



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen im Rettungsdienst am Beispiel eines Telefondolmetschdienstes einer österreichischen Rettungsleitstelle“

verfasst von / submitted by

Bernhard Hauer, BA

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

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

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

A 065 360 342

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

Masterstudium Dolmetschen Russisch Englisch

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchhacker

**Für meinen Vater und meine Mutter!  
Danke für alles!**

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Methodik und Vorgehensweise .....	8
1.2. Forschungsfragen.....	9
2. Dolmetschen im Rettungsdienst - eine zunehmende Notwendigkeit?.....	11
2.1. Demographische Entwicklungen in Österreich ab den 1960er Jahren .....	11
2.2. Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem .....	15
2.3. Überwindung der sprachlichen und kulturellen Barrieren im Gesundheitswesen ....	22
2.3.1. Zur Situation in Österreich .....	29
2.3.2. Von der Klinik zur Präklinik.....	31
2.4. Zusammenfassung .....	34
3. Telefondolmetschen .....	36
3.1. Grundlegendes .....	36
3.2. Meilensteine in der Entwicklung des Telefondolmetschens .....	37
3.3. Die Landschaft der Telefondolmetschdienste in Europa.....	40
3.4. Anwendungsbereiche des Telefondolmetschens .....	44
3.4.1. Dolmetschen im Gesundheitswesen.....	46
3.5. Ablauf einer Telefondolmetschung .....	49
3.6. Technische Anforderungen.....	50
3.7. Telefondolmetschen vs. Face-to-Face Dolmetschen .....	53
3.7.1. Fehlender Sichtkontakt.....	53
3.7.2. Qualität der Dolmetschungen.....	55
3.7.3. Turn-taking und der Einsatz von direkter und indirekter Rede.....	57
3.7.4. Einsatzbereiche.....	59
3.7.5. Kosten.....	61
3.7.6. Räumliche Distanz .....	63

3.8.	Vor- und Nachteile .....	64
3.8.1.	Vorteile.....	64
3.8.2.	Nachteile.....	65
3.9.	Anforderungen an die Dolmetscherinnen und Dolmetscher .....	67
3.10.	Telefondolmetschen in medizinischen Notfallsituationen .....	68
3.11.	Vom telephone interpreter zum remote interpreter .....	70
3.12.	Zusammenfassung .....	72
4.	Das österreichische Rettungswesen .....	73
4.1.	Der Rettungsdienst in Österreich.....	73
4.1.1.	Historische Entwicklung des Rettungsdienstes.....	74
4.1.2.	Rechtliche Grundlagen und Rettungsdienstorganisationen.....	76
4.1.3.	Personal und Ausbildung .....	78
4.1.4.	Fahrzeugtypen und Ausrüstung.....	82
4.1.5.	Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes .....	84
4.2.	Die Rettungsleitstelle.....	86
4.2.1.	Personal und Ausbildung .....	87
4.2.2.	Aufgaben der Leitstelle .....	88
4.3.	Zusammenfassung .....	88
5.	Der Notfall aus Sicht von Leitstelle und Rettungsdienst.....	90
5.1.	Definition „Notfall“.....	90
5.2.	Die Rettungskette .....	91
5.3.	Der Notruf.....	93
5.3.1.	Advanced Medical Priority Dispatch System™ .....	95
5.4.	Der Rettungsdienst .....	100
5.4.1.	Strukturiertes Vorgehen im Einsatz nach ABCDE .....	101
5.5.	Zusammenfassung .....	106
6.	Herausforderungen bei fremdsprachigen Notfallopfern .....	107

6.1.	Kommunikative und psychologische Aspekte .....	107
6.2.	Rechtliche Aspekte .....	110
6.3.	Kulturelle Aspekte .....	112
6.4.	Zur Überbrückung von Sprach- und Kulturbarrieren im Rettungsdienst .....	114
6.5.	Zusammenfassung .....	116
7.	Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich.....	117
7.1.	Zur Interviewführung und Auswertung .....	117
7.2.	Die Rettungsleitstelle Notruf Niederösterreich .....	119
7.2.1.	Bearbeitung eines fremdsprachigen Notrufs .....	121
7.2.2.	Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich .....	124
7.2.3.	Ablauf einer Telefondolmetschung bei Notruf Niederösterreich.....	127
7.3.	Ein Telefondolmetschdienst mit professionellen Dolmetschenden?.....	129
7.4.	(Telefon)dolmetschen aus Sicht der Handlungstragenden .....	131
7.4.1.	Häufigkeit von Einsätzen mit fremdsprachigen Notfallopfern .....	131
7.4.2.	Sprachen der fremdsprachigen Notfallopfer .....	133
7.4.3.	Herausforderungen bei fremdsprachigen Notfallopfern .....	133
7.4.4.	Strategien zur Überbrückung von Sprachbarrieren .....	136
7.4.5.	Face-to-Face-Dolmetschen vs. Telefondolmetschen .....	138
7.4.6.	Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich .....	139
7.4.7.	Zeitkritische Patientinnen und Patienten.....	140
7.4.8.	Rolle und Erwartungen an Dolmetschende .....	141
7.4.9.	Qualitätssicherung und Professionalität .....	146
7.4.10.	Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und Verbesserungsbedarf.....	149
7.4.11.	Professionelle Telefondolmetschdienste .....	150
8.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	152
8.1.	Handlungsempfehlungen und Ausblick.....	159
	Bibliographie.....	161

Abstract .....	183
Anhang .....	185

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abb. 1: Die Rettungskette .....	92
Tab. 1: Schätzung - Notrufe und Einsätze im niederösterreichischen Rettungsdienst.....	14
Tab. 2: Ausbildungen im österreichischen Rettungsdienst gemäß San-AV - Überblick .....	80
Tab. 3: Rettungsdienstfahrzeuge in Österreich gemäß ÖNORM/EN 1789 .....	83
Tab. 4: Rettungsdienstfahrzeuge und ihr Aufgabenbereich .....	86
Tab. 5: AMPDS <sup>TM</sup> -Hauptbeschwerdeprotokolle.....	97
Tab. 6: Beispiel eines Einsatzcodes mit Erklärungen .....	98
Tab. 7: Beispiele für Ausrückordnungen .....	99
Tab. 8: Das ABCDE-Schema im Überblick.....	105
Tab. 9: <i>Notruf Niederösterreich</i> - Dolmetschende im Telefondolmetschdienst .....	125

# 1. Einleitung

Ob Schlaganfall, Herzinfarkt, Verkehrs- oder Freizeitunfall - medizinische Notfälle ereignen sich plötzlich und unerwartet. Das Fehlen an vergleichbaren Erfahrungsmustern macht eine Einordnung des Notfallgeschehens in den persönlichen Lebenshorizont unmöglich und führt dazu, dass sich die betroffene Person in einer noch nie da gewesenen „Extremsituation par excellence“ (Hannich 2004: 2) wiederfindet und auf die Hilfe fremder Menschen angewiesen ist. Von den Helferinnen und Helfern wird erwartet, dass sie die aus den Fugen geratene Welt wieder in geordnete Bahnen bringen.

Doch nicht immer sind die Bedingungen für den optimalen Ablauf eines Rettungseinsatzes gegeben. Die verstärkte Mobilität von Menschen am Arbeitsmarkt und im Bereich der Bildung, anhaltende Migrationsbewegungen sowie das aktuelle Flüchtlingsaufkommen stellen den Rettungsdienst vor große Herausforderungen. Die Multikulturalität und Mehrsprachigkeit der österreichischen Gesellschaft hat Einzug in den präklinischen Alltag gefunden. Nicht-deutschsprachige Notfallopfer sind bei weitem keine Seltenheit mehr.

Voraussetzung für eine adäquate und zügige Hilfeleistung ist eine funktionierende Kommunikation zwischen den Notfallopfern bzw. dessen Umfeld und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Rettungsleitstelle und des Rettungsdienstes (vgl. Redelsteiner 2011a: 179). Um die geeigneten Hilfskräfte an den Notfallort zu entsenden, müssen gezielte Fragen der Notrufexpertin bzw. des Notrufexperten in der Leitstelle beantwortet werden. Fehlt im Falle einer nicht-deutschsprachigen Notfallmelderin bzw. eines nicht-deutschsprachigen Notfallmelters bzw. Notfallopfers eine gemeinsame Sprache zur Kommunikation oder sind die Sprachkenntnisse nur unzureichend ausgeprägt, ergibt sich ein Dolmetschbedarf (vgl. Pöchhacker 2000a: 12), der hinsichtlich des hohen Entscheidungs- und Handlungsdrucks im rettungsdienstlichen Setting (vgl. Hackstein 2010: 462) schnellstmöglich gedeckt werden muss.

Auch am Notfallort erschweren zunächst sprachliche Barrieren eine adäquate medizinische und psychosoziale Versorgung und Behandlung. Hinzu treten rechtliche Probleme und kulturelle Missverständnisse, durch die emotionale Situationen eskalieren können und die Arbeit des Rettungsdienstes zusätzlich erschwert wird (vgl. Lasogga & Gasch 2011: 86f.). Der Rückgriff auf Familienmitglieder, vor allem Kinder, als Laiendolmetschende in medizinischen Settings hat in sich in zahlreichen Studien als höchst problematisch erwiesen (vgl. Pöchhacker 2000a) und steht somit im Widerspruch zu einer gewissenhaften und sorgfältigen Vorgehensweise des Rettungsdienstes. Um die hohen Standards der Rettungsleitstellen und des Rettungsdienstes in Österreich zu wahren, empfiehlt sich demnach ein Einsatz professio-

nell ausgebildeter Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Wie und ob dieser Einsatz erfolgen kann, ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

## **1.1. Methodik und Vorgehensweise**

Ziel der nun folgenden Seiten ist, den Bedarf an Dolmetschungen im österreichischen Rettungsdienst nachzuweisen, die gängige Praxis zur Überwindung von Sprach- und Kulturbarrieren zu beschreiben und anschließend mit dem Telefondolmetschen einen Lösungsansatz zu präsentieren, der anhand eines Beispiel beschrieben wird. Darüber hinaus werden das österreichische Rettungswesen und die Vorgangsweise von Leitstelle und Rettungsdienst detailliert dargestellt, um Dolmetscherinnen und Dolmetschern einen Überblick über diesen Tätigkeitsbereich zu geben.

Ausgehend von Überlegungen zur demographischen Entwicklung der österreichischen Gesellschaft, den Problemen und Barrieren für einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem und der üblichen Vorgehensweise bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen in Kapitel 2, wird in Kapitel 3 die Methode des Telefondolmetschens zunächst historisch betrachtet. Nachfolgend werden Telefondolmetschdienste und Anwendungsbereiche mit Fokus auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen vorgestellt, um schließlich das Telefondolmetschen kontrastiv mit dem Dolmetschen vor Ort zu vergleichen und seine Vor- und Nachteile zu diskutieren. Die Anforderungen an die Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind dabei ebenso Thema wie auch die speziellen Bedingungen des Telefondolmetschens in Notfallsituationen.

Um das Potenzial des Telefondolmetschens in Notfallsituationen für den österreichischen Rettungsdienst nachweisen zu können, werden in Kapitel 4 zunächst die historische Entwicklung, die rechtlichen Grundlagen, das Personal und seine Ausbildung, die unterschiedlichen Fahrzeugtypen sowie die Aufgabenbereiche des österreichischen Rettungsdienstes umrissen. Anschließend wird die Rettungsleitstelle mit ihrem Personal und ihren Aufgaben skizziert. Kapitel 5 beschäftigt sich mit dem Begriff ‚Notfall‘ und beschreibt dessen Abwicklung nach strukturierten und standardisierten Schemata, die in Österreich sowohl in der Leitstelle als auch im Rettungsdienst Verwendung finden. Welche Probleme bei fremdsprachigen Notfallmelderinnen und Notfallmeldern bzw. fremdsprachigen Patientinnen und Patienten auftreten können, versucht Kapitel 6 in Bezug auf kommunikative, psychologische, rechtliche und kulturelle Aspekte zusammenzufassen, ehe in Kapitel 6.4 das Leistungsvermö-

gen von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern für das österreichische Rettungswesen geklärt wird.

Im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 7) wird der Telefondolmetschdienst der niederösterreichischen Rettungsleitstelle *Notruf Niederösterreich* und dessen Struktur und Nutzung näher beschrieben. Zu diesem Zwecke wurde mit sämtlichen Handlungsträgern und Handlungsträgerinnen eines medizinischen Notfalls (Leitstelle, Dolmetscher/in, Rettungsdienst) eine qualitative Befragung in Form von halbstrukturierten Leitfadeninterviews durchgeführt. Die Interviews werden einer genauen Analyse unterzogen, die auf die spezifische Sicht der Beteiligten in puncto Dolmetschen bzw. Telefondolmetschen Rücksicht nimmt. Kapitel 8 fasst die Ergebnisse der Arbeit zusammen und gibt eine Antwort auf die Forschungsfrage.

## 1.2. Forschungsfragen

In Anlehnung an Patrascu (2015) kann die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit folgendermaßen formuliert werden: **Welchen Beitrag kann das Telefondolmetschen für Leitstellen und den Rettungsdienst leisten?** Darüber hinaus ist die Arbeit bemüht, Antworten auf die folgenden Subfragen zu geben:

- Woraus ergibt sich der Dolmetschbedarf im Rettungsdienst?
- Wie werden Sprach- und Kulturbarrieren im Gesundheitswesen überwunden?
- Wie ist der aktuelle Forschungsstand zum Thema *Telefondolmetschen*?
- Ist das Telefondolmetschen eine optimale Lösung für den Rettungsdienst?
- Wie ist der Rettungsdienst in Österreich aufgebaut?
- Wie arbeiten Leitstelle und Rettungsdienst?
- Zu welchem Zwecke ist der Einsatz von professionellen Dolmetschenden in der Leitstelle und im Rettungsdienst besonders indiziert bzw. gar unumgänglich?
- Was muss ein/e Dolmetscher/in wissen, um für Leitstelle und Rettungsdienst dolmetschen zu können?

