade... [murmelt unverständlich] Im Ge-  
45 nauen, hm. Man beschränkt es halt dann leider immer auf den mindesten Gesprächsstoff, ja.  
46 Also, was will man essen? Hat er Schmerzen? Und, ja. Solche Geschichten halt.  
47 I: Mhm, ja da kommen wir dann eh noch ein bisschen genauer darauf hinaus. Also Sie haben ja  
48 schon ein bisschen gesagt jetzt gerade, es gibt verschiedene Situationen, in denen Sie mit den  
49 Patient:innen sprechen.  
50 IP: Mhm.  
51 I: Was sind so ganz konkrete Aufgaben, die Sie als Pflegekraft dann haben? Also, welche Kom-  
52 munikationssituationen kommen da vor überhaupt?  
53 IP: Das fängt schon an mit dem Aufnahmegespräch, wo man halt erheben muss, wer die nächste  
54 Kontaktperson ist, ob sie irgendwelche Allergien haben, ähm, die wichtig sind einfach, weil,  
55 wenn du dem Patienten irgendwas gibst, und- oder halt, muss eh der Arzt verordnen. Der muss  
56 ja auch abklären, ob der Allergien hat. Aber es ist ja immer die doppelte oder mehrfache Absi-  
57 cherung wichtig, weil es kann immer irgendwo etwas mal durchschlüpfen. Und dann gibt es  
58 halt eine zweite Instanz, in diesem Fall wir als Pflege. Und wenn wir das auch erhoben haben,  
59 dass der eine Allergie hat, dann passiert halt nicht so schnell- also, dann ist da halt noch einmal  
60 eine Schutzbarriere für den Patienten. Was gehört da noch dazu... Eben... Essen fragen, ganz  
61 banal. Oder, oder... eben, was auch ganz wichtig ist, ist eben die Schmerzanalyse, ob jemand  
62 Schmerzen oder Beschwerden hat, oder ob er... genau. Weswegen er halt auch im Krankenhaus  
63 ist, dass ihm da bei gewissen Problemen geholfen wird. Das sind die Bereiche, die am wich-  
64 tigsten sind, finde ich. [lacht] War das die richtige Antwort? Verrede ich mich da eh nicht in  
65 etwas?  
66 I: Nein, alles gut! Ähm, genau. Und jetzt in diesen Situationen, in diesen verschiedenen, wenn  
67 Sie das ein bisschen durchdenken, wie gehen Sie dann damit um, wenn da jetzt keine Kommu-  
68 nikation möglich ist, aufgrund von Sprachbarrieren?  
69 IP: Dann haben wir immer noch unsere Kärtchen. Also, wir haben so uralte, laminierte Kärt-  
70 chen, wo halt dann ein Mensch oben ist, der erbricht, der aufs Klo muss, der Schmerzen hat.  
71 Und dann deutet man halt damit herum. Das ist so das banalste. Also, da muss er halt noch  
72 sehen können, der Mensch. Wenn der nicht sehen kann, hast du halt wirklich ein Problem. Aber  
73 das habe ich bis jetzt Gott sei Dank noch nie gehabt. Und natürlich sind dazwischen noch die  
74 Dolmetscher, was man- also, professionelle Dolmetscher sind es eigentlich selten. Meistens  
75 sind es Ärzte, die irgendwelche Fremdsprachen können, Pflegepersonal, Reinigungspersonal,  
76 alles Mögliche, was halt im Haus so arbeitet. Genau. Es gibt glaube ich schon eine Liste auch,  
77 zu externen. Es gibt auch, was wir jetzt immer wieder gemacht haben, man kann sich in der  
78 Akutaufnahme bei uns, das ist auch neu gewesen jetzt seit ein paar Jahren, 5 - 6 Jahren, dass  
79 man sich ein iPad holen kann, wo dann so ein Online-Dolmetscher dolmetschen kann. Das  
80 haben wir jetzt auch schon ein paar Mal genommen. Ich muss dazu sagen, dass ich jetzt seit 2  
81 Jahren in Karenz bin, davor war das so. (Anm.: Die Pflegekraft ist derzeit aber weiterhin ge-  
82 ringfügig im Krankenhaus tätig.)  
83 I: Ja, ok, ok. Und wissen Sie, ob es irgendwelche Vorgaben vom Krankenhaus selbst gibt, in  
84 welchen Situationen wirklich jemand zugezogen werden *muss*, damit da sichergestellt ist, dass  
85 da alles richtig kommuniziert wird?  
86 IP: Dass die Kommunikation passt... Das wüsste ich jetzt nicht, nein. Das könnte ich jetzt nicht  
87 sagen, dass da irgendwie... Ich meine... [überlegt]  
88 I: Oder vielleicht ein Usus, wie es bei euch gemacht wird?  
89 IP: Vielleicht eh, beim Erstgespräch oft ist es so, dass man sich gleich einmal jemanden dazu  
90 holt. Dass man einfach die wichtigsten Sachen gleich einmal abklärt. Auch eben, wie gesagt,  
91 Allergien und so weiter, auch ernährungstechnisch, dass man sagen kann, "Ok, der Mensch mag  
92 einfach kein Getreide" irgendwas, oder hat eine Grunderkrankung vielleicht noch, was man