Für den empirischen Teil der Arbeit soll im Hinblick auf die Untersuchung des Telefondolmetschdienstes von *Notruf Niederösterreich* auf folgende Punkte eingegangen werden:

- Wie ist *Notruf Niederösterreich* entstanden?
- Warum wurde ein Telefondolmetschdienst eingerichtet? Ist dieser professionell?

- Wie oft wird der Telefondolmetschdienst von der Leitstelle und dem Rettungsdienst genutzt? Wann und warum?
- Wie funktioniert die Abwicklung eines fremdsprachigen Notrufs mithilfe des Telefondolmetschdienstes?
- Wie wird das Thema Dolmetschen bzw. Telefondolmetschen aus der Sicht der Leitstelle, der Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher und des Rettungsdienstes gesehen?

Die vorliegenden Kapitel geben nach den Arbeiten von Figl (2011), Patrascu (2015) und Koppelstätter (2016) einen weiteren Einblick in das Dolmetschen in Notfallsituationen, wobei erstmalig detailliert auch das rettungsdienstliche System in Österreich sowie die Vorgehensweise von Leitstelle und Rettungsdienst behandelt wird und so genaue Ansatzpunkte für den Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern ersichtlich werden. Diese Arbeit versteht sich damit auch als erstes Nachschlagwerk für Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die in diesem Bereich tätig werden wollen.

## **2. Dolmetschen im Rettungsdienst - eine zunehmende Notwendigkeit?**

Der Bedarf an Dolmetschungen im österreichischen Rettungsdienst wurde bereits in der Einleitung kurz skizziert. Demnach wurde konstatiert, dass unzureichende oder fehlende Sprachkenntnisse bzw. kulturelle Missverständnisse in der Kommunikation mit dem Personal der Leitstelle und des Rettungsdienstes die Notwendigkeit einer Dolmetschung bedingen, um eine optimale Versorgung und Behandlung der betroffenen Person zu ermöglichen. Auch in Zukunft darf erwartet werden, dass die Anzahl an nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst weiter steigen wird. Doch wie erklärt sich der Anstieg und welche Barrieren erschweren den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem und damit den Leistungen des Rettungsdienstes?

### **2.1. Demographische Entwicklungen in Österreich ab den 1960er Jahren**

Mögliche Erklärungsansätze für den Anstieg nicht-deutschsprachiger Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst ergeben sich zunächst aus den demographischen Entwicklungen der österreichischen Gesellschaft ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts:

Österreich ist seit vielen Jahrzehnten ein Einwanderungsland. Seit dem Beginn der 1960er Jahre ist die Bevölkerungszahl durch Zuwanderung um ca. 1.154.000 Personen angestiegen (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2016: 24). Durch die gezielte Anwerbung von Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei zum Ausgleich des heimischen Arbeitskräftemangels in den 1960er und Anfang der 1970er Jahren erhöhte sich der Anteil der ausländischen Bevölkerung sprunghaft. Das damals von der staatlichen Politik verfolgte ‚Rotationsprinzip‘, das keine dauerhafte Niederlassung vorsah, sondern eine temporäre Rotation von Arbeitskräften und eine möglichst rasche Rückkehr der Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter in ihre Heimatländer forcierte, scheiterte nicht zuletzt an der fehlenden Bereitschaft der Firmen, jedes Jahr die Einschulung neuer Arbeitskräfte vorzunehmen (vgl. Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen 2014). So blieben viele Arbeiterinnen und Arbeiter in Österreich und holten ihre Familien nach. Die öffentlichen Institutionen, darunter auch die Einrichtungen des Gesundheitswesens, waren wider ihren Erwartungen nun mit der Aufgabe konfrontiert, nicht-deutschsprachigen Personen einen gleichberechtigten Zugang zu ihren Leistungen einzuräumen (vgl. Pöchlhammer 2000a: 147).

Der Jugoslawienkrieg Anfang der 1990er Jahre führte erneut zu einer starken Zuwanderung, ehe strikte Regulierungen der Ausländerbeschäftigungs- und Aufenthaltsgesetze Migrationsbewegungen nach Österreich vorübergehend stagnieren ließen (vgl. Binder-Fritz 2011: 119). Durch die Zuwanderung aus den Staaten der erweiterten Europäischen Union kam es um die Jahrtausendwende abermals zu mehr Immigration (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 24).

Mit 1. Jänner 2017 lebten in Österreich insgesamt 1.341.930 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (vgl. Statistik Austria 2017a), wobei etwa die Hälfte aus anderen EU- und EFTA-Ländern stammte. Gemessen an der Gesamtbevölkerung des Landes entspricht dies einem Anteil von 15,3% (vgl. Statistik Austria 2017b). Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit stellten dabei die größte Ausländergruppe dar. Bei den Drittstaatenangehörigen waren Zuwanderinnen und Zuwanderer mit serbischer und türkischer Staatsangehörigkeit am häufigsten vertreten (vgl. Statistik Austria 2017a).

Einen Migrationshintergrund hatten in Österreich im Jahre 2016 ca. 1.898.000 Personen (vgl. Statistik Austria 2017c). Diese Zahl fällt deshalb höher aus, da ein Migrationshintergrund unabhängig von der Staatsangehörigkeit all jenen Personen zugeschrieben wird, die entweder selbst im Ausland geboren sind (Migrationshintergrund der 1. Generation) oder in Österreich als Nachkomme von Eltern mit Geburtsort im Ausland zur Welt kamen (Migrationshintergrund der 2. Generation) (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2016).

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie oft die Leitstelle und der Rettungsdienst mit Patientinnen und Patienten ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. mit Personen mit Migrationshintergrund konfrontiert sind, errechnet Machado (2013: 9ff.) auf der Basis demographischer Daten und den Zahlen zu Notrufen, Notfalleinsätzen und Krankentransporten aus dem Bericht der Bundesanstalt für Straßenwesen über die Leistungen des Rettungsdienstes eine ungefähre Einsatzzahl für die Jahre 2008/2009 in Deutschland. Analoge Berichte und Zahlen zum österreichischen Rettungsdienst liegen nicht vor. Alleine für das flächengrößte Bundesland Niederösterreich kann eine quantitative Schätzung der Notrufe und Notfalleinsätze unter Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund mit und ohne ausländische Staatsangehörigkeit erfolgen. Krankentransporte werden aufgrund ihrer nichtzeitkritischen Natur in nachfolgender Schätzung nicht berücksichtigt:

Laut Statistik Austria (2017c) lebten im Jahre 2016 in Niederösterreich insgesamt 1.639.100 Menschen. 226.745 Personen (ca. 13,83%, ohne Deutschland) hatten einen Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria 2017d). 143.254 Personen waren ausländische Staats-

angehörige (ca. 8,74%, ohne Deutschland) (vgl. Statistik Austria 2017b). Die niederösterreichische Rettungsleitstelle *Notruf Niederösterreich* verzeichnete im Jahreszeitraum 2016 264.142 144-Notrufe (722 pro Tag). 217.703 dieser Anrufe (595 pro Tag) wurden als Notfalleinsätze deklariert (vgl. Notruf Niederösterreich 2017a). Wie Machado (2013: 9) geht auch diese Berechnung von einer gleichen Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch Personen mit und ohne Migrationshintergrund aus. Für den Schätzungszeitraum lassen sich folgende Aussagen treffen (vgl. Tab. 1):

- Im Jahr 2016 könnten in der niederösterreichischen Rettungsleitstelle 36.531 Notrufe (pro Tag 100) von Personen mit Migrationshintergrund eingegangen sein. 23.086 (pro Tag 63) der Notfallmelderinnen und Notfallmelder könnten Bürgerinnen und Bürger mit ausländischer Staatsangehörigkeit gewesen sein.
- Bei Notfalleinsätzen könnten 2016 30.108 (pro Tag 82) Personen mit Migrationshintergrund betroffen gewesen sein. Personen mit Migrationshintergrund und ausländischer Staatsangehörigkeit könnten bei 19.027 Einsätzen (pro Tag 52) beteiligt gewesen sein.
- Daraus ergibt sich, dass laut dieser Schätzung bei etwa jedem 7. Notfalleinsatz oder Notruf eine Person mit Migrationshintergrund involviert sein könnte. Bei Personen mit Migrationshintergrund und ausländischer Staatsangehörigkeit könnte dies bei etwa jedem 11. Notfalleinsatz oder Notruf der Fall sein.

Wie auch die Schätzung von Machado (2013) sind die berechneten Zahlen nur sehr bedingt aussagekräftig, da sie keinerlei Rückschlüsse auf die tatsächliche Zahl der Notrufe und Notfalleinsätze unter Beteiligung der oben genannten Personengruppen zulassen. Demnach könnte ein und dieselbe Person mehrmals pro Jahr die Leistungen der Leitstelle und des Rettungsdienstes in Anspruch nehmen. Wie Machado (2013: 11) des Weiteren ausführt, lassen sich Personen mit Migrationshintergrund meist in und um Ballungsgebiete nieder. Die Zahlen für die Bundeshauptstadt Wien und andere große Städte (u.a. Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck) könnten demnach um ein Vielfaches höher ausfallen.

Trotz dieser Unzulänglichkeiten gibt die vorgenommene Schätzung dennoch einen ersten Hinweis darauf, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit oder ohne ausländische Staatsangehörigkeit bereits jetzt zum alltäglichen Klientel der Rettungsleitstellen und des Rettungsdienstes in Österreich gehören.

**Tab. 1: Schätzung - Notrufe und Einsätze im niederösterreichischen Rettungsdienst (1) gesamt, (2) unter Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund und (3) ausländischer Staatsangehörigkeit 2016 (Die Zahlen wurden nach den gängigen mathematischen Regeln ab- bzw. aufgerundet)**

	<b>Gesamtbevölkerung Niederösterreichs (1):</b>	<b>Personen mit Migrations- hintergrund insgesamt (2):</b>	<b>Personen mit Migrations- hintergrund und ausländi- scher Staatsangehörigkeit (3):</b>
	1.639.100 Personen	226.745 Personen (ca. 13,83 % ohne Deutsch- land)	143.254 Personen (ca. 8,74%, ohne Deutsch- land)
<b>144-Notrufe insgesamt</b>	264.142 Notrufe	36.531 Notrufe	23.086 Notrufe
<b>144-Notrufe pro Tag</b>	722 Notrufe	100 Notrufe	63 Notrufe
<b>Notfalleinsätze insgesamt</b>	217.703 Einsätze	30.108 Einsätze	19.027 Einsätze
<b>Notfalleinsätze pro Tag</b>	595 Einsätze	82 Einsätze	52 Einsätze

Zieht man nun zusätzlich die Altersstruktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 29) in Betracht, kann für einen Großteil der Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation ein Alter zwischen 20 und 40 Jahren festgestellt werden. Da mit fortschreitendem Alter mehr gesundheitliche Probleme zu erwarten sind (vgl. Saß et al. 2010: 405), ergibt sich demnach auch hieraus, dass ähnlich wie in Deutschland (vgl. Machado 2013: 8) in den nächsten 20 bis 30 Jahren eine höhere Beanspruchung der Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems, u.a. auch des Rettungsdienstes, durch diese Patientinnen- und Patientengruppe wahrscheinlich wird. Doch nicht immer gestaltet sich der Zugang zum Gesundheitssystem für Personen mit Migrationshintergrund problemlos, wie das nächste Unterkapitel zeigt.

## 2.2. Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem

Rein formal gesehen haben alle in Österreich versicherten Personen unabhängig von ihrem Migrationsstatus „gleiche *Zugangschancen* zum Gesundheitssystem.“ [Hervorhebung durch den Verfasser] (Anzenberger et al. 2015: IV) Wie eine großangelegte Studie der European Agency for Fundamental Rights (2013) in fünf EU-Mitgliedsstaaten (Österreich, Tschechien, Italien, Schweden und Großbritannien) zeigt, sind Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen jedoch erheblich benachteiligt. Als größte Zugangsbarriere wurde von allen befragten Migrantinnen und Migranten<sup>1</sup> die Sprache des Aufnahmelandes genannt (vgl. European Agency for Fundamental Rights 2013: 47). Zusätzlich verschärft wird dieser Umstand durch die oft fehlende Mehrsprachigkeit des medizinischen Personals im österreichischen Gesundheitswesen (vgl. Anzenberger et al. 2015: 59). Defizitäre oder nicht vorhandene Kenntnisse der jeweiligen Landessprache stellen vor allem für neu angekommene Zuwanderinnen und Zuwanderer, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und weibliche Betroffene mit Betreuungspflichten eine Hürde dar (vgl. European Agency for Fundamental Rights 2013: 47). Auch für Karl-Trummer und Novak-Zezula (2009: 369) steht zunächst die Sprachbarriere einer adäquaten medizinischen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund im Weg.

Über die Deutschkenntnisse von Personen mit Migrationshintergrund in Österreich liegen kaum genaue Statistiken vor (vgl. Meyer 2009: 142). Standardisierte Testverfahren, wie z.B. Sprachstandserhebungen in Kindergärten oder Schulen, haben dennoch eine, wenn auch begrenzte, Aussagekraft über die Sprachkompetenz von Kindern mit Migrationshintergrund. Daten über die Sprachbeherrschung älterer Personen mit Migrationshintergrund werden in der empirischen Sozialforschung üblicherweise anhand von Selbsteinschätzungen erhoben (vgl. BAMF 2008: 5).

Eine im Jahre 2008 durch das Bundesinstitut BIFIE durchgeführte Sprachstandserhebung bei 4 ½ bis 5 ½-jährigen Kindern attestierte rund 58% der Kinder, die mit einer anderen Muttersprache als Deutsch aufgewachsen waren und einen Kindergarten besuchten, einen zusätzlichen Förderbedarf zum Erlangen einer altersgerechten Sprachkompetenz im Deutschen (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 42). Da Kindern im Vergleich zu Erwachsenen der Erwerb einer neuen Sprache um ein Vielfaches leichter fällt, kann jedoch davon aus-

---

<sup>1</sup> Als Migrantinnen und Migranten werden Personen bezeichnet, die aus eigenen Motiven - jedoch nicht aus Gründen einer Verfolgung - ihr Heimatland verlassen und die Absicht haben, sich in einem anderen Land niederzulassen. Im Aufnahmeland werden Migrantinnen und Migranten korrekterweise ‚Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation‘ genannt (vgl. UNHCR 2016).

gegangen werden, dass sie ihren Alltag in späteren Lebensjahren ohne Verständigungsprobleme meistern können (vgl. Kuljuh 2003: 145).

Für neu zugewanderte Personen stellt der Spracherwerb des Deutschen ein größeres Problem dar. 2011 wurde eine Studie zur Beschäftigungssituation von Personen mit Migrationshintergrund der 1. und 2. Generation in Wien publiziert, in der knapp 60% der befragten 2.001 Personen der Zielgruppe ihre schriftlichen und mündlichen Deutschkenntnisse als fließend einstufen. Etwa 40% der interviewten Personen mit Migrationshintergrund schätzten ihre Sprachkompetenz als defizitär ein, wobei ungewiss bleibt, was unter defizitären Sprachkenntnissen zu verstehen ist. Bei den jüngeren Befragten mit Migrationshintergrund der 2. Generation und den Migrantinnen und Migranten mit längerer Aufenthaltsdauer in Österreich wurde erwartungsgemäß eine höhere Sprachkompetenz festgestellt (vgl. Riesenfelder et al. 2011: 193).

Nicht immer geht ein längerer Aufenthalt im Aufnahmeland jedoch mit einer Verbesserung der Deutschkenntnisse einher. Meyer (2009: 140f.) stellt in seinem Artikel zu den Deutschkenntnissen von Migrantinnen und Migranten und den daraus resultierenden Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus fest, dass sprachliche Kompetenz graduell und dynamisch ist und der Grad an Sprachbeherrschung je nach Erwerbsbeginn und -kontext stark variieren kann. Da Migrantinnen und Migranten das Deutsche zumeist ungesteuert, d.h. ohne den Besuch von Sprachkursen, erwerben, entwickelt sich „nach einem anfangs dynamischen Erwerbsprozess oftmals ein nur eingeschränkter Formenbestand, der jahrelang mehr oder weniger unverändert beibehalten wird.“ (Meyer 2009: 141) Dies erkläre, warum Migrantinnen und Migranten, die sich schon lange im Aufnahmeland aufhalten und die Landessprache sprechen, im institutionellen Setting in manchen Fällen Dolmetscherinnen und Dolmetscher benötigen. In diesen Situationen müsse aufgrund vorhandener Sprachkenntnisse aber generell von einem „Nebeneinander von gedolmetschter und direkter Interaktion“ (Meyer 2009: 154) ausgegangen werden.

Krankenhausaufenthalte und im weiteren Sinne auch Begegnungen mit dem Rettungsdienst stellen besondere sprachliche Anforderungen an die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die sich mit einer ungesteuert erworbenen alltagssprachlichen Kompetenz nur schwer bewältigen lassen (vgl. Meyer 2009: 143) und daher das Hinzuziehen einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers nahe legen. Zudem scheint gerade in medizinischen Notfallsituationen ein verstärkter Wunsch nach einer Kommunikation in der Muttersprache vorzuherrschen. Laut Erim und Möllering (2004: 178) erinnere die Muttersprache an frühe Kindheitserlebnisse, die mit Sicherheit und Geborgenheit in Verbindung gebracht wer-

den, und setze Selbstheilungsmechanismen in Gang. Dem Rettungsdienst sei es hingegen nur schwer möglich, bei Verständigungsproblemen ein Gefühl an Sicherheit zu vermitteln.

Auch Meyer (2009: 144) vermutet in Bezug auf eine Studie von Khwaja et al. (2006) am Central Manchester sowie am Manchester Children's Hospital in Großbritannien, dass der in der Studie beschriebene Anstieg an Einsätzen des hauseigenen Dolmetschdienstes im Zeitraum von 1998 bis 2003 von 3.240 auf 5.492 Einsätzen trotz der potentiell vorhandenen Möglichkeit, mit vielen Migrantinnen und Migranten aus den ehemaligen britischen Kolonien direkt in Englisch kommunizieren zu können, auf das Bedürfnis nach einer Verständigung in der Muttersprache zurückzuführen ist oder eben die eigenen Englischkenntnisse für komplexe Gespräche mit medizinischem Inhalt nicht ausreichend sein dürften.

Professionelle Dolmetschdienste im Gesundheitswesen, wie sie in angeführter Studie in Großbritannien, aber auch in den Niederlanden, Frankreich, Schweden, Australien und den USA üblich sind, stehen in Österreich nur äußerst selten zur Verfügung (vgl. European Agency for Fundamental Rights 2013: 49). Patientinnen und Patienten haben bei Verständigungsschwierigkeiten mit dem medizinischen Personal hierzulande kein Recht auf das Hinzuziehen einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers (vgl. European Agency for Fundamental Rights 2013: Annex 1).

Nicht immer werden verfügbare Dolmetschdienste jedoch auch genutzt. Wie in der Studie des European Agency for Fundamental Rights (2013: 49) von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung berichtet wurde, wird in einigen Mitgliedsländern der Europäischen Union aufgrund des zusätzlichen Aufwands für das behandelnde Personal des Öffentlichen auf die Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers verzichtet.

Stehen keine Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur Verfügung und/oder reichen die eigenen Sprachkenntnisse zur Bewältigung der Situation nicht aus, können die weiter bestehenden Kommunikations- und Verständigungsprobleme für die Patientin bzw. den Patienten in schwerwiegenden gesundheitlichen und psychosozialen Folgen resultieren und im schlimmsten Fall zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen führen (vgl. European Agency for Fundamental Rights 2013: 47). Vor allem bei Einsätzen des Rettungsdienstes könnte dies aufgrund des großen Zeitdrucks und der folgenreichen Entscheidungen, u.a. bei der Gabe von Notfallmedikamenten, fatal enden. Hinzu kommt, dass sowohl das medizinische Personal in den Krankenhäusern als auch im Rettungsdienst seiner Aufklärungspflicht gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten nachkommen muss und vor dem Setzen indizierter Maßnahmen stets das Einverständnis einzuholen hat (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 33). Durch

Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten kann es hierbei zu unnötigen zeitlichen Verzögerungen kommen.

Dass Personen mit Migrationshintergrund - vor allem wenn sie die Sprache des Aufnahmelandes nicht genügend beherrschen - einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, legen unter anderem Bischoff et al. (2003: 541) zu Beginn ihres Artikels über eine Studie zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten mit zahlreichen Literaturverweisen auf bereits untersuchte Phänomene dar: Personen mit Migrationshintergrund erhalten demnach weniger Termine für Folgeuntersuchungen (Sarver & Baker 2000) bzw. nehmen Termine seltener wahr (Pitkin Derose & Baker 2000) und halten sich weniger an die Medikamentenverordnungen der Ärztin bzw. des Arztes (Manson 1988, David & Ree 1998). Eigene Aussagen der fremdsprachigen Patientinnen und Patienten über ihren Gesundheitszustand werden vom medizinischen Personal öfters ignoriert bzw. fallen im Vergleich zu Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern seltener aus, sodass einerseits die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sinkt (Baker et al. 1998) und andererseits ein geringerer medizinischer Behandlungserfolg zu erwarten ist (Rivadeneira et al. 2000).

Des Weiteren werden Sprachbarrieren mit vermehrten diagnostischen Verfahren (Hampers & Gutglass 1999, Waxmann & Levitt 2000), einer geringeren Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen, u.a. bei Brustuntersuchungen (Woloshin et al. 1997), und einer unsorgfältigeren Selbstüberwachung des Blutzuckerspiegels (Karter et al. 2000) in Verbindung gebracht. Studien in Notfallambulanzen zeigen, dass fremdsprachige Patientinnen und Patienten entgegengesetzt zu den Beobachtungen der oben angeführten Studien von Hampers und Gutglass (1999) bzw. Waxmann und Levitt (2000) kürzer als die einheimische Bevölkerung behandelt wurden, weniger Tests durchliefen, weniger Medikamente verabreicht bekamen (Bernstein et al. 2002) und ihre Erwartungen an die Behandlung nicht erfüllt sahen (Carrasquillo et al. 1999).

Eine verringerte Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsleistungen, eine schlechtere Patientinnen- und Patientencompliance bei der Einnahme von Medikamenten, dem Wahrnehmen von Arztterminen und dem selbstständigen Kontrollieren von Blutzuckerspiegel, Blutdruck etc., könnten wiederum ein vermehrtes Auftreten von Notfällen bei Personen mit Migrationshintergrund, das in einem erhöhten Einsatzaufkommen für den Rettungsdienst mündet, bedeuten.

Neben potentiell vorhandenen Sprachbarrieren haben auch die Lebenssituation und die Begleitumstände im Heimatland, während der Migration sowie im Aufnahmeland einen we-

sentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der betroffenen Personen (vgl. Anzengruber et al. 2015: 31). Wie aus dem von der Arbeiterkammer Wien und dem Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Bericht zu Migration und Gesundheit hervorgeht, schätzen Personen mit Migrationshintergrund in Österreich ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund schlechter ein (vgl. Anzengruber et al. 2015: 15) und sind anfälliger für chronische Krankheiten (vgl. Anzengruber et al. 2015: 10). Davon betroffen sind vor allem Personen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien) (vgl. Anzengruber et al. 2015: 15). Als mögliche Gründe werden in der Literatur verschiedene Faktoren wie die sozioökonomische Lage, das Bildungsniveau, die Arbeits-, Einkommens- und Wohnverhältnisse sowie die soziokulturellen Gegebenheiten, aber auch der Migrationsprozess selbst diskutiert (vgl. Karl-Trummer & Novak-Zezula 2009: 3; Anzengruber et al. 2015: 16-26).

Laut dem Statistischen Jahrbuch „migration & integration 2015“, erstellt von der Statistik Austria und der Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, sind Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig in den oberen und unteren Bildungsschichten anzutreffen (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 10). Wie sich aus einer Graphik der Statistik Austria (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 15) zum Bildungsstand der 25- bis 64-Jährigen nach Migrationshintergrund ablesen lässt, weisen vor allem Personen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) ein eher niedriges Bildungsniveau auf. Dies geht im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mit einem niedrigeren Einkommen, einer höheren Arbeitslosigkeit und einer stärkeren Armutsgefährdung bei Personen mit Migrationshintergrund einher (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 11f.). Auch bei den Wohnverhältnissen zeigen sich teils erhebliche Diskrepanzen. Personen mit Migrationshintergrund leben auf engerem Raum als die restliche österreichische Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die erste Generation der Zuwanderinnen und Zuwanderer ist zudem häufiger in sogenannten Substandardwohnungen untergebracht (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 76).

Bedingt durch ein „anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, eine andere Wahrnehmung und Beschreibung von Symptomen, eine andere Erwartungshaltung an die Behandlung oder ein anderes Gesundheitshandeln bzw. -verhalten“ (Anzengruber et al. 2015: 22) hat auch der soziokulturelle Hintergrund von Personen mit Migrationshintergrund erhebliche Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohl (siehe Kapitel 6.3.). Dies betrifft sowohl die erste Generation, die in ihren Herkunftsländern sozialisiert wurde, als auch die zweite Generation, die den kulturellen und religiösen Einflussfaktoren der Eltern und Familienangehö-

rigen ausgesetzt ist (vgl. Machado 2013: 7). In diesem Zusammenhang sollte jedoch einer Überinterpretation und Stereotypisierung entgegengewirkt werden. Es gilt, alle Personen ungeachtet ihres Migrationshintergrundes als Individuen zu betrachten:

Wenn es um Gesundsein und Kranksein geht, sind sowohl bei der autochthonen Bevölkerung als auch bei der allochthonen (zugewanderten, fremden) Bevölkerung soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren relevant. Je nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Bildungsgrad und Stadt-Land-Differenz herrscht Diversität auch innerhalb ein und derselben Kultur und Gesellschaft [...]. (Binder-Fritz 2009: 30)

Medizinisches Personal wie auch der Rettungsdienst sollten ungewohnte Verhaltensmuster bei der Versorgung und Behandlung von erkrankten Personen mit Migrationshintergrund daher nicht vorschnell der fremden Kultur der/des Erkrankten zuschreiben und diese damit abtun. Vielmehr empfiehlt es sich auch hier, zur Vorbeugung von Missverständnissen und zur Sicherung einer effektiven Kommunikation professionelle Dolmetschende beizuziehen, die neben ihrer Sprachkompetenz auch eine umfassende Kulturkenntnis als grundlegende Voraussetzungen für ihre Tätigkeit aufweisen (vgl. Pöchhacker 2000a: 45). Auf diese Weise kann auch das eigene interkulturelle Verständnis, das bei den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsdienste ohnedies mangelhaft ausgebildet zu sein scheint (vgl. Karl-Trummer & Novak-Zezula 2009: 5), gefördert werden.