93 sonst schwer ausdeutschen kann, wenn man das mit Händen und Füßen und Kärtchen macht.  
94 Also, oft eigentlich am Anfang gleich einmal. Natürlich initiieren das auch öfters die Ärzte,  
95 weil die natürlich auch viel spezifischere Fragen haben als wir haben in der Pflege. Weil... wir  
96 können das wirklich oft noch mit Händen und Füßen und Deuten machen. Genau. Also, Vorer-  
97 krankungen in der Familie ist halt schwierig, das ...  
98 I: Non-verbal?  
99 IP: Ja genau, zum Beispiel. Also, da wird oft schon von ärztlicher Seite auch gesagt, da brau-  
100 chen wir jemanden dazu. Und wir organisieren das halt dann.  
101 I: Mhm. Ähm, aber Sie haben schon gesagt, das sind meistens eben keine professionellen Dol-  
102 metscher:innen, die da zugezogen werden?  
103 IP: Oft nicht, nein.  
104 I: Aber Sie haben das auch schon gehabt, dass dann wirklich ein Dolmetscher, ein externer da  
105 dabei war?  
106 IP: Ich glaube schon, dass die auch teilweise- es sind Menschen im Krankenhaus, die kenne ich  
107 oft so schon nicht, weil das Krankenhaus halt so groß ist. Und wenn dann wer kommt, den  
108 kennst du dann halt nicht. Aber ich glaube, dass da Dolmetscher auch dabei waren, wenn es  
109 jetzt spezielle Sprachen waren. Weil ich glaube, dass so im europäischen Raum immer irgend-  
110 wer arbeitet im Krankenhaus. Also, ich glaube, von Spanisch bis Bosnisch wird schon irgend-  
111 wie abgedeckt sein. Aber wenn es jetzt spezifisch, vielleicht Arabisch ist, da könnte es schon  
112 schwieriger werden. Da glaube ich, dass eher Spezialisten dabei sind.  
113 I: Ok, und jetzt eine persönliche Erfahrung, wo Sie einmal ein Gespräch geführt haben, wo ein  
114 Dolmetscher dabei war?  
115 IP: Nein, habe ich nicht gehabt. Nein.  
116 I: Ok, ja das ist glaube ich eh ein bisschen die Norm, dass da nicht immer jemand ausgebildeter  
117 dabei ist, sondern das andere Personen machen. Ähm, haben Sie auch schon die Erfahrung ge-  
118 macht, dass da zum Beispiel Familie oder Angehörige oder selbst mitgebrachte Personen ein-  
119 fach dann gedolmetscht haben?  
120 IP: Ja, das ist eigentlich ganz oft so, dass eben irgendein Cousin, der vielleicht schon in Öster-  
121 reich wohnt und besser Deutsch kann dann dolmetscht, oder so. Genau.  
122 I: Und glauben Sie, dass es einen Unterschied macht, ob das- also welche Person da jetzt dasteht  
123 und das dolmetscht, ob das jetzt ein-  
124 IP: Ich habe mich schon öfter gefragt, ob das jetzt- also, ähm, [murmelt unverständlich] ich  
125 denke mir dann wieder, ich weiß nicht, ob jeder Mann das wirklich so ehrlich sagt, vor seiner  
126 Frau, was- also... Also, ich glaube, dass ein Dolmetscher wirklich 1:1 übersetzt und vielleicht  
127 ein Angehöriger das ein bisschen beschönigt, oder vielleicht- oder auch vielleicht umgekehrt,  
128 nicht beschönigt die Aussage von dem Patienten, sondern vielleicht verschlimmert oder halt ein  
129 bisschen richtet, wie es ihm... Der ist halt emotional befangen. Also da habe ich mir schon öfters  
130 gedacht, der kann ja sagen, was er will, natürlich. Aber man geht natürlich davon aus, dass jeder  
131 das Beste will für den Patienten. Und ich glaube, auch die- ich weiß gar nicht, ob die da was  
132 unterschreiben müssen dann, bezüglich Richtigkeit. Wenn das jetzt irgendein Nicht-Angehöri-  
133 ger im Haus ist, gehe ich schon davon aus, dass der das schon wirklich ehrlich übersetzt. Bei  
134 Familienangehörigen [zögert] weiß ich es nicht. [zuckt mit Schultern]  
135 I: Ja, ist eine legitime Antwort.  
136 IP: Aber ich glaube, dass ein Dolmetscher besser wäre, als jetzt irgendein Angehöriger viel-  
137 leicht. Oder wenn der zusätzlich dabei wäre vielleicht.  
138 I: Oder wenn das jetzt Personal ist, jetzt zum Beispiel?  
139 IP: Denen glaube ich schon, dass sie das ordentlich machen und wollen.  
140 I: Da ist dann wahrscheinlich auch das Verständnis da für den Ernst der Situation.  
141 IP: Ja, glaube ich auch.  
142 I: Ok, genau, eine andere Art zu kommunizieren wäre dann auch noch Körpersprache. Spielt in  
143 Ihrem Arbeitsalltag Körpersprache eine Rolle, generell?

144 IP: Natürlich bei vielen Leuten, generell, kann man sagen, dass viele- es gibt so gewisse Pati-  
145 enten, die jammern furchtbar. Und dann weißt du oft, ok, wenn sie jammern, kann es nicht so  
146 schlimm sein. Und es gibt die Leute, die Jammern *nie*. „Oh ok, die Jammern nicht, das ist ganz  
147 schlimm.“ Und da musst du halt auf die Körpersprache ein wenig achten. Vor allem, wenn der  
148 dann einfach nichts mehr sagt, und wie starr im Bett liegt. Dann kannst du davon ausgehen,  
149 dass der furchtbare Schmerzen hat und dann muss man das auch ansprechen. Also, das ist schon  
150 wichtig, dass du das auch mitkriegst. Ja, das ist- Ich glaube, das ist ganz viel, was auch so- was  
151 ganz wichtig ist, man nicht messen kann, deswegen nichts wert ist, deswegen ein bisschen un-  
152 tergeht, vielleicht. Aber ich glaube, dass es sehr wichtig ist, dass man die Körpersprache zwi-  
153 schen- also vom Pflegepersonal auf den Menschen. Und umgekehrt, der merkt ja das auch,  
154 wenn man sauer ist, dann sagt er vielleicht nichts, wenn bei der Visite irgendwas war. Aber ich  
155 glaube, dass es wichtig wäre.

156 I: Und glauben Sie, Sie haben es ja vorher schon kurz erwähnt, mit Händen und Füßen reden,  
157 dann im Gespräch mit Personen, mit denen man jetzt auf Deutsch nicht kommunizieren kann,  
158 oder in einer gemeinsamen Sprache, dass man dann eben auf Körpersprache wirklich gezielt  
159 ausweicht?

160 IP: Es ist eher für die Zwischenzeit gedacht, glaube ich. Also eben, die wichtigen Sachen muss  
161 man eh richtig klären. Aber, ob er jetzt Zähne putzen will und mit den Händen nur so deutet  
162 oder was zum Trinken will [macht Trinkgeste mit Hand]; das sind so Gesten, die kennt jeder.  
163 Oder... Oder... „wo sind die Schmerzen?“ „Da [drückt auf verschiedene Stellen am Arm] Aua"  
164 oder da Aua?“ Also, da deutet man halt so am Körper herum. Das versteht eigentlich jeder  
165 Mensch, habe ich so das Gefühl.

166 I: Ok, jetzt nur mal aus Interesse. Intensivstation, wie gesprächig, oder wie fähig zu kommuni-  
167 zieren sind die Patient:innen überhaupt?

168 IP: Ich bin auf einer internistischen Intensivstation und wir haben Überwachungsbetten auch  
169 dabei. Und wir rotieren da durch. Also, man ist auch immer wieder mal auf da Überwachung.  
170 Auf der Überwachung sind ganz oft eben Leute mit Suizidversuch. Also, da haben wir immer  
171 wieder von Thalheim<sup>4</sup> Patienten gehabt, die einen Suizidversuch hinter sich haben und die sind  
172 meistens nicht deutschsprachig gewesen. Dadurch hat man eben mit den Leuten auch Kontakt,  
173 auf der Überwachung meistens. Also, die sind nicht intubiert und beatmet, mit denen kann man  
174 das natürlich- Das ist noch einmal ganz was anderes, wenn die intubiert sind und beatmet sind,  
175 da schaut man einfach, dass sie gut sediert sind und dass, wenn sie wach werden, wirklich gleich  
176 einmal jemand da ist, der seine Sprache spricht. Aber das ist für die natürlich- wenn die im  
177 Tiefschlaf sind und munter werden, dann ist das so schon schwierig für einen Deutschsprachi-  
178 gen, weil die sowas von verwirrt sind. Da möchte ich gar nicht wissen, wie es jemandem geht,  
179 wo das nicht die Muttersprache ist. Aber ich glaube, da gibt es keine Möglichkeit, dass man  
180 sagt, man hat jetzt 24 Stunden jemanden da, der bei jedem eine Woche oder bei jeder Tätigkeit  
181 wirklich auch da ist. Also, das ist wirklich eine zähe Zeit für den, wenn er noch nicht fähig ist,  
182 dass er telefoniert und so. Oder selbst sich so ein wenig Kommunikationshilfen holt. Oft war  
183 es auch schon mit dem Handy, dass jemand jemanden angerufen hat und gesagt hat, was er will  
184 und dann haben sie mir das Handy gegeben und der Mensch hat mir das dann auf Deutsch  
185 gesagt. Oder auf Englisch, das geht auch immer noch. Genau.

186 I: Wie gut funktioniert das Ihrer Meinung nach?

187 IP: Naja, es ist ja eine Ausnahmesituation. Es ist ja- ich finde das nicht so schlecht, wenn der  
188 am Telefon sagt, ich muss jetzt- keine Ahnung, "Ich möchte mich rasieren gehen" und hat es  
189 mir vorher nicht ausdeutschen können händisch, dann- und der sagt mir das dann am Telefon,  
190 dann ist das für mich ja genau so gut, wie wenn er jetzt da stehen würde. Die Verifizierung ist  
191 relativ schwierig, ob das jetzt alles so stimmt.

192 I: Ja, aber besser als gar keine Kommunikation wahrscheinlich.

---

<sup>4</sup> Die Rede ist vom Asylzentrum Thalheim.

193 IP: Genau. Und wenn ich ihm jetzt einen Rasierer hinlege und - das ist jetzt natürlich jetzt nicht  
194 der, der Suizid versucht hat - und der schaut mich dann so an, dann werde ich auch wissen, dass  
195 es Blödsinn war. Aber für normal passt es ja.

196 I: Ok, also, es gibt eh viel Abhilfe, auf die man zurückgreifen kann.

197 IP: Ja, wirklich, stimmt.

198 I: Gibt es dann auch Situationen, wo man aus irgendwelchen Gründen, zum Beispiel weil jetzt  
199 niemand da ist, der jetzt dolmetschen kann, oder aus Zeitdruck etc., auch mal gar nicht kom-  
200 muniziert wird, und man sagt "Naja, ist halt jetzt so"?

201 IP: Hm, vielleicht bei ganz schwer- also bei so Fällen, die eben eh im Tiefschlaf sind, aber mit  
202 denen kann man eh nicht kommunizieren, also ist es eh hinfällig. Ansonsten, nein, kann ich  
203 mich eigentlich nicht erinnern, weil es sind eigentlich- eigentlich ist immer irgendwer da. Ich  
204 weiß, einmal war es schon so, dass wirklich jemand schwer zu kriegen war, da war wirklich  
205 eine Reinigungsdame im Haus, die eine Sprache gesprochen hat, die sich ein bisschen über-  
206 schneidet, wo man sich halt ein bisschen abgeholfen hat. Aber eigentlich schaut man schon  
207 immer, dass jemand kommt, wenn noch... genau. Ganz am Anfang, wenn sie kommen. Ja.

208 I: Ok, ja, ist eh gut.

209 IP: Ist oft eh mühsam, auch in der Nacht und so. Aber, ja.

210 I: Ähm, genau, und wenn Sie sich jetzt erinnern an Situationen, wo eben jemand da war, um zu  
211 dolmetschen. Welchen Einfluss hat das auf die Gesprächssituation? Jetzt im Vergleich zu, wenn  
212 man direkt mit der Person sprechen kann. Haben Sie das Gefühl, wie wenn es einen Unterschied  
213 macht, wie das Gespräch funktioniert oder läuft?

214 IP: [überlegt] Naja, es dauert ein wenig länger, natürlich, weil alles über drei Ecken geht. An-  
215 dererseits ist es dann klarer. Nein, habe ich nicht das Gefühl. Man kann sich auf das- sonst ist  
216 es immer ein bisschen eine schwammige Geschichte. Und, wenn der das jetzt so sagt, dann ist  
217 das so. Dann kann man das aufschreiben, dokumentieren, dann kann man das auch irgendwie  
218 vermerken und weitergeben, dass halt das so ist, weil das so übersetzt worden ist. Sonst ist es  
219 so, "Er hat so gedeutet und ich glaube, dass er das meint"; schwammige Geschichte. Kann man  
220 das so sagen?

221 I: Ja, sicher, also, es gibt Sicherheit?

222 IP: Ja, also, meinst du jetzt, wenn jetzt ein Laie dolmetscht, oder ein Spezialist, oder meinst du  
223 jetzt, wenn man so mit dem Patienten selber redet?

224 I: In einem Gespräch, also, wenn Sie sich vorstellen, Sie sitzen da jetzt gegenüber mit einem  
225 Patienten und sprechen miteinander, oder ob da jetzt noch eine dritte Person dabei ist.

226 IP: Wenn ich mit dem Patienten rede? Ach so, nein, das ist ziemlich gleich, glaube ich. Natür-  
227 lich redet man dann eher mit dem Dolmetscher als mit dem Patienten, das ist klar. Das ist viel-  
228 leicht ein bisschen komisch, wenn man nicht mit der Person direkt redet. Aber es macht da jetzt-  
229 ja. Man würde wahrscheinlich normaler reden, nicht so gehackt oder nicht so auf des Wesent-  
230 liche- "Böhmische", wie man dann halt redet. Sonst wirft man halt meistens so Stichwörter rein,  
231 wo man hofft, dass das doch vielleicht irgendwo der Mensch schon einmal gehört hat. Und  
232 wenn man mit einem Dolmetscher redet, kann man halt- redet man halt eher ganze Sätze ver-  
233 mutlich.