Ein niedriger Bildungsstand, ein geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, größere Armut und eine schlechte Wohnsituation führen dazu, dass sich der in der Literatur kontrovers diskutierte *Healthy-Migrant-Effekt*, wonach die Mortalitätsrate von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung des Aufnahmelandes ohne Migrationshintergrund niedriger ist (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2009), rasch umkehrt. Unter anderem zeigt sich ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem für Personen mit Migrationshintergrund dafür verantwortlich (vgl. Fennelly 2005: 1; Domnich et al. 2012: 4).

Unterschiede bestehen jedoch nicht nur im Zugang, sondern auch in der Nutzung des Gesundheitssystems, wie u.a. auch die Untersuchungen von Woloshin et al. (1997) und Karter et al. (2000) andeuten. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund nehmen Personen mit Migrationshintergrund in Österreich eher kurative als präventive Angebote wahr (vgl. Statistik Austria & KMI ÖAW 2015: 12). Erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen sind aufgrund der Unkenntnis des Gesundheitssystems nicht die Einrichtungen der primären Versorgungsebene, d.h. Hausärztinnen und Hausärzte, sondern die Ambulanzen der Krankenhäuser (vgl. Karl-Trummer & Novak-Zezula 2009: 3). Zurück-

zuführen ist dies auf eine durch sozioökonomische Faktoren bedingte geringere Gesundheitskompetenz (vgl. Anzengruber et al. 2015: 26), die Sørensen et al. (2012: 3) folgendermaßen definieren:

*Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.* [Hervorhebung im Original]

Das Vorliegen einer geringer ausgeprägten Gesundheitskompetenz könnte demnach auch erklären, warum Personen mit Migrationshintergrund etwaige Krankheiten und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken erst vergleichsweise spät bewusst wahrnehmen (vgl. Anzengruber et al. 2015: 24) und somit vermehrt die Leistungen des Rettungsdienstes und der Notfallambulanzen in Anspruch nehmen müssen. Andererseits bedingt das fehlende Wissen über Krankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten, dass Ambulanzen und Rettungsdienst oftmals mit Patientinnen und Patienten in Kontakt kommen, die aufgrund ihrer geringfügigen gesundheitlichen Störung auch von den diensthabenden Hausärztinnen und Hausärzten versorgt werden könnten.

Oben genannte Barrieren und Hürden gelten in teils verschärfter Form ebenso für Flüchtlinge, die in Österreich durch den Bund krankenversichert werden und daher zur Teilhabe am Gesundheitssystem berechtigt sind (vgl. Anzengruber et al. 2015: 55). Angesichts des hohen Flüchtlingsaufkommens in Europa in den vergangenen Jahren und der schlechten gesundheitlichen Lage der betroffenen Personen, bedingt durch ihre Flucht und die unmenschlichen Lebensbedingungen in den Flüchtlingslagern (vgl. Domnich et al. 2012: 4), wird das Gesundheitssystem und damit auch der Rettungsdienst von dieser Patientengruppe stärker frequentiert werden und ein Bedarf für Sprachen entstehen, die für Österreich und Europa bis jetzt kaum eine Rolle gespielt haben.

Möchte man die bisherigen Erkenntnisse der beiden Unterkapitel zusammenfassen, so wurde zunächst festgestellt, dass sich die demographische Struktur der österreichischen Gesellschaft in den letzten 60 Jahren erheblich verändert hat. Durch den Zustrom von Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern hat sich der Anteil an Bürgerinnen und Bürgern ausländischer Staatsangehörigkeit und in weiterer Folge auch die Zahl an Personen mit Migrationshintergrund der 1. oder 2. Generation in Österreich stark erhöht, sodass diese Personengruppen nun auch regel-

mäßig von rettungsdienstlichen Einsätzen betroffen sind. Dies geht unter anderem auch durch die in Unterkapitel 2.1. vorgenommene Schätzung zu den Einsatzzahlen mit Personen mit Migrationshintergrund in Niederösterreich hervor<sup>2</sup>. Als weitere Gründe für die zukünftige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im österreichischen Rettungsdienst wurden das fortgeschrittene Alter der Zuwanderinnen und Zuwanderer der 1. Generation und damit in Verbindung stehende gesundheitliche Probleme angeführt.

Auch andere Faktoren, wie ein niedriger sozioökonomischer Status, ein geringes Bildungsniveau, schlechte Arbeits-, Einkommens- und Wohnverhältnisse sowie eine unzureichend ausgeprägte Gesundheitskompetenz stellen, wie in Unterkapitel 2.2. dargelegt, ein beträchtliches Gesundheitsrisiko für Personen mit Migrationshintergrund dar, das in einem erhöhten Einsatzaufkommen für den Rettungsdienst münden kann.

Die größte Hürde bleibt jedoch der von vornherein fehlende bzw. eingeschränkte Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Wie mit einem Verweis auf die Studie der European Agency for Fundamental Rights festgestellt wurde, zeichnen hauptsächlich Sprachbarrieren dafür verantwortlich. Hinzu kommen individuelle sozio- und interkulturelle Unterschiede, die Einfluss auf das Verständnis, die Wahrnehmung und die Beschreibung von Krankheiten ausüben, Erwartungen an die Behandlung steuern und so zu Missverständnissen zwischen Patientinnen und Patienten und dem behandelnden medizinischen Personal führen können. Um eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft und der von ihnen gesprochenen Sprachen, am Gesundheitssystem und damit auch den Leistungen des Rettungsdienstes zu ermöglichen, müssen diese Barrieren überwunden werden. Auf welche Weise dies erfolgen kann, beschreibt das nun folgende Unterkapitel.

### **2.3. Überwindung der sprachlichen und kulturellen Barrieren im Gesundheitswesen**

Wie Einrichtungen des Gesundheitswesens etwaige Kommunikations- und Verständigungsprobleme mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten lösen, liegt meist im Ermessen des behandelnden medizinischen Personals. Vorgaben auf nationaler oder gar internationaler Ebene bzw. institutionelle Richtlinien, die eine bestimmte Vorgehensweise nahe legen, sucht man trotz zahlreicher Forderungen in der Literatur, in diesem Bereich aktiv zu werden, vergeblich (vgl. Pöchlhammer 2000b: 118; Bischoff & Hudelson 2009: 19f.; Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 48). Nur vereinzelt lassen sich z.B. in den USA (Title VI des Civil Rights Act)

---

<sup>2</sup> zur bedingten Aussagekraft der Berechnung siehe Kapitel 2.1.

oder Schweden (Section 8 des Administrative Procedure Act) gesetzliche Regelungen finden, aus denen direkt oder indirekt ein Anspruch auf barrierefreie Kommunikation abgeleitet werden kann.

Fehlende oder unklare Regelungen bilden die Grundlage dafür, dass zur Überwindung der Sprach- und Kulturbarrieren im Gesundheitswesen Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen eingesetzt werden. Ihr Beitrag zur Übermittlung von Informationen und dem Gewährleisten gegenseitiger Verständigung fällt mitunter sehr unterschiedlich aus (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 38). Im Grunde lassen sich in der Literatur drei Arten zur Beseitigung von Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen identifizieren, die sich vor allem in qualitativer Hinsicht stark unterscheiden (vgl. Phelan & Parkman 1995: 555f.). Die Verwendung einer vereinfachten Sprachvariante und der damit kombinierte oder alleinige Einsatz von Körpersprache erweisen sich erwartungsgemäß als kaum erfolgsversprechend und werden daher keiner näheren Betrachtung unterzogen (vgl. Pöllabauer 2003: 23).

- **Direkte Betreuung durch zweisprachiges Fachpersonal**

Der Einsatz von zweisprachigem medizinischem Fachpersonal (Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, Sanitäterinnen und Sanitätern etc.) wird in der Literatur oft als „gold standard“ (vgl. Baker et al. 1998: 1469) oder „Ideallösung“ (vgl. Pöchlhacker 2000a: 142) bezeichnet, da hierdurch die effiziente und direkte Betreuung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Muttersprache ohne Mittlerperson möglich ist. Wie Pöchlhacker (2000a: ebd.) richtigerweise ausführt, hängt die Praktikabilität dieser Lösung stark von den demographischen Gegebenheiten der jeweiligen Länder ab und erweist sich auch in Staaten, in denen es eine dominante Gruppe an Zuwanderinnen und Zuwanderern gibt, als schwierig umzusetzen. Hinzu kommt, dass bei der Rekrutierung von bilinguaem Personal nach wie vor der fachliche Aspekt im Vordergrund steht. Eine Überprüfung der Sprach- und Kulturkenntnisse findet in der Regel nicht statt und führt im schlimmsten Fall dazu, dass „clinicians [...] use their own limited language skills during encounters, despite awareness of their own language limitations and the fact that it might negatively impact communication.“ (vgl. Jacobs et al. 2010: 149) Als mögliche Gründe für den Verzicht auf eine/n Dolmetscher/in und den bewussten Einsatz der eigenen defizitären Sprachkenntnisse nennen Kletečka-Pulker und Parrag (2015: 48) sowie Bonacruz Kazzi und Cooper (2003: 259) die allgemein skeptische Haltung des medizinischen Personals gegenüber an der Kommunikation beteiligten dritten Personen.

Als weitere Möglichkeit einer direkten Betreuung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten nennt Pöchhacker (2000a: 142) den Einsatz von „eigens dafür geschultem Beratungs- und Verbindungspersonal in Ergänzung der eigenen klinischen Dienste“, wie es unter anderem in Österreich zum Einsatz kommt (siehe Kapitel 2.3.1.).

- **Gebrauch von Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetschern & Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern**

Können Sprachbarrieren nicht aus eigener Kraft überwunden werden, ist der Einsatz von Personen aus dem unmittelbaren Umfeld des Krankenhauspersonals sowie der Patientin bzw. des Patienten die am häufigsten praktizierte und „naheliegendste Möglichkeit zum Zwecke der Verständigung durch Dritte.“ (Pöchhacker 2000a: 158) Als sogenannte Ad-hoc, d.h. spontan beigezogene, Dolmetscherinnen und Dolmetscher (auch Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher genannt) kommen all jene Personen zum Einsatz, denen alleine aufgrund von Sprachkenntnissen in der Sprache der Institution und der Patientin bzw. des Patienten die Vermittlungskompetenz zwischen diesen beiden Sprachen zugesprochen wird (vgl. Bischoff et al. 2006: 32). Laut Bischoff und Hudelson (2010: 2840) werden hierbei vorwiegend zweisprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung, Familienangehörige und Freundinnen und Freunde der Patientin bzw. des Patienten sowie Personen, die sich freiwillig als Dolmetschende anbieten, herangezogen.

Yu-Feng et al. (2010: 136) zufolge gelten bilinguale Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger als „the most convenient and most commonly-used ad hoc interpreters.“ Sie würden im Vergleich zu den anderen genannten Gruppen nicht nur ein höheres Sprachniveau aufweisen, sondern ebenso über die von Ärztinnen und Ärzten bei professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern oft geforderten medizinischen Kenntnisse verfügen (vgl. Bischoff & Hudelson 2010: 2842; Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 66). Ein großer Nachteil bestehe jedoch darin, dass Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in der Regel nicht lange von den eigenen Arbeitsaufgaben abkömmlich seien (vgl. Pöchhacker 2000a: 165).

Wie bei Pöchhacker und Kadric (1999) ersichtlich wird, erfolgt deshalb nicht immer ein Rückgriff auf medizinisches oder pflegerisches Personal, sondern verstärkt auch auf Reinigungskräfte, die meist eine der benötigten Minderheitensprachen sprechen (vgl. Pöchhacker 2000a: 174).

Werden vonseiten der Institution keine Bemühungen zur Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers unternommen oder sind diese Anstrengungen nicht von Er-

folg gekrönt, übernehmen Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder freiwillige Helferinnen und Helfer die Rolle der Sprachmittlerin bzw. des Sprachmittlers. Oftmals trifft es dabei die Kinder der Patientinnen und Patienten, die durch eine bessere Sprachbeherrschung und die Kenntnis der Strukturen des Aufnahmelandes in die Rolle der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers gedrängt werden (vgl. Kuljuh 2003: 145).

Die sprachliche, kulturelle und fachliche Kompetenz der oben genannten Personengruppen kann in der Regel kaum überprüft werden. Die Tätigkeit von Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitswesen basiert vorwiegend auf der Annahme, dass Bilingualismus mit einer natürlichen Dolmetschkompetenz einhergeht (vgl. Pöllabauer 2003: 23) und deshalb keine Ausbildung nötig sei. Ein Blick in die ausführliche Literatur zum Thema Laiendolmetschen im Gesundheitswesen genügt, um festzustellen, dass es sich bei dieser Annahme um einen Irrtum handelt:

Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetscher „may ‘polish’ their language, distort or exaggerate meaning or omit information because of their lack of language ability or their relationship to their patient.“ (Jacobs et al. 2010: 150) Gerade für Kinder „liegen die Inhalte und Formen der Arzt-Patient-Kommunikation zwangsläufig oft außerhalb des eigenen Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizonts.“ (Pöchlacker 2000a: 176) Unbekannte medizinische Begriffe werden nicht verstanden und die Bedeutung und Auswirkung einer Diagnose nicht erfasst. Um die eigene Familie vor fatalen Diagnosen zu schützen und Verlustängste abzuwehren, werden Informationen verzerrt, verkürzt, abgeändert oder vorenthalten (vgl. Kuljuh 2003: 146).