234 I: Ja, ok. Also hat einen Einfluss.

235 IP: Ja, definitiv.

236 I: Ok, dann, gehen wir zurück an den Anfang. Wann haben Sie die Pflegeausbildung absolviert?

237 IP: 2009.

238 I: 2009. Können Sie sich erinnern, waren da Themen wie Transkulturalität und Umgang mit  
239 Sprachbarrieren, war das schon in irgendeiner Weise Inhalt von der Pflegeausbildung?

240 IP: Ja, wir haben ein Fach gehabt, das hat Transkulturelle Pflege geheißen, das war in der letzten  
241 Klasse, glaube ich. Und das hat die Oberärztin vom Labor gehalten, die ist selbst Türkin, genau.

242 I: Mhm. Und glauben Sie, dass das Sinn macht, solche Inhalte auch zu vermitteln?



243 IP: Schon. Ich glaube, dass man trotzdem- dass jeder Mensch der einfach, der gerade im sozia-  
244 len Bereich arbeitet, eine gewisse Offenheit und ein bisschen eine Toleranz haben muss, oder  
245 sollte. Und davon müsste man eigentlich ausgehen, dass jemand, der in so einen Job geht, sich  
246 auch bemüht darum, dass die Kommunikation oder auch die Patienten sich gut aufgehoben  
247 fühlen, auch, wenn es nicht die Muttersprache ist. Viel wichtiger fände ich, dass man denen in  
248 den Unterrichtsfächern sagt, "So, *da* liegt das iPad. *Da* sind die Telefonnummern. *Da* kommt  
249 ihr zu den Dolmetschern." Das wäre viel wichtiger, weil du stehst dann da und dann musst du  
250 dir das irgendwo zusammensuchen. Es gibt schon- also, irgendwann hörst du dann: "Ah, im  
251 Intranet gibt es so eine Liste". Also, das ist oft ein bisschen- das ist generell in jeder Ausbildung  
252 so. Die Theorie und die Praxis einfach. In der Theorie hört sich alles so gut an und in der Praxis  
253 stehst du dann da und hängst einfach an blöden Telefonnummern oder irgendwelche Internet-  
254 programme oder Computerprogramme, wo du dann halt findest zu einer Lösung. In der The-  
255 orie weißt du eh, dass es wichtig wäre, die Leute- dass man das macht. Aber wie es dann wirk-  
256 lich geht. [unverständlich] Man sagt, "da ist der Ordner XY und da gibt es eine Liste drinnen  
257 und da geht ihr hin".  
258 I: Ok, also Sie hätten sich mehr Praxisbezug gewünscht?  
259 IP: Ja, dass es einfach dann läuft, wenn es so ist.  
260 I: Ok. Und, ähm, also, seit Sie als Pflegekraft auch tätig sind, wissen Sie über irgendwelche  
261 Schulungen oder Fortbildungen oder Ähnliches, die man zu diesem Thema absolvieren könnte?  
262 IP: Nein, wüsste ich nichts. Habe ich mich aber auch nie eingelesen. Also, es gibt schon so ein  
263 großes "Geh mit"-Heft, wo man eben sich Fortbildungen raussuchen kann, und ich kann mir  
264 schon vorstellen, dass da was drin ist. Aber ich habe da noch nie explizit nachgeschaut.  
265 I: Ok. Dann wären wir eh schon eigentlich durch alles durch. Ein Stichwort hätte ich noch,  
266 nämlich den Pflegekräftemangel. Haben Sie das Gefühl generell, wie wenn es einen Einfluss  
267 auf Ihre Arbeit hat in Ihrem Bereich?  
268 IP: Definitiv.  
269 I: Ist spürbar?  
270 IP: Ist einfach- es ist eh die Kommunikation leider das Erste. Das kann man halt wegschneiden  
271 schnell. Und das ist nicht messbar. Wenn ich jetzt einen Verbandwechsel nicht mache und das  
272 ist dokumentiert und der Patient hat ein Problem, dann bekomme ich eine auf den Deckel. Wenn  
273 ich jetzt nicht noch einmal frage, wie es ihm geht und ob er vielleicht noch etwas trinken will  
274 oder das und das haben will, weil ich die Zeit nicht habe, dann kann das auch niemand nach-  
275 kontrollieren, oder so. Da hat man dann auch nicht so ein schlechte- oder man hat schon ein  
276 schlechtes Gewissen, weil das gehört ja dazu. Aber das ist das Erste, was man wegschneiden  
277 kann. Ganz blöd gesagt. Ja.  
278 I: Und glauben Sie, dass da vielleicht vor allem jetzt, wenn da Sprachbarrieren da sind, dass das  
279 dann nochmal speziell darunter leiden kann?  
280 IP: Nein, glaube ich nicht, weil gerade da macht man eh schon des Mindeste. Nicht das Min-  
281 deste, aber das [überlegt].  
282 I: ...ist schon heruntergebrochen?  
283 IP: Ja, genau, das *ist* schon heruntergebrochen, weil es oft einfach nicht anders geht. Also, ja  
284 genau. Glaube ich nicht, weil mit so einem, das stimmt, kann ich mich vielleicht nicht unter-  
285 halten. Und wie geht es ihm psychisch, oder was ist jetzt? Also, sagt man ja nicht, psychisch,  
286 sondern das umschreibt man halt dann. "Haben Sie gut schlafen können? Bla bla bla" Die Sa-  
287 chen kann man dann ja schwer...  
288 I: Ja, da ist ja dann auch nicht ständig jemand da.  
289 IP: Genau, genau. Ja.  
290 I: Das ist wahrscheinlich das. Auf der Station spricht man ja auch dazwischen sehr viel mit den  
291 Menschen.