Ähnliche Probleme und eine vergleichbare Verhaltensweise lassen sich auch bei Freundinnen und Freunden, Verwandten oder freiwilligen Helferinnen und Helfern (u.a. Reinigungskräfte) erkennen. Wie Pöchlacker (2000a) anhand zweier Fallbeispiele ausführlich nachweist, beantworten Angehörige Fragen, ohne diese zu dolmetschen, geben eigene Informationen oder Meinungen von sich und ignorieren Kommentare und Aussagen der Patientinnen und Patienten teils vollständig. Hinzu kommt, dass in Anwesenheit von nahen Angehörigen, Bekannten oder freiwilligen Dolmetscherinnen und Dolmetschern die Hemmschwelle von Patientinnen und Patienten, über unangenehme Themen oder die medizinische Vergangenheit zu sprechen, noch höher zu liegen scheint (vgl. Phelan & Parkman 1995: 555).

Auch das Vorhandensein einer medizinischen Ausbildung scheint nicht unbedingt zu einer einwandfreien Kommunikation zu führen. Demnach lassen sich auch in den Dolmetschungen von bilingualen Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern zahlreiche Fehler finden:

Error-containing interpretations include physicians failing to re-conceptualize the problem when contradictory information was mentioned; nurses providing information congruent with clinical expectations but incongruent with patients' comments; nurses slanting the interpretation, reflecting unfavorably on patients and undermining patients' credibility; and patients explaining the symptoms using a cultural metaphor that was not compatible with Western clinical concepts [...]. (Yu-Feng et al. 2010: 136)

Das angeführte Zitat bestätigt zudem die Beobachtungen von Carrasquillo et al. (1999: 86), wonach Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher im Gegensatz zu ihren professionell ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen nicht imstande sind, gedolmetschte Inhalte in einen angemessenen sozialen und kulturellen Rahmen einzubetten. Dies schlägt sich wiederum in einer schlechteren Versorgung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten nieder (vgl. Jacobs et al. 2010: 151).

Fehlerhafte bzw. verzerrte Dolmetschungen ziehen jedoch auch andere negative Konsequenzen nach sich. Unter anderem verweisen Jacobs et al. (2001: 469) und Bernstein et al. (2002: 171) auf eine Reihe von Studien, die beim Einsatz von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern ein geringeres Vertrauen in das medizinische Personal (Putsch 1985), eine geringere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten (Baker et al. 1998), eine Verletzung der Verschwiegenheitspflicht (Haffner 1992), Fehldiagnosen (Vasquez 1991), inadäquate Behandlungen (Putsch 1985) und eine vermehrte oder geringere Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Baker et al. 1996) feststellen konnten. Im Hinblick auf die unberechenbaren medizinischen, ethischen und rechtlichen Risiken empfiehlt es sich daher, auf den Einsatz von Ad-hoc Dolmetschenden gänzlich zu verzichten und professionelle Dolmetschende heranzuziehen (vgl. Bischoff et al. 2006: 8).

Angesichts des in Kapitel 2.2. festgestellten Mangels an professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitswesen, eines berufsbedingten Zeitdrucks (vgl. Bischoff & Hudelson 2010: 2842), fehlender oder inadäquater Ausbildungsprogramme (vgl. Pöllabauer 2003: 21) sowie eines fehlenden Problembewusstseins seitens der Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher (vgl. Pöchlhammer 2009: 121) und des medizinischen Personals (Bischoff & Hudelson 2009: 17) gestaltet sich die Umsetzung dieses Vorschlags in vielen Ländern jedoch als kaum realisierbar. Es gilt daher, in erster Linie Ausbildungsprogramme zu forcieren, in Form von Schulungen in Gesundheitseinrichtungen auf den problematischen Gebrauch von Laien als Dolmetschende hinzuweisen und für die Notwendigkeit eines Einsatzes professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu sensibilisieren (vgl. Bischoff &

Hudelson 2010: 2842). Zudem kann die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, zweisprachiges medizinisches Fachpersonal umfassend im Dolmetschen zu schulen (vgl. Bischoff & Hudelson 2009: 16).

#### ▪ **Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher**

Der Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher wird oftmals mit einer Optimierung der Gesundheitsfürsorge, einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem des jeweiligen Aufnahmelandes, einer größeren Inanspruchnahme von therapeutischen und präventiven Behandlungskonzepten (Jacobs et al. 2001; Jacobs et al. 2004), einer effektiveren Gesprächsführung (Pöllabauer 2003: 26), einer verbesserten Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patient/in (Bischoff & Hudelson 2009: 18) sowie Kosteneinsparungen (Bernstein et al. 2002, Ku & Flores 2005, Yu-Feng et al. 2010: 133) in Verbindung gebracht und in Abwesenheit bilingualer medizinischer Fachkräfte zur direkten Betreuung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten (siehe Kapitel 2.3.) als beste Lösung zur Überwindung von Verständigungsproblemen angesehen. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden dabei vor Ort tätig (Face-to-Face Dolmetschen) bzw. per Telefon (Telefondolmetschen) oder (Web)kamera (Videodolmetschen) zugeschaltet.

Wie die Studien von Bischoff & Hudelson (2009: 15; 2010: 2841) belegen, werden professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher erst nach dem Ausschöpfen sämtlicher anderer Möglichkeiten herangezogen. Zum einen liegt dies an den auf Seite 26 bereits genannten Faktoren. Zum anderen spielen auch Fragen der Kostendeckung (vgl. Bischoff & Hudelson 2009: 15) eine nicht unwesentliche Rolle.

Ein weiteres Problem stellt der Begriff der *Professionalität* an sich dar. Nach Pöchhacker (2000a: 44) stellen das Beherrschen von zumindest zwei Sprachen sowie Kenntnisse über Kultur, kulturspezifische Verhaltensweisen und ihre Bedeutung für die zwischenmenschliche Interaktion „notwendige, aber nicht hinreichende“ Voraussetzungen für das Ausüben des professionellen Dolmetschens dar. Aufbauend auf der Sprach- und Kulturkompetenz steht der Erwerb der sogenannten translatorischen Kompetenz im Zentrum, die neben Verhaltens- und Rollenaspekten sowie berufsethischen Faktoren „vor allem auch den kognitiven und sprachlichen Umgang mit dem jeweiligen Wissensgebiet, Sachbereich oder Gegenstand der Kommunikation miteinschließt“ (Pöchhacker 2000a: 44) und primär universitär vermittelt wird. Für eine/n professionelle/n Dolmetscher/in im Gesundheitswesen sollten neben der Fähigkeit, Kommunikationsinhalte vollständig und präzise wiederzugeben, demnach auch die

Beherrschung der medizinischen Fachterminologie, die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht, Kenntnisse über die Strukturen der Gesundheits- und Sozialsysteme der Kulturen, zwischen denen vermittelt wird, sowie eine eigenständige Reflexionsfähigkeit zur eigenen translatorischen Kompetenz zählen (vgl. Rásky et al. 2003: 123).

Das Fehlen an spezifischen Lehrgängen und professionellen Standards für angehende Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Gesundheitswesen (vgl. Baker et al. 1998: 1462) bedingt jedoch, dass der Ausbildungsumfang und die damit vermittelte translatorische Kompetenz weltweit, aber auch innerhalb der Länder selbst, teils sehr unterschiedlich ausfallen. Eine geringe Ausbildung spiegelt sich zwangsläufig in einer qualitativ minderwertigeren Dolmetschung wider, wie Flores et al. (2003) in ihrer Studie zur Häufigkeit von Fehlern in gedolmetschten Behandlungsgesprächen einer pädiatrischen Ambulanzabteilung in den USA erkennen lassen. Demnach wurde nicht nur bei den untersuchten Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern, sondern auch bei den fest angestellten und vermeintlich professionellen Krankenhausdolmetscherinnen und Krankenhausdolmetschern eine erschreckend hohe Fehleranzahl festgestellt (vgl. Flores et al. 2003: 10). Die Ausbildung von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitswesen sollte daher, wie auf Seite 26 bereits gefordert, stärker ausgebaut werden (vgl. Flores et al. 2003: 11).

Doch auch die potentielle Verfügbarkeit professionell ausgebildeter Dolmetscherinnen und Dolmetscher mündet nicht immer in ihrem Einsatz:

There is a need to raise clinicians' awareness of the risks and benefits of different interpreting strategies available to them, and facilitate use of professional interpreting services through information and training. (Bischoff & Hudelson 2010: 2842)

Gemeinsame Trainings können dabei helfen, Berührungsängste seitens des medizinischen Personals abzubauen, ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse und die Erwartungen des Gegenüber zu entwickeln und ein effektives Zusammenarbeiten mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern zu ermöglichen (vgl. Bischoff et al. 2003; Jacobs et al. 2010).

Möchte man die besprochenen Möglichkeiten zur Überwindung der Sprach- und Kulturbarriere im Gesundheitssystem kurz zusammenfassen, so wurde zunächst betont, dass die direkte Betreuung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten durch bilinguales medizinisches Personal die ideale Lösung darstellt. „Bilingual health workers are, however, few and will never be universally available.“ (Phelan & Parkman 1955: 555) Demnach müssen andere Optionen in Erwägung gezogen werden.

In vielen Ländern ist das Heranziehen von sogenannten Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetschern bzw. Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern gängige Praxis. Zu den hier eingesetzten Personengruppen zählen neben zweisprachigem medizinischem und pflegerischem Personal auch Reinigungskräfte, Angehörige der Patientin bzw. des Patienten oder freiwillige Helferinnen und Helfer. Wie die zahlreich angeführten Studien zeigen, ist die Verwendung von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern im Gesundheitswesen mit stark fehlerhaften Dolmetschungen und negativen klinischen Folgen verbunden. Von der Beiziehung der genannten Personengruppen als Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist daher abzuraten. Stattdessen soll durch Fortbildungen des medizinischen Personals ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der Beiziehung professionell ausgebildeter Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die über die erforderlichen Kompetenzen zur Verständigung über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg verfügen, geschaffen werden.

Der Einsatz von schriftlichem Material, Bildmaterial bzw. Phrasen- oder Fragensammlungen sowie Computertechnologien wurde im Rahmen dieses Kapitels nicht näher diskutiert. Angesichts der oft „als unverzichtbar angesehenen mündlichen Patientenkommunikation“ (Pöchlhammer 2000a: 142) kommt diesen Optionen im Behandlungsgespräch meist nur eine unterstützende Funktion zu. Von einer detaillierteren Betrachtung wurde daher abgesehen.

### **2.3.1. Zur Situation in Österreich**

Erste größere Schritte zur Überwindung der Sprach- und Kulturbarrieren im Gesundheitswesen ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden in Österreich in den späten 1980er Jahren unternommen. Auf Initiative des WHO-Projekts „Wien-Gesunde Stadt“ wurde 1989 der Modellversuch „Muttersprachliche Beratung für türkische Spitalspatientinnen“ gestartet (vgl. Pöchlhammer 2000a: 147), bei dem zwei aus der Türkei stammende Frauen, die in Wien Medizin studierten, in der gynäkologischen Abteilung zweier Wiener Krankenhäuser als Sprach- und Kulturmittlerinnen tätig waren. Später wurde die Anzahl der Beraterinnen aufgestockt und der Beratungsdienst ging in die Struktur der Gemeinde Wien über (vgl. Pöchlhammer 2000b: 113).

1996 erhob Pöchlhammer (2000b) anhand von Fragebögen, die an unterschiedliche Abteilungen der Wiener Krankenhäuser geschickt wurden, die aktuellen Praktiken sowie den Dolmetschbedarf in den Spitälern der Bundeshauptstadt. 95% der Befragten gaben bereits damals an, regelmäßig mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten konfrontiert zu sein. Die gesprochenen Sprachen der betroffenen Personen reichten von Ser-

bisch/Bosnisch/Kroatisch und Türkisch bis hin zu Polnisch, Arabisch, Tschechisch, Slowakisch, Ungarisch, Russisch und Chinesisch (vgl. Pöchhacker 2000b: 114). Für die Mehrheit der Befragten verlief die Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten stets über Dritte. Am häufigsten wurde der Einsatz von Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetschern (Begleitpersonen und bilinguaalem medizinischem oder allgemeinem Krankenhauspersonal) angegeben. Der Gebrauch externer Dolmetscherinnen und Dolmetscher wurde nur äußerst selten erwähnt (vgl. Pöchhacker 2000b: 116). Bei den Begleitpersonen wurde der Einsatz von Kindern am häufigsten genannt (vgl. Pöchhacker 2000b: ebd.). Beim krankenhauseigenen Personal übernehmen vor allem Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger bzw. Reinigungskräfte die Rolle der Sprachmittlerinnen und Sprachmittler (vgl. Pöchhacker 2000b:117).

Auf die Frage, welche Option sich am besten zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren eignen würde, favorisierten die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung die Einrichtung eines hauseigenen Dolmetschdienstes. Der Einsatz von zweisprachigen Fachkräften und Begleitpersonen wurde auf den zweiten Platz gewählt, während ein fremdsprachiger Beratungsdienst auf dem dritten Platz landete. Das Hinzuziehen externer Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie die Zusammenarbeit mit einem Telefondolmetschdienst wurden von den Befragten als „am wenigsten geeignet“ eingestuft (vgl. Pöchhacker 2000b: 118). Der in Kapitel 2.3. beschriebene Einsatz von Ad-hoc Dolmetscherinnen und Dolmetscher scheint demnach auch in Österreich die am häufigsten praktizierte Methode zu sein.