292 IP: Genau, ja. Wenn man was herrichtet oder wenn man einen Verbandwechsel macht, redet  
293 man ja mit den Leuten schon. Das sind ja dann die Momente, wo man dann die Kommunikation-  
294 das Psychische ein bisschen bedienen kann, wenn man die andere Arbeit macht.  
295 I: Hat wahrscheinlich auch dann einen Einfluss drauf, ob man jetzt eine Beziehung aufbauen  
296 kann oder nicht?  
297 IP: Ja, genau. Na sicher, also das geht sicher schwieriger, wenn von vornherein schon Kommu-  
298 nikationsprobleme sind.  
299 I: Ok, dann bin ich eigentlich eh schon durch alles durch. Ist Ihnen vielleicht noch irgendwas  
300 eingefallen, was vielleicht zum Thema passen könnte, was Sie noch loswerden wollen.  
301 IP: Nein, also... So dieses Google Translate, diese Sachen kenn wir ja auch alle. Also, wir haben  
302 alle auch schon öfter mal unsere privaten Handys dann gezückt und haben versucht, dass wir  
303 irgendwie was noch übersetzen. Einzelne Wörter oder so, dass man irgendwann- das geht auch.  
304 Das wird auch immer besser, finde ich. Also, ich glaube, dass das schon auch ein Gadget ist,  
305 das man in Zukunft mehr verwenden kann und auch viel bringt. Aber die Frage ist dann immer  
306 das, ist es richtig?  
307 I: Und wer ist dann verantwortlich, wenn es nicht richtig ist?  
308 IP: Genau, genau. Das ist das. Aber das ist ja bei allem im Sozialbereich.  
309 I: Wer ist verantwortlich?  
310 IP: Ja, genau. Es ist alles immer so, solange alles gut geht. Und wenn dann einmal was nicht  
311 gut geht und man drauf baut, dass alle das irgendwie kompensieren noch. Aber wenn dann was  
312 ist, kriegt halt eine Person eine auf den Deckel. Aber so ist das halt.  
313 I: Ja, gut, dann danke Ihnen. Also, an und für sich, es ist anonym, aber falls Sie trotzdem Be-  
314 denken haben sollten, dann bitte Bescheid sagen, dann verwende ich das Material natürlich  
315 nicht.  
316 IP: Passt.  
317 I: Danke.

## Interview 5

Interviewpartner:in: IP5

Datum der Aufnahme: 02.10.2023

Dauer: 00:17:46

- 1 I: Hallo. Danke, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Ist es OK für Sie, wenn  
2 ich das aufzeichne?  
3 IP: Gern!  
4 I: Ok, perfekt. So, Sie sind als Pflegekraft tätig im Krankenhaus. In welchem Bereich sind Sie  
5 da?  
6 IP: Auf der Palliativ.  
7 I: Station?  
8 IP: Station.  
9 I: Ok. Ähm, ist es in Ihrem Arbeitsalltag wichtig, dass Sie eine Beziehung zu den Patient:in-  
10 nen, die Sie betreuen, aufbauen?  
11 IP: Wir haben- also, ähm, Bezugspflege. Also, das ist ganz wichtig.  
12 I: Bezugspflege bedeutet?  
13 IP: Ich habe in einem Dienst 4 Patienten zu betreuen. 4, maximal 5.  
14 I: Ok, und auf längere Zeit?  
15 IP: Ja, also, die 12 Stunden, wo ich Dienst habe, bin praktisch ich als Pflegekraft zuständig.  
16 Eigentlich für die meisten Sachen, also ...  
17 I: Ok, das heißt, spielt Kommunikation in Ihrem Alltag auch eine wesentliche Rolle?  
18 IP: Eine große Rolle, ja.  
19 I: Ok, ähm, was wären denn so klassische Gesprächssituationen, die Sie so als Pflegekraft  
20 selbst haben, mit den Patient:innen.  
21 IP: Das fängt in der Früh schonmal mit den Begrüßen an, fragen, wie die Nacht war, wie es  
22 geht, was sie brauchen, wie es mit Frühstück aussieht. Viele können ja bei uns gar nicht  
23 mehr essen. Manche können nur spezielle Sachen essen. Bei uns auf der Palliativ schaut die  
24 Pflege ein bisschen anders aus, weil wir eben schon versuchen, dass wir auf die Person einge-  
25 hen und so und da ist eben die Kommunikation noch einmal umso wichtiger. Also, dass man  
26 auch ein bisschen weiß, was jemand mag, was er nicht mag, was er kann, was er nicht mehr  
27 kann, was ihm wichtig ist.  
28 I: Ok, spannend. Also, da ist ja die Beziehung wirklich einmal im Zentrum. Ok, also, das  
29 Thema von der Arbeit, oder der Zweck dieser Arbeit ist es ja, herauszufinden, welchen Ein-  
30 fluss Sprachbarrieren oder vielleicht kulturelle Unterschiede auf die Kommunikation oder den  
31 Umgang von Pflegekräften mit ihren Patient:innen hat, oder haben. Gibt es Situationen oder  
32 haben Sie irgendwas im Kopf, wo jemals kulturelle Unterschiede zwischen Ihnen und Ihren  
33 Patient:innen vielleicht ein Thema waren? Wo sie dachten, das hat jetzt vielleicht einen Ein-  
34 fluss auf irgendwas.  
35 IP: Massive kulturelle Unterschiede habe ich einmal gesehen beim Versterben von einer mus-  
36 limischen Patientin. Wo dann Männer gekommen sind, die halt den dann praktisch nach ei-  
37 nem Ritual verabschiedet haben oder halt auch zusammengerichtet haben. Generell ist es aber  
38 so, dass man schon merkt, dass die meisten sich recht anpassen auch. Also, es ist nicht immer  
39 so, dass es so einen großen Unterschied macht. Oder ich habe das Gefühl, dass es nicht immer  
40 so ein großes Problem ist, die kulturellen Unterschiede. Also, ganz viele sind sehr angepasst.