Zwei aktuelle Befragungen des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit unter Wiener Kinderärztinnen und Kinderärzten (2013) sowie unter Angehörigen der Gesundheitsberufe (2015) (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 39, 41) scheinen diese Erkenntnisse auch nach beinahe zwei Jahrzehnten fast ergebnisgleich zu bestätigen. Noch immer werden vorwiegend bilinguales Personal sowie Begleitpersonen der Patientinnen und Patienten als Dolmetscherinnen und Dolmetscher herangezogen. Auffallend ist, dass sich das Gesundheitspersonal sowohl in der Studie von Pöchhacker (2000b: 119) als auch in den oben genannten Befragungen (vgl. Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 42) der möglichen Risiken und Gefahren eines Einsatzes von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern durchaus bewusst ist. Trotzdem gehört „[d]er Einsatz professioneller DolmetscherInnen zur qualitätsgesicherten Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen [...] nach wie vor nicht zum Standard im österreichischen Gesundheitswesen.“ (Kletečka-Pulker & Parrag 2015: 60)

Dies hängt wiederum damit zusammen, dass professionelle Dolmetschdienste im Gesundheitswesen in Österreich Mangelware sind (siehe Kapitel 2.2.) und spezifische Ausbildungsangebote für Dolmetscherinnen und Dolmetscher zumindest in der Vergangenheit rar waren.

Seit 2004 wird am Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft der Karl-Franzens-Universität Graz ein dreisemestriger postgradualer Universitätslehrgang für Kommunaldolmetschen angeboten, der sich nicht nur an professionell ausgebildete, sondern im Speziellen auch an bereits tätige Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher richtet und theoretisch fundierte Qualifikationen für das Dolmetschen im medizinischen und sozialen Bereich vermittelt (vgl. Pöllabauer 2005: 50; Bellinger 2015: 14). Im Jahre 2016 wurden an der Universität Wien erstmals zwei postgraduale Lehrgänge zum Dolmetschen mit neuen Medien (Telefondolmetschen, Videodolmetschen etc.) sowie zum Behörden- und Gerichtsdolmetschen (für die Sprachen Arabisch, Dari/Farsi und Türkisch) angeboten. Beide Kurse stehen auch für Dolmetscherinnen und Dolmetscher ohne akademischen Abschluss offen. Voraussetzung ist jedoch eine bereits erworbene Hochschulreife (vgl. Universität Wien 2017a; Universität Wien 2017b). Angesichts der momentanen Flüchtlingssituation in Österreich kommt letztgenanntem Lehrgang eine besondere Bedeutung zu. Aber auch das Dolmetschen mit neuen Medien gewinnt zunehmend an Relevanz.

Seit 2009 bietet das österreichische Unternehmen *Sprache Direkt* Telefondolmetschungen für diverse Abteilungen des Landeskrankenhauses Graz an (siehe Kapitel 3.3.). 2013 wurde von der österreichischen Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit das Projekt *Videodolmetschen im Gesundheitswesen*, bei dem in wenigen Sekunden professionell ausgebildete Dolmetscherinnen und Dolmetscher über Computer und Webkamera erreichbar sind, initiiert. Seit 2014 wird dieses Projekt von einer privaten Firma kommerziell weitergeführt (vgl. Plattform Patientensicherheit 2017; vgl. Videodolmetschen 2017). Inwiefern die genannten Ausbildungsmaßnahmen und Dolmetschangebote zu einer Professionalisierung des Dolmetschens im Gesundheitswesen in Österreich beitragen, bleibt abzuwarten. Ein Schritt in die richtige Richtung scheint jedoch getan.

### **2.3.2. Von der Klinik zur Präklinik**

Sämtliche Studien, die im Rahmen der vorangehenden Kapitel nun angeführt wurden, untersuchen den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ausschließlich im klinischen Bereich. Für die Präklinik, d.h. „den Behandlungszeitraum eines Patienten, der außerhalb einer medizinischen Einrichtung [...] stattfindet“ (DocCheck Flexikon 2017a), liegen kaum In-

formationen vor. Über die Nutzung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Rettungsleitstelle und bei den Organisationen des Rettungsdienstes ist demnach wenig bekannt.

„Rapid communication with patients is a essential part of emergency medicine practice.” (Leman 1997: 98) Dies gilt sowohl für die Notfallabteilungen eines Krankenhauses als auch für den Rettungsdienst. Demnach ist zu erwarten, dass sowohl Klinik als auch Präklinik ähnliche Anforderungen an einen professionellen Dolmetschdienst stellen (vgl. Torres 2000: 15):

- Verfügbarkeit eines Dolmetschdienstes rund um die Uhr
- Dolmetschungen in alle möglichen Sprachen
- einheitliche Ausbildung und Evaluation der Kompetenzen

Unterschiede ergeben sich jedoch in der angewandten Dolmetschmethode: Da professionell ausgebildete Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Regelrettungsdienst<sup>3</sup> nicht bei jedem Notfalleinsatz mit Kommunikationsschwierigkeiten persönlich vor Ort sein können und nicht jede/r Leitstellenmitarbeiter/in, die/der gerade einen fremdsprachigen Notruf bearbeitet, selbst unterschiedliche Sprachen spricht, muss ein etwaiger Dolmetschbedarf während des Notrufgesprächs oder des Notfalleinsatzes durch externe Personen bzw. einen externen Dienst gedeckt werden. Aus logistischen Gründen geschieht dies via Telefon (vgl. Kelly 2007: 29), da im Falle des Notrufs Notrufexpert/in und Notfallmelder/in bereits telefonisch verbunden sind und jedes Team eines Rettungswagens über ein Diensthandy verfügt.

Telefondolmetschen für Rettungsleitstellen ist zumindest in den englischsprachigen Ländern der Welt nichts Neues. Die Mehrheit der großen Telefondolmetschdienste in den USA, Australien oder Großbritannien wurde eben aus diesen Beweggründen, fremdsprachigen Personen in Notfallsituationen Kommunikation zu ermöglichen, eingerichtet (vgl. Kelly 2007a: 5). In Österreich sucht man derartige Telefondolmetschdienste vergeblich<sup>4</sup>.

Der stark eingeschränkte oder fehlende Zugang zu (professionellen) Dolmetscherinnen und Dolmetschern bedingt, dass am Notfallort bei fremdsprachigen Patientinnen bzw. Patienten entweder auf ein Pidgin-Deutsch, Zeichensprache oder übersetzte Fragensammlungen

---

<sup>3</sup> Unter dem Begriff *Regelrettungsdienst* wird jener Rettungsdienst verstanden, bei dem ein Rettungsteam Dienst auf einem Rettungswagen versieht und mit diesem Einsätze fährt. Üblicherweise wird dabei pro Einsatz ein/e Patient/in versorgt. Großambulanzen, Großunfälle und Katastrophen stellen Sonderfälle im Rettungsdienst dar, bei denen es aufgrund der längeren Einsatzdauer durchaus möglich wäre, Dolmetschende an den Einsatzort zu bringen. Diese Sonderfälle werden in der Masterarbeit jedoch nicht weiter behandelt.

<sup>4</sup> Eine schriftliche Anfrage bei *Sprache Direkt*, ob das Unternehmen auch mit den österreichischen Rettungsleitstellen und dem Rettungsdienst zusammenarbeitet, blieb unbeantwortet. Auf der Homepage des Telefondolmetschdienstes ergeben sich jedoch keinerlei Anhaltspunkte für eine Tätigkeit in der Präklinik.

zurückgegriffen wird oder im Falle, dass jemand der Anwesenden Deutsch spricht, Familienangehörige, Freunde oder Kinder als Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden (vgl. Figl 2011: 75). Wie dem Verfasser dieser Arbeit aus eigener Erfahrung bekannt ist, werden zudem Kolleginnen und Kollegen aus dem Rettungsdienst oder Freunde, die mehrsprachig sind, per Telefon angerufen und um eine Dolmetschung gebeten.

Ähnlich wie bei Pöchlhammer (2000b) und den Befragungen des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit (siehe Kapitel 2.3.1.) ist man sich laut Figl (2011: 75) auch im österreichischen Rettungsdienst der Probleme, wenn z.B. Kinder als Dolmetschende eingesetzt werden, zumindest teilweise bewusst. Dennoch zeigt man sich hinsichtlich mangelnder Alternativen mit der üblichen Praxis zufrieden (vgl. Figl 2011: 82). Dies könnte einerseits durch die im Rettungsdienst weit verbreitete Meinung bedingt sein, dass dolmetschende Freunde oder Familienangehörige durch ihre Anwesenheit und ihr Nahverhältnis das fremdsprachige Notfallopfer beruhigen können, über die gesundheitlichen Probleme der Patientin bzw. des Patienten Auskunft geben können und im Gegensatz zu einer Telefondolmetscherin bzw. einem Telefondolmetscher auch den anschließenden Transport ins Krankenhaus persönlich begleiten können. Andererseits scheint auch in der Präklinik trotz angeblicher Problemwahrnehmung kein Bewusstsein für die schwerwiegenden Folgen einer Laiendolmetschung existent zu sein (vgl. Figl 2011: 82). Dies belegen unter anderem die Ausbildungsunterlagen einer großen österreichischen Rettungsorganisation, die bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten folgende Vorgehensweise vorschlagen:

Wenn ein Kind als Übersetzer eingesetzt werden muss, ist es von Vorteil, vorher ein kleines „Einführungsgespräch“ zu führen [...], um dem Kind die Angst zu nehmen. Für einfache Fragen können Kinder herangezogen werden. Zu bedenken ist jedoch auch das Alter des Kindes und ob es bestimmte Formulierungen/Begriffe überhaupt kennt. Wenn möglich soll innerhalb der eigenen Institution versucht werden, mit dem eigenen Personal (Kollegen mit Migrationshintergrund) das Auslangen zu finden. (vgl. ÖRK 2014a: A13)

Demnach besteht auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstellen und des Rettungsdienstes ein großer Schulungsbedarf.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Nutzung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im österreichischen Rettungswesen die Gewohnheiten im klinischen Setting ident widerzuspiegeln scheint. Sowohl in den Leitstellen als auch im Rettungsdienst ist der Einsatz von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern üblich. Ein Bewusstsein für die folgen-

reichen Konsequenzen durch fehlerhafte Laiendolmetschungen ist bei den Leitstellen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Rettungsdienstes weitgehend noch nicht vorhanden. Um diesen Risiken und Gefahren zukünftig vorzubeugen, bedarf es nicht nur der Einrichtung eines professionellen Telefondolmetschdienstes, der sowohl für die Leitstellen als auch für den Rettungsdienst verfügbar ist, sondern auch der Schulung und Sensibilisierung des Leitstellen- und Rettungsdienstpersonals, um die Wichtigkeit des Einsatzes professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Notfallsituationen zu erkennen und den richtigen Umgang mit diesen zu trainieren.

## **2.4. Zusammenfassung**

Die nun ausgeführten Kapitel bestätigen die eingangs konstatierte Annahme, dass sich der österreichische Rettungsdienst tagtäglich mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten konfrontiert sieht. Als Gründe dafür wurden in Kapitel 2.1. sowie 2.2. neben der demographischen Struktur der österreichischen Gesellschaft auch andere Faktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status, ein geringes Bildungsniveau, schlechte Arbeits-, Einkommens- und Wohnverhältnisse sowie eine unzureichend ausgeprägte Gesundheitskompetenz angeführt, die für Personen mit Migrationshintergrund allesamt mit einem höheren Gesundheitsrisiko einhergehen und daher zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führen können.

Da viele Migrantinnen und Migranten der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind (siehe Kapitel 2.1.) und ihnen dadurch ein gleichberechtigter Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem und den Leistungen des Rettungsdienstes verwehrt wird, entsteht ein Kommunikationsbedarf mit Anderssprachigen (vgl. Pöchhacker 2000a: 141), der aufgrund soziokultureller Faktoren und mangels bilingualen medizinischen Fachpersonals zur direkten Patientenbetreuung in einen Dolmetschbedarf umschlägt.

Wie in Kapitel 2.3. ausführlich beschrieben wurde, wird dieser Bedarf im Gesundheitswesen in den meisten Ländern trotz nachgewiesener fehlerhafter Dolmetschungen und negativer klinischer Konsequenzen fast ausschließlich ad-hoc durch das Heranziehen von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern (unter anderem Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, Reinigungskräften, Familienangehörigen, Freunden, freiwilligen Helferinnen und Helfern) gedeckt. Eine Analyse der Situation im klinischen und präklinischen Alltag in Österreich ergibt ein identes Bild, sodass neben einem Dolmetschbedarf auch ein Schulungsbedarf für die Notwendigkeit eines Einsatzes professionell ausgebildeter Dolmetscherin-

nen und Dolmetscher festgestellt wurde. Gleichzeitig wurde jedoch auch auf den Mangel an spezifischen Ausbildungsprogrammen für Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitswesen hingewiesen, wodurch sich auch die geringe Anzahl an professionellen Dolmetschenden in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen erklären lässt.

Als grundlegenden Unterschied zum Dolmetschen in den Gesundheitseinrichtungen wurde für das Dolmetschen im Rettungsdienst die Dolmetschmethode angeführt. Aus logistischen Gründen erscheint es sowohl für die Leitstelle als auch für den Rettungsdienst angebracht, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher über das Telefon heranzuziehen, um auch weiterhin die hohe Versorgungsqualität der Rettungsleitstellen und des Rettungsdienstes in Österreich garantieren zu können. Kapitel 3 beschäftigt sich daher umfassend mit der Methode des Telefondolmetschens.

### 3. Telefondolmetschen

Das nun folgende Kapitel ist darum bemüht, einen breiten Überblick über die Methode des Telefondolmetschens zu geben. Ausgehend von einer grundlegenden Definition sollen zunächst die historische Entwicklung und das Wesen von Telefondolmetschdiensten in den USA, Australien und Europa einer näheren Betrachtung unterzogen werden, ehe die Anwendungsbereiche, Abläufe und technischen Aspekte beim Telefondolmetschen diskutiert werden. Es folgen die Erläuterung etwaiger Unterschiede in Bezug auf das Face-to-Face Dolmetschen sowie die Zusammenfassung der Vor- und Nachteile des Telefondolmetschens. Abschließend werden die speziellen Anforderungen an die Dolmetscherinnen und Dolmetscher geklärt, das Telefondolmetschen in medizinischen Notfallsituationen genauer beschrieben und kurz Bezug auf aktuelle Entwicklungen im Bereich des *remote interpreting* genommen.

#### 3.1. Grundlegendes

Das Telefondolmetschen wird in der dolmetschwissenschaftlichen Literatur als älteste Form des *remote interpreting* bezeichnet. Charakteristisch für diese Art des Dolmetschens sind Kommunikationssituationen, in denen sich die/der Dolmetscher/in nicht am selben Ort wie die/der Sprecher/in bzw. Zuhörer/in oder beide zu dolmetschende Gesprächsparteien aufhält und sowohl in die Ausgangs- als auch Zielsprache, d.h. bidirektional, gedolmetscht wird (vgl. Pöchhacker 2004: 21). Im Falle des Telefondolmetschens sind die/der Dolmetscher/in und die Gesprächsteilnehmerinnen bzw. Gesprächsteilnehmer über ein Telefon miteinander verbunden. Die Dolmetschung erfolgt dabei meist im konsekutiven Modus, bei dem „jeweils abgeschlossene Redebeiträge mit einer Dauer zwischen einigen Sekunden [...] und mehreren Minuten [...] im nachhinein verdolmetscht [werden].“ (Seleskovitch 1988: 32) Wie Pöchhacker (2004: 21) anmerkt, können Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher, sofern sie mit der entsprechenden Technik ausgestattet und vertraut sind, jedoch auch simultan, d.h. während sie die ausgangssprachliche Rede hören, dolmetschen. Diese Form des Telefondolmetschens wurde vor allem in den USA für verschiedene Anwendungsbereiche untersucht und erfolgreich getestet (vgl. Hornberger et al. 1996; Mintz 1998).

Die möglichen Gesprächskonstellationen während des Telefondolmetschens können nach Rosenberg (2007: 68) in drei grundlegende Muster eingeteilt werden:

- **Über das Telefon gedolmetschte Telefongespräche:** Alle Gesprächsparteien befinden sich an unterschiedlichen Orten und sind per Telefon verbunden.
- **Über das Telefon gedolmetschtes Face-to-Face Gespräch:** Die zu dolmetschenden Gesprächsparteien halten sich im selben Raum auf, während die/der Dolmetscher/in per Telefon zugeschaltet wird. Die Kommunikation mit der/dem Dolmetscher/in kann mittels Lautsprecher oder im Falle eines simultanen Telefondolmetschens über ein Headset mit Mikrofon (eines für jede der Gesprächsparteien) erfolgen.
- **Telephone passing:** Auch hierbei handelt es sich um ein Face-to-Face Gespräch zwischen den zu dolmetschenden Gesprächsparteien, bei dem die/der Dolmetscher/in per Telefon hinzugezogen wird. Zur Kommunikation mit der/dem Dolmetscher/in wird mangels Lautsprecher oder ausreichend vorhandener Headsets das Mobiltelefon bzw. der Telefonhörer hin und her gereicht.

Patrascu (2015: 4) nennt in Anlehnung an Lee (2007: 231) noch einen weiteren Typ, den sie als „**gedolmetschtes Telefongespräch**“ bezeichnet. Damit beschreibt sie eine Situation, in der sich die/der Dolmetscher/in mit einer der Gesprächsparteien am selben Ort befindet und die andere Gesprächspartei per Telefon zugeschaltet wird.

Wie den von Walzer (2011: 7) angeführten Beispielen in Bezug auf die möglichen Konstellationstypen von Rosenberg zu entnehmen ist, spiegelt sich in den Anwendungsbereichen des Telefondolmetschens eine große Bandbreite an unterschiedlichen Settings wider. Gespräche zwischen zwei Geschäftspartnerinnen bzw. Geschäftspartnern und Kommunikationssituationen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Ärztinnen bzw. Ärzten gehören dabei ebenso zum Alltag von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern wie auch das Dolmetschen bei polizeilichen Befragungen oder Anhörungen im Asylbereich. Einige dieser Einsatzbereiche sind nicht zufällig entstanden, sondern haben historische Wurzeln. Demnach ist es angebracht, zunächst die Meilensteine in der Entwicklung des Telefondolmetschens und die daraus entstandene Landschaft an Telefondolmetschdiensten in Europa kurz zu skizzieren.

### **3.2. Meilensteine in der Entwicklung des Telefondolmetschens**

Erste Ideen, Dolmetschleistungen über das Telefon anzubieten, wurden bereits in den 1950er Jahren mit dem Ziel veröffentlicht, die Wirtschaft Europas durch einen großen internationalen Fernsprechverkehr anzukurbeln und zu vernetzen. Jedes große europäische Land sollte über eine Dolmetschzentrale verfügen, um den Bedürfnissen einer gesamteuropäischen Wirtschaft

Rechnung tragen zu können (vgl. Nestler 1957: 21). Dennoch sollte es noch ganze zwei Jahrzehnte dauern, bis in Australien 1973 der erste große Telefondolmetschdienst eingerichtet wurde, der bedingt durch die hohen Einwanderungszahlen den Kommunikationsbedarf mit den anderssprachigen Migrantinnen und Migranten zu decken versuchte (vgl. TIS 2017). In seiner ursprünglichen Form wurde der Telefondolmetschdienst kostenlos für Notfälle in den beiden Metropolen Sydney und Melbourne angeboten. Durch die große Nachfrage wurde der Service ständig ausgeweitet und steht bis heute unter dem Namen *Translating and Interpreting Service (TIS)* in 160 Sprachen landesweit und rund um die Uhr zur Verfügung (vgl. Phillips 2013: 508). Im Gegensatz zu früher kann der Telefondolmetschdienst seit 1990 jedoch nur mehr von niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und kommunalen Behörden kostenlos in Anspruch genommen werden (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 12). Andere Kundinnen und Kunden müssen die Kosten selbst tragen.

In den USA entwickelte sich 1981 ein weiterer kostenfreier Telefondolmetschdienst, der aus dem Bedürfnis entstand, Sprachbarrieren bei Polizeieinsätzen mit fremdsprachigen Beteiligten abzubauen. Zunächst nur für die Polizei gedacht, wurde der Telefondolmetschdienst später auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügbar (vgl. Kelly 2007a: 5). 1989 übernahm der amerikanische Telekommunikationsgigant AT&T den Telefondolmetschdienst, baute ihn landesweit aus und führte ihn als profitorientierten Service weiter (vgl. Ozolins et al. 1999: 90). Heute bietet *Language Line Solutions* weltweit Telefondolmetschungen in über 200 Sprachen rund um die Uhr an (vgl. Language Line Solutions 2017).

Der technische Fortschritt, die sinkenden Kosten für Ferngespräche sowie die anhaltende Migration, das Aufkommen von Mobiltelefonen und die vermehrte Nutzung dieser sorgten dafür, dass in den USA der Bedarf nach Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern ständig stieg und seit der Jahrtausendwende auch kleine Unternehmen auf dem Markt mitmischten (vgl. Kelly 2007a: 5f.). Dies führte zu mehr Wettbewerb und veranlasste viele Unternehmen, sich auf bestimmte Bereiche (z.B. Gesundheitswesen) zu spezialisieren bzw. sich verstärkt dem Thema Qualitätsmanagement zu widmen (vgl. Kelly 2007a: 6). Auch in Zukunft ist laut Kelly (2007a: 6f.) mit einer erhöhten Nachfrage nach Telefondolmetschungen zu rechnen, da noch immer neue Einsatzbereiche erschlossen werden und das Telefondolmetschen bzw. der Markt für das Telefondolmetschen in vielen Ländern der Welt, u.a. auch in Europa, noch stark unterentwickelt ist. Die großen Telefondolmetschdienste sollten diese Situation geschickt zu nutzen wissen und ihre langjährige Erfahrung und Expertise anderen Ländern anbieten (vgl. Ozolins et al. 1999: 92).

Der hochentwickelte Markt für das Telefondolmetschen in den USA ist nicht zuletzt jedoch durch zwei landesspezifische Faktoren bedingt: Wie Ozolins (2011: 43) in Bezug auf den Professionalisierungsgrad der Telefondolmetschdienste feststellt, ist die Sprachenvielfalt in Nordamerika weit weniger differenziert als in Europa, „where a far more multilingual population, with no dominant minority language, makes standards across the field more difficult to monitor and enforce.“ Andererseits ist die hohe Nachfrage nach Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern auch ein Produkt des in Kapitel 2.3. bereits erwähnten Title VI des Civil Rights Act aus dem Jahre 1964:

No person in the United States shall, on the ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance. (U.S. Code Title 42 §2000d)

Aus dieser Bestimmung kann abgeleitet werden, dass öffentliche und private Einrichtungen, die durch den Staat finanziell gefördert werden, dafür sorgen müssen, dass einer fremdsprachigen Klientin bzw. einem fremdsprachigen Klienten eine Verständnishilfe zur Verfügung gestellt wird, die sie/ihn dazu befähigt, die angebotene Leistung in vollem Umfang in Anspruch nehmen zu können (vgl. Gracia-Garcia 2002: 3). Da das Anstellen von zweisprachigem Fachpersonal oder Dolmetscherinnen und Dolmetschern in kleinen Städten mit geringem Bedarf an der Kommunikation mit Anderssprachigen aus wirtschaftlichen Standpunkten nur schwer vertretbar ist und auch in großen Städten nie sämtliche Sprachen, die kurzfristig benötigt werden, vorgehalten werden können, hat sich das Telefondolmetschen als kostengünstige und schnell verfügbare Alternative erwiesen (vgl. Gracia-Garcia 2002: 3f.).

In vielen europäischen Ländern fehlen derzeit vergleichbare gesetzliche Regelungen für den gesamten öffentlichen Sektor<sup>5</sup>. Dies führte dazu, dass sich in Europa nie eine große Tradition des Telefondolmetschens etablierte, wenn es auch einige nennenswerte Entwicklungen gab, die Kapitel 3.3. nun zusammenfasst.

---

<sup>5</sup> Eine Ausnahme stellt, wie in Kapitel 2.3. bereits erwähnt, z.B. das Königreich Schweden dar. In Schweden ist das Recht auf eine/n Dolmetscher/in für Personen mit Migrationshintergrund und mangelhaften Sprachkenntnissen gesetzlich verankert (vgl. Pöchlacker 2000a: 145). Des Weiteren muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass viele Länder, wie z.B. auch die Länder der Europäischen Union, vor allem im juristischen Bereich das Recht auf eine/n Dolmetscher/in im Strafverfahren gesetzlich geregelt haben (vgl. EUR-Lex 2015).

### 3.3. Die Landschaft der Telefondolmetschdienste in Europa

Beflügelt durch den großen Erfolg des Telefondolmetschens in Australien und den USA, versuchten Anbieter von Telefondolmetschleistungen in den 1980er und 1990er Jahren auch in Europa Fuß zu fassen. Es kam zur Gründung von Telefondolmetschdiensten, die teilweise innerhalb bereits bestehender Sprachdienstleister ein weiteres Tätigkeitsfeld neben dem klassischen Face-to-Face Dolmetschen eröffneten (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 23).

Heutzutage ist vielen großen Telefondolmetschdiensten in Europa wie auch weltweit gemein, dass sie ihren Service in zahlreichen Sprachen und rund um die Uhr anbieten. Unterschiede gibt es vor allem in der Struktur und der wirtschaftlichen Ausrichtung der vorhandenen Dienste. Kelly (2007a: 49-53) teilt die möglichen Arbeitgeber für Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher in 8 Kategorien ein, die nachfolgend kurz erläutert werden, um sichtbar zu machen, welche Typen auf dem europäischen Kontinent vertreten sind:

- **Großunternehmen**, die rund um die Uhr weltweit agieren, mehr als 100 Sprachen anbieten, die unterschiedlichsten Fachbereiche abdecken, Dolmetscherinnen und Dolmetscher fest anstellen und ausbilden, Call Center betreiben und vorwiegend durch das Telefondolmetschen Einkünfte erzielen.
- **Mittlere Unternehmen**, die Telefondolmetschleistungen landesweit anbieten und ihr Geschäftsmodell stark auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die von zu Hause aus arbeiten, stützen und sich teilweise auf bestimmte Einsatzbereiche (z.B. Gesundheitswesen) spezialisiert haben.
- **Kleinunternehmen**, die das Telefondolmetschen als zusätzliche Einkommensquelle betreiben, einen kleinen geographischen Radius (z.B. eine bestimmte Region) haben, auf ein Setting spezialisiert sind und mit einer Handvoll angestellter bzw. selbständiger Dolmetscherinnen und Dolmetscher arbeiten.
- **Agenturen**, die anhand von Kontakten zu selbständigen Dolmetscherinnen und Dolmetschern ihren Kundinnen und Kunden Telefondolmetschungen anbieten, selbst jedoch über keine Trainings- oder Ausbildungsprogramme verfügen.
- **Staatliche Stellen**, die kostenlose Telefondolmetschleistungen für fremdsprachige Personen in öffentlichen Einrichtungen anbieten.
- **Nichtregierungsorganisationen**, die aufgrund des Versagens der Politik Telefondolmetschdienste betreiben und deren Dolmetscherinnen und Dolmetscher auf freiwilliger und unbezahlter Basis arbeiten.