41 Was mir noch aufgefallen- Was sicher ist, ist verschiedene- was sie essen wollen. Also, ja, es  
42 hat halt jede Kultur so ihre Lieblingsgerichte. Das vielleicht noch ein bisschen. Und, ja.  
43 I: Ok, und haben Sprachbarrieren öfters mal Einfluss auf Ihren Umgang mit den Patient:in-  
44 nen?  
45 IP: Mir fällt da eine Patientin ein, das war eine relativ junge Patientin, die aus Ungarn gekom-  
46 men ist und erst, glaube ich, 2 oder 3 Monate in Österreich war, und die kein Englisch ge-  
47 konnt hat. Also, das war eine starke Herausforderung, weil da war gar keine Kommunikation  
48 so möglich. Allerdings war die zum Glück noch so jung und auch noch so gut, die hat halt den  
49 Google Translator genommen. [lacht]  
50 I: Ok.  
51 IP: Ist halt natürlich auch ein Mordszeitaufwand. Weil sie das natürlich dann immer gesagt  
52 hat, dann muss man warten, bis es das übersetzt hat, dann zeigt sie dir das, dann musst du- na-  
53 türlich ist das dann nicht immer genau das. Man muss dann auch immer erraten, was sie jetzt  
54 genau gemeint hat damit, weil nicht immer genau der Google Translator das so übersetzt, wie  
55 sie es gemeint hat.  
56 I: Ok, kommt das häufig vor, dass so direkte Kommunikation dann auf Deutsch oder auf einer  
57 gemeinsamen Sprache nicht möglich ist?  
58 IP: Manchmal schon, ja. Es sind manchmal auch, also eine türkische Frau haben wir auch ein-  
59 mal gehabt, die sehr wenig Deutsch gekonnt hat. Da waren die Kinder, die hat mehrere Kin-  
60 der gehabt, auch kleine Kinder, 10-12 Jahre, die haben da auch schon Dolmetscher gespielt  
61 eigentlich, die meiste Zeit.  
62 I: Wie nehmen Sie- also, wie ist das für Sie, wenn dann Kinder dastehen und dann das Ge-  
63 spräch-  
64 IP: [lacht] Die haben das super gemacht. Also, die waren einfach das gewohnt von klein auf,  
65 dass sie dolmetschen müssen für die Mama. Also ich denke mir, das wird schon im Super-  
66 markt angefangen haben. Die sind das gewohnt gewesen.  
67 I: Ok, da kommen wir später vielleicht noch kurz zurück. Aber vorher noch einmal, bei Ihnen  
68 im Krankenhaus, ist Ihnen da irgendwas bekannt, gibt es da irgendwelche Vorgaben viel-  
69 leicht, wie da der Umgang mit Sprachbarrieren gehandhabt wird oder werden sollte. Und in  
70 welchen Situationen da zum Beispiel wirklich auch ein Dolmetscher zugezogen werden muss.  
71 IP: Mhm... [überlegt] Da gibt es schon ein bisschen so einen ... *Standard* sage ich jetzt einmal,  
72 weiß nicht. Also, es gibt so Videodolmetscher, die man praktisch jederzeit- da gibt es so wel-  
73 che, die so Bereitschaft haben. Also, man kann- also, das ist vor allem für die Ärzte. Wir in  
74 der Pflege nutzen das eigentlich relativ selten. Aber halt für wichtige ärztliche Gespräche wird  
75 das halt benutzt, so Videodolmetscher. Ähm, was für uns in der Pflege manchmal ist, ist- wir  
76 haben- bei uns geht es ja oft wirklich um primäre Sachen, um einfache Sachen. Wir haben oft  
77 so ein Piktogramm, so Fotos, wo halt oft draufsteht so auf die Art [zeigt die Beispiele mit  
78 Gesten] Essen oder Trinken oder- das können wir auch manchmal verwenden. Das verwenden  
79 wir auch, wenn jetzt einer im Sprachzentrum beeinträchtigt ist, die sich halt nicht mehr aus-  
80 drücken können.  
81 I: Ok, also nicht nur Fremdsprachen, sondern auch nicht-sprachlich.  
82 IP: Genau, nicht nur Fremdsprachen.  
83 I: Ok. Und das heißt, wenn Sie jetzt wirklich in der Situation sind gerade, dass Sie mit jeman-  
84 dem zu tun haben, mit denen Sie sich nicht auf Deutsch oder Englisch oder Sonstiges sich  
85 verständigen können. Wie ist dann ganz konkret- was machen Sie, wie gehen Sie dann damit  
86 um?  
87 IP: [überlegt]  
88 I: Oder was sind präferierte Vorgehensweisen dann vielleicht, so gesagt?  
89 IP: [lacht] Mein Zugang ist trotzdem, dass ich es einmal so probiere, indem man- viele Sachen  
90 kann man ja eigentlich auch mit Gestik ausdrücken. Also, wenn ich einmal hineingehe und  
91 sage [macht Gesten, um das Gesagte zu verdeutlichen] "Ich heiße..." und mein Name steht da

92 am Kärtchen [zeigt auf Namensschild] und "Wie gehts dir?" oder so. Also, ich denke mir,  
93 man kann eigentlich schon relativ viel so mit Gestik sagen. Und ich denke mir, wenn sie mir  
94 zeigt, dass sie traurig ist oder weint oder mich anlächelt, dann kann ich mir auch schon ein  
95 bisschen was rauslesen. Natürlich, wenn es um spezielle Sachen geht, reicht das dann nicht  
96 mehr aus. Aber fürs Erste einmal, zum Kennenlernen oder so geht es.  
97 I: Genau, dann bleiben wir vielleicht gleich bei der Körpersprache. Ist Körpersprache glauben  
98 Sie generell ein wichtiges Tool bei Ihnen im Alltag?  
99 IP: Ja, ganz viel.  
100 I: Also auch mit nicht- also auch mit deutschsprachigen Patient:innen.  
101 IP: [lacht] Ja, ja.  
102 I: Ok, generell.  
103 IP: Generell, ja.  
104 I: Ok. Ähm. Ja, hat bestimmt auch den Vorteil, dass es vielleicht oft ehrlicher ist, vielleicht.  
105 Kann man nicht so gut vertuschen.  
106 IP: [lacht] Ja.  
107 I: Haben Sie Erfahrung trotzdem in der Arbeit, dass jetzt- mit einem professionellen Dolmet-  
108 scher zu arbeiten? Haben Sie das jemals persönlich gemacht?  
109 IP: Äh, nein, ich persönlich nicht. Ich habe es ein paar Mal mitbekommen, wenn die Ärzte ein  
110 Gespräch gehabt haben, aber ich selber habe es nie in Anspruch genommen oder nötig gefun-  
111 den.  
112 I: Ok. Aber es gibt ja häufig auch andere Personen. Also, wir unterscheiden oft zwischen pro-  
113 fessionellen Dolmetscher:innen mit Ausbildung und so weiter, und halt Laiendolmetscher:in-  
114 nen. Das kann ja dann alles Mögliche sein.  
115 IP: Die Kinder dann zum Beispiel.  
116 I: Genau. Angehörige, Familie; wie häufig passiert das, dass da so jemand dabei ist?  
117 IP: Das passiert schon öfters, also Angehörige dolmetschen schon öfters. Und manchmal sind  
118 es auch Reinigungsdamen bei uns. Gerade in der Pflege ist es oft so- also, das merkt man  
119 schon, dass, wenn die wissen, da ist jemand da, der nur ihre Sprache spricht oder so, dann bie-  
120 ten sie es sehr oft einmal an, dass man fragen kann. Da geht es oft um, eh, Kleinigkeiten, wo  
121 man halt wieder mal ein bisschen ansteht. Großes Thema ist eh immer das Essen fragen ei-  
122 gentlich. [lacht] Weil es bei uns doch auch ein zentrales Thema ist auch und man da auch  
123 schnell an Grenzen stößt.  
124 I: Ok, und jetzt mehrsprachiges, also, sonstiges medizinisches oder Pflegepersonal, wird das  
125 oft zugezogen?  
126 IP: Ähm, naja... [überlegt] Das ist halt je nachdem wie es halt der Zufall ist. Ich habe eine Ar-  
127 beitskollegin, die gebürtige- ja, ich weiß nicht, ob sie Rumänin ist oder Ungarin, so Grenzge-  
128 biet, glaube ich. Und die spricht Ungarisch und die hat zum Beispiel damals mit dieser ungari-  
129 schen Patientin super reden können.  
130 I: Mhm.  
131 IP: Was bei uns auch der Vorteil ist, weil wir eben Bezugspflege sind. Und natürlich, wenn  
132 sie dann im Dienst war, war sie dann bei der dann einfach zugeteilt, weil es einfach praktisch  
133 war. Also, insofern ist es kein Nachteil, wenn man mehrsprachig ist. [lacht]  
134 I: Ja, genau, das wäre eh meine nächste Frage gewesen. Sind Sie selbst mehrsprachig?  
135 IP: [lacht] Leider nein.  
136 I: Englisch vielleicht?  
137 IP: Ja, Englisch, da kann ich mich mit Händen und Füßen verständigen, ja.  
138 I: Ok, aber sind diese wenigen Fremdsprachenkenntnisse dann für Sie trotzdem schon nütz-  
139 lich?  
140 IP: Ja, also Englisch ist eigentlich sehr wichtig. Wir haben auch immer wieder Touristen, oder  
141 nicht Touristen direkt, aber wirklich Leute, die auf Urlaub da waren und dann ihr Prozess  
142 dann so rasant vorangeschritten ist, dass sie halt bei uns landen. Das haben wir schon gehabt

143 auch. Und ja. Wir haben auch schon Patienten gehabt, die wirklich nur Englisch gesprochen  
144 haben, das gibt es auch immer wieder.

145 I: Ok, aber um jetzt anderen Kolleginnen oder Kollegen mit Ihren Englischkenntnissen auszu-  
146 helfen, ist dann wahrscheinlich eher nicht der Fall?

147 IP: Also, da können die meisten besser Englisch wie ich. [lacht] Das muss man schon sagen,  
148 da merkt man das Alter. Die Jungen können schon- haben schon wesentlich mehr Englisch  
149 gelernt, als wir es damals gelernt haben.

150 I: Ok. Ähm, gut. Dann Körpersprache haben wir jetzt eh schon besprochen. Ähm, haben Sie  
151 das Gefühl, wenn es einen Unterschied macht, ob, wenn Sie jetzt- also, ob Sie sich jetzt wirk-  
152 lich direkt mit den Personen, mit den Patient:innen verständigen können, oder ob da jetzt eine  
153 Sprachbarriere quasi im Weg ist, dass da jetzt mehr kommuniziert wird, oder ausführlicher  
154 und so weiter.

155 IP: Macht bestimmt einen Unterschied. Für mich vielleicht insofern, dass ich mir vielleicht  
156 schon beim Reingehen überlege, wie sage ich das jetzt? Oder, wie- wenn- Wie erkläre ich  
157 dann trotzdem jetzt, was ich machen möchte, oder was jetzt geplant ist, dass ich mir beim  
158 Reingehen schon denke, wie sage ich da jetzt? Ähm, ich glaube, einen größeren Unterschied  
159 macht es vielleicht noch für den Patienten selber, weil er halt auch nicht so kommunizieren  
160 kann mit uns und sich vielleicht auch nicht so verstanden fühlt. Das kann ich mir schon vor-  
161 stellen.

162 I: Ja, ok. Und glauben Sie, dass es einen Unterschied macht, wer jetzt da die Person ist, die  
163 dann dasteht und ein Gespräch dolmetscht, wenn jemand anwesend ist? Also, ob das jetzt  
164 wirklich ein externer Dolmetscher zum Beispiel wäre oder ob da ein Familienmitglied dol-  
165 metscht, der Ehemann, oder die Kinder. Welche Einflüsse glauben Sie macht das, wer jetzt da  
166 wirklich die Person ist, die da sprachmittelt?

167 IP: [überlegt] Bei manche Sachen glaube ich schon, dass es sinnvoll ist, wenn es ein professi-  
168 oneller Dolmetscher ist. Also gerade wenn es jetzt so um- Also, bei uns sind die Diagnosen  
169 meistens eh schon ausgesprochen. Aber ich denke mir, wenn es auch so um Gespräche geht,  
170 was wirklich jetzt Sache ist, gerade vom medizinischen Bereich, dann wäre es schon ge-  
171 schickt, wenn das nicht unbedingt ein Kind ist. Das ist sicher- oder oft ist es auch geschickt,  
172 wenn das nicht der Partner ist. Wobei, manche wünschen das auch, das gibt es auch, dass das-  
173 dann passt es auch. Ich denke mir, wenn das gewünscht ist, ist es auch ok.

174 I: Ok, gut. Dann wären wir mit den Kernfragen eh schon eigentlich durch. Außer Ihnen fällt  
175 noch irgendwas ein. Oder was Ihnen in der Zwischenzeit vielleicht eingefallen ist. [Pause]  
176 Dann würde ich ganz zurück an den Anfang rudern. Wann haben Sie Ihre Pflegeausbildung  
177 absolviert?

178 IP: [lacht, überlegt]

179 I: Ungefähr.

180 IP: Äh, ich habe 1992 diplomiert.

181 I: Ok, und können Sie sich erinnern, waren da Themen wie Transkulturalität oder Umgang  
182 mit Sprachbarrieren in irgendeiner Weise schon Thema?

183 IP: Sehr wenig. Also, bei uns war das sehr wenig Thema. Migration war damals- hat es schon  
184 auch gegeben, aber war nicht so das- Also, kann ich mich in der Ausbildung eigentlich kaum  
185 erinnern, dass das auch irgendwie gelernt worden wäre oder so. Es war unser Englisch sehr  
186 wenig, was wir in der Pflegeausbildung gehabt haben. Es hat Englisch gegeben, aber dürftig.  
187 [lacht]

188 I: Ok, aber jetzt seit Sie auch als Pflegekraft tätig sind, sind Ihnen jemals irgendwelche Schu-  
189 lungen, Fortbildungen oder Ähnliches untergekommen, die man dann machen könnte zu dem  
190 Thema?

191 IP: Schon. Also gerade auch auf der Palliativ ist auch angeboten gewesen schon- also, eigent-  
192 lich eher für kulturelle Unterschiede. Also, wie man auf verschiedene Kulturen eingeht. Sol-  
193 che Angebote gibt es schon.

194 I: Ok. Wird das auch angenommen?  
195 IP: Ja, schon. Also, wir haben auch eine Mitarbeiterin, die auf das spezialisiert ist, die sich  
196 mehr mit dem beschäftigt.  
197 I: Und glauben Sie, macht das auch Sinn, dass das Teil von den Ausbildungen ist? Oder dass  
198 es die Möglichkeiten gibt, dass man sich dahingehend weiterbildet?  
199 IP: Sicher kein- sicher notwendig. Ich denke mir, die Menschen- Also, ich denke mir, es ist  
200 einfach so, dass es die Migration gibt und dass da schon auch Bezug genommen auf das oder  
201 auf das Augenmerk gelegt wird. Glaube ich schon, dass das wichtig ist.  
202 I: Ok, dann habe ich noch ein letztes Stichwort, das vielleicht noch Einfluss haben kann. Der  
203 Pflegekräftemangel, ist der bei Ihnen im Bereich spürbar?  
204 IP: Jap. [lacht] Der ist spürbar. Also, es ist- war die letzten- Also, es spitzt sich eigentlich ge-  
205 rade ziemlich zu. Wobei wir auf der Palliativ noch relativ gut ausgestattet sind. Wir kriegen  
206 auch jetzt wieder eine neue junge Pflegerin. Aber wir müssen auch auf anderen Stationen aus-  
207 helfen, weil es einfach zu wenig gibt. Und da bin ich schon gespannt auf die ausländischen  
208 Pflegerinnen [lacht], die sie uns ja vorschlagen und als Lösung präsentieren. Wird bis zu ei-  
209 nem gewissen Grad eine Bereicherung werden. Da ist halt genau der kulturelle Unterschied  
210 dann zurück. Ich denke mir, wir haben doch einen Großteil Patienten, die halt da geboren  
211 sind, die oft nichts anderes gesehen haben und ja. Wie die dann mit dem umgehen...  
212 I: Also, müssen sich dann beide Seiten darauf einstellen.  
213 IP: Genau [lacht].  
214 I: Ok. Und glauben Sie, dass wenn zu wenig Personal da ist und entsprechend vielleicht mehr  
215 Zeitdruck und so weiter herrscht, dass das dann zusätzlich vielleicht einen Einfluss haben  
216 kann auf die Situation, wie jetzt mit nicht-deutschsprachigen Patient:innen dann kommuni-  
217 ziert oder umgegangen wird.  
218 IP: Ich befürchte, dass das schon Einfluss hat. Weil einfach, wenn weniger Zeit ist, gerade,  
219 habe ich eh vorher gesagt, es dauert mehr Zeit, man braucht mehr Zeit zur Kommunikation,  
220 bis du eine Antwort hast, bis du weißt, was der meint. Und ich bin mir sicher, dass dann schon  
221 manchmal nicht so genau drauf eingehen kann, was der meint oder was der gerade möchte.  
222 I: Ok, gut, dann wären wir eh schon am Ende. Ok. Also, danke für die interessanten Einbli-  
223 cke. Gibt es noch irgendetwas, was Ihnen noch unter den Nägeln brennt, oder was Sie noch  
224 loswerden möchten?  
225 IP: [lacht] zu dem Thema... [überlegt] Ich denke mir, dass es schon wichtig ist. Also, ich  
226 denk' mir, die jungen Leute wachsen eh schon mit dem auf, dass sie mehr kulturell- also, dass  
227 sie auch interessiert sind an den Kulturen. Also, ich denke mir, dass es wichtig ist, dass man  
228 respektvoll miteinander umgeht, dass das das Wichtigste ist. Und dann kommt man eigentlich  
229 auch mit Sprachbarrieren ganz gut zurecht.  
230 I: Schöne Schlussworte. Na gut, dann also, wie gesagt, es ist anonym. Sollten Sie trotzdem ir-  
231 gendwelche Bedenken haben, dass ich das verwende, bitte einfach Bescheid sagen, dann lasse  
232 ich das natürlich weg.  
233 IP: Ok.  
234 I: Passt, danke.

## **Abstract (dt.)**

Diese Masterarbeit untersucht den Einfluss von Transkulturalität und Sprachbarrieren auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften in oberösterreichischen Krankenhäusern. Die Forschungsfragen konzentrieren sich auf die spezifischen Auswirkungen dieser Faktoren auf die Pflegepraxis, die angewendeten Strategien zur Deckung des Kommunikationsbedarfs bei Vorhandensein von Sprachbarrieren zwischen Pflegekräften und Patient:innen sowie auf die Auswirkungen dieser Strategien auf die Kommunikation und die wahrgenommene Pflegequalität. Der theoretische Rahmen dieser Arbeit stützt sich auf Literatur zu einzelnen Aspekten der Translationspolitik der Europäischen Union und Österreichs sowie auf Transkulturalität und Mehrsprachigkeit im Gesundheitswesen und in Pflegeausbildungen und Pflegepraxis, wobei ein besonderer Fokus auf dem Konzept der *Transkulturellen Pflege* liegt. Um die zentralen Fragestellungen zu beantworten, wurden fünf Expert:inneninterviews mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften eines oberösterreichischen Krankenhauses durchgeführt und anschließend eine qualitative Inhaltsanalyse der erhobenen Daten durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse betonen die Rolle der Pflegekräfte als Vermittler, wobei Transkulturalität und Mehrsprachigkeit diese Rolle und die Pflegearbeit maßgeblich beeinflussen können. Es konnte ein guter Überblick über die Problembewältigungsstrategien der befragten Pflegekräfte ermittelt werden. Auch einige Faktoren, die einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den angewendeten Strategien haben, konnten ermittelt werden. Die Erkenntnisse dieser Arbeit bieten ein differenziertes Verständnis der Herausforderungen in multikulturellen Gesundheits- beziehungsweise Pflegekontexten und können als Basis für weitere Forschung angesehen werden, wobei vor allem eine breitere, vielfältigere Stichprobe an Expert:innen sowie regionale Vergleiche unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen weitere interessante Aufschlüsse liefern könnten.



## **Abstract (engl.)**

This master's thesis examines the impact of transculturality and language barriers on the daily work of hospital nurses in Upper Austrian hospitals. The research questions focus on the specific effects these factors can have on nursing practice, the applied strategies to meet communication needs when language barriers between healthcare professionals and patients occur, and on the consequences these strategies can have on communication and perceived nursing quality. The theoretical framework of this work is based on literature related to specific aspects of the translation policies of the European Union and Austria, as well as on transculturality and multilingualism in healthcare, nursing education, and nursing practice, with a particular emphasis on the concept of transcultural nursing. To address the central research questions, five expert interviews were conducted with hospital nurses in an Upper Austrian hospital, followed by a qualitative content analysis of the collected data. The key findings emphasize the role of nurses as intermediaries, with transculturality and multilingualism significantly influencing this role and the daily work routines of hospital nurses. Commonly employed strategies to meet communication needs with non-German-speaking patients as well as the perceived satisfaction among the interviewees with the applied strategies were discussed. The insights from this work provide a nuanced understanding of the challenges in multicultural health or nursing contexts and can be considered a foundation for further research, especially with a broader, more diverse sample of experts and regional comparisons across different healthcare facilities.