- **Call Center** für Privatunternehmen, in denen bilinguales Fachpersonal arbeitet, das meistens nicht mit der Tätigkeit des Dolmetschens vertraut ist.
- **Krankenhäuser**, deren angestellte Dolmetscherinnen und Dolmetscher auch Telefondolmetschleistungen anbieten, wobei Ausbildung und Training von Krankenhaus zu Krankenhaus höchst unterschiedlich sein können.

In Europa scheint der Markt bunt durchmischt zu sein. So lassen sich im Internet für jede Kategorie zahlreiche Beispiele ausmachen. Bischoff und Grossmann (2007: 104) nennen die Einrichtung von großen überregionalen Telefondolmetschdiensten in Großbritannien (*Language Line UK*), Frankreich (*ISM Interpretariat*) und den Niederlanden (*TVcN*) als wichtige Meilensteine in der Entwicklung des Telefondolmetschens in Europa. 2009 wurde in Österreich der Telefondolmetschdienst *Sprache Direkt* ins Leben gerufen (vgl. Santer 2010: 63). Zwei Jahre später erfolgte die Gründung des Nationalen Telefondolmetschdienstes der Schweiz (vgl. BAG 2014). Nachfolgend wird nun näher auf die soeben genannten Dolmetschdienste eingegangen:

*Language Line UK* wurde 1990 in Großbritannien als gemeinnütziges Projekt ins Leben gerufen, verstand sich jedoch nie als Serviceanbieter für die breite Masse der Bevölkerung (vgl. Ozolins et al. 1999: 89). Von Anfang an wurden den Kundinnen und Kunden Kosten für die erbrachten Dienstleistungen verrechnet. Heute ist *Language Line UK* ein Tochterunternehmen des amerikanischen Mutterkonzerns *Language Line Solutions* und bietet Telefondolmetschungen für Gesundheitseinrichtungen, Polizei-, Justiz- und Finanzbehörden sowie andere kommunale Behörden in mehr als 200 Sprachen rund um die Uhr an (vgl. Language Line Solutions 2017).

In Frankreich können fremdsprachige Personen und öffentliche Institutionen seit 1989 auf Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher des *ISM (Inter Service Migrants) Interpretariat* zurückgreifen, der u.a. auch verstärkt von Einrichtungen des Gesundheitswesens (u.a. Krankenhäusern und dem Rettungsdienst) frequentiert wird (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 24). Eine Schlüsselrolle kommt dem *ISM* in der Aus- und Fortbildung seiner Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu. Die meisten seien mangels spezifischer Ausbildungsmöglichkeiten für das ‚Dolmetschen im Alltag‘ durch den *ISM* selbst ausgebildet worden und in verschiedenen dolmetschwissenschaftlichen Bereichen (Dolmetschtechnik, Berufsethik, Rollenbewusstsein) im Hinblick auf die speziellen Anforderungen des Telefondolmetschens geschult (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 25). Dank einer ausgeklügelten

Software, eines größeren Bekanntheitsgrads und der Zunahme an angebotenen Sprachen (100+) verzeichnet der *ISM* eine steigende Nachfrage, die es ihm erlaubt, sich fast ausschließlich mit eigens erwirtschafteten Mitteln zu finanzieren (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 24ff.).

In den **Niederlanden** bietet das *Tolk-en Vertaalcentrum Nederland (TVcN)* seit 35 Jahren neben Übersetzungen auch Telefondolmetschungen an. Dafür stehen dem *TVcN* über 1500 Translatorinnen und Translatoren in mehr als 130 Sprachen zur Verfügung, die in den unterschiedlichen Bereichen, vor allem jedoch im kommunalen Setting, zum Einsatz kommen (vgl. *TVcN* 2017).

Das **österreichische** Unternehmen *Sprache Direkt* wurde 2009 mit dem Ziel gegründet, Sprachbarrieren, bedingt durch den hohen Anteil an nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an der Universitätsklinik in Graz, abzubauen. Speziell der große Dolmetschbedarf in den Abteilungen Geburtshilfe, Traumatologie, Unfallchirurgie sowie in der Notaufnahme machten das Heranziehen eines professionellen Dolmetschdienstes erforderlich. *Sprache Direkt* bietet Telefondolmetschungen in 7 Sprachen (Türkisch, Russisch, Arabisch, Albanisch, BKS, Rumänisch, Spanisch) an und ist rund um die Uhr verfügbar. Wie aus den Informationsmaterialien hervorgeht, ist der Einsatzbereich der Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher, die allesamt diplomiert sind (vgl. Santer 2010: 65), auf das Gesundheitswesen beschränkt (Aufnahme- und Entlassungsgespräche, Visiten, Aufklärungsgespräche, Notfälle)<sup>6</sup> (vgl. *SpracheDirekt* 2017a).

Seit 2011 gibt es auch in der **Schweiz** einen *Nationalen Telefondolmetschdienst*, der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durch das Partnerunternehmen AOZ Medios, das auch für die Bereitstellung von Face-to-Face Dolmetscherinnen und Dolmetschern zuständig ist, betrieben wird. Ständig angeboten werden neben den Amtssprachen der Schweiz (Deutsch, Italienisch und Französisch) 11 weitere Sprachen, die vor allem den gesprochenen Sprachen der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz entsprechen. Bei Bedarf kann das Sprachenangebot auf bis zu 50 erhöht werden. Entgegen dem *TIS* in Australien ist der *Nationale Telefondolmetschdienst* für sämtliche Kundinnen und Kunden kostenpflichtig. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher des *Nationalen Telefondolmetschdienstes* verfügen über ein Zertifikat der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln INTERPRET und werden im Zuge des Zertifikatskurses speziell für das Telefondolmetschen ausgebildet. Laut BAG (vgl. BAG 2017) kommt der *Nationale Tele-*

---

<sup>6</sup> Zur Frage, ob *Sprache Direkt* auch für den Rettungsdienst dolmetscht, siehe Kapitel 2.3.2.

*fondolmetschdienst* insbesondere in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Einsatz.

Einen Sonderfall stellt im Hinblick auf das Thema der Masterarbeit das **belgische** Pilotprojekt *Multilingual 112 in Brussels* dar, in dessen Rahmen untersucht wurde, inwiefern das Dolmetschen von fremdsprachigen Notrufen überhaupt machbar sei. In einem Zeitraum von drei Monaten stellten sich 66 Dolmetscherinnen und Dolmetscher für 11 Sprachen<sup>7</sup> freiwillig und unbezahlt für das Projekt zur Verfügung. Ein Dienstplan regelte die durchgehende Verfügbarkeit der Dolmetscherinnen und Dolmetscher für die jeweiligen Sprachen. Jede/r Dolmetscher/in bekam eine individuelle Telefonnummer zugewiesen, die in der Rettungsleitstelle CS100/112 in Brüssel durch Tastendruck angewählt werden konnte. Die/Der Mitarbeiter/in der Leitstelle musste bei einem fremdsprachigen Notruf zunächst die Sprache identifizieren, danach die/den Dolmetscher/in kontaktieren und schließlich alle Gesprächsparteien zu einer Drei-Wege-Telekonferenz verbinden. Als Conclusio wurde von den Projektleiterinnen und Projektleitern festgestellt, dass vor allem das Identifizieren der Sprache und die Verfügbarkeit von ehrenamtlichen Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein Problem darstellt. Demnach bedarf es einerseits eines spezifischen Ausbildungsprogramms für das Leitstellenpersonal bzw. eines speziellen Computersystems, das automatisch Ländervorwahlen der eingehenden Nummern erkennen kann. Andererseits erwähnt Siamu (2010: 9) auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit internationalen und nationalen Dolmetschverbänden wie dem AIIC oder dem STU-ALHU (Service des Traducteurs d'Urgence - Aide Linguistique Humanitaire et d'Urgence), dessen Unterstützung er auf dem Weg zur Professionalisierung eines Telefondolmetschdienstes für den Rettungsdienst als besonders fruchtbringend sieht.

Der Telefondolmetschdienst der niederösterreichischen Rettungsleitstelle *144 Niederösterreich*, der in seiner grundlegenden Struktur dem Pilotprojekt in Belgien gleicht, wird im Rahmen des empirischen Teils näher beschrieben.

Abschließend sei erwähnt, dass in Europa im Laufe des letzten Jahrzehnts immer wieder Pilotprojekte und Studien zum Telefondolmetschen durchgeführt wurden. Bischoff und Grossmann (2006: 28ff.) nennen diesbezüglich den Dolmetschdienst des Kantonsspitals Baden oder Versuche in dänischen Krankenhäusern, das Telefondolmetschen zu etablieren.

---

<sup>7</sup> Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher mussten neben Französisch oder Niederländisch auch noch eine dritte Sprache auf gleich hohem Niveau beherrschen.

### 3.4. Anwendungsbereiche des Telefondolmetschens

Sowohl in Australien, den USA als auch in Europa wurde die Gründung von Telefondolmetschdiensten maßgeblich von dem Gedanken begleitet, anderssprachigen Menschen in Notfallsituationen Kommunikation über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg zu ermöglichen. Telefondolmetschdienste seien eben aus dem Verlangen „to satisfy social and community needs“ entstanden (Ozolins et al. 1999: 87). Demnach ist es wenig überraschend, dass sich Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher meist mit Settings des Community Interpreting<sup>8</sup> konfrontiert sehen. Community Interpreters

ermöglichen Menschen, deren Mutter- und Bildungssprache nicht die des Gastlandes ist, den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen des Gastlandes. Sie helfen zwei oder mehr Gesprächsparteien, die einander nicht gleichgestellt sind und über unterschiedliches soziokulturelles Vorwissen verfügen, zu ihrer gegenseitigen Zufriedenheit zu kommunizieren. Community Interpreters tragen daher zum Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren bei. (Pöllabauer 2002: 197)

Eine einheitliche Definition dessen, was unter Community Interpreting zu verstehen ist und vor allem welche Bereiche ihm zuzurechnen sind, sucht man in der Dolmetschwissenschaft vergeblich<sup>9</sup>. Dies erklärt auch die vielfältigen Bezeichnungen, die für diese Dolmetschsituationen Verwendung finden und oft nicht scharf abgrenzbar sind (vgl. Pöllabauer 2002: 197). Garber (2000: 14f.) präsentiert als Antwort auf Roberts‘ Modell des Community Interpreting ein Modell aus überlappenden Kreisen, dass sämtlichen Dolmetschsettings Rechnung tragen soll. Wie aus seinem Modell ersichtlich wird, weisen die verschiedenen Settings *Conference*, *Court*, *Police* und *Medical* je gemeinsame und distinktive Merkmale auf (Garber 2000: 15). Dies lässt auch Pöchhacker (2004: 16) zu dem Schluss kommen, dass eine Gegenüberstellung von Konferenzdolmetschen und Community Interpreting – wenn auch oft vielversprechend – zu kurz greift. Vielmehr meint Pöchhacker (2004: 17), dass „the nature of community interpreting is best understood by bearing in mind that one of the parties involved is an **individual** human being, speaking and acting on his or her own behalf.“ [Hervorhebung im Original] Gespräche zwischen Privatpersonen und Vertretern von Institutionen oder öffentlichen Einrichtungen gehören somit zu den prototypischen Bereichen des Community Interpreting.

---

<sup>8</sup> Im deutschsprachigen Raum auch als Kommunaldolmetschen bezeichnet (vgl. Pöchhacker 2000a: 39).

<sup>9</sup> Ein häufiger Streitpunkt ist beispielweise, ob das Dolmetschen bei Gericht dem Community Interpreting zuzurechnen ist oder nicht. Pöchhacker (2000a: 38) verweist in diesem Zusammenhang auf den höheren Entwicklungsstand und Professionalisierungsgrad, der oft als Argument gebracht wird, um sich vom Community Interpreting abzugrenzen.

Wie aus der Definition von Pöllabauer bereits hervorgeht, sind beide Gesprächsparteien dabei nicht gleichgestellt. Es entsteht ein asymmetrisches Machtgefüge, das zusätzlich durch verschiedene Erwartungen und andere Erfahrungs- und Wissenshorizonte geprägt ist (vgl. Garber 2000: 19; Pöllabauer 2002: 198f). „[T]he service provider holds nearly all of the power in the relationship, including the power to provide or withhold the needed service.“ (Garber 2000: 16) Als weitere Merkmale des Community Interpreting führt Pöllabauer (2002: 202ff.) den häufigen Einsatz von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern, einen Mangel an adäquaten Ausbildungsmöglichkeiten, Rollenkonflikte, schlechte Arbeitsbedingungen, eine geringe oder gar fehlende Bezahlung sowie eine mangelnde Anerkennung unter Fachkolleginnen und Fachkollegen an.

Kelly (2007a: 36) vergleicht die Arbeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern mit dem Lenken von Autos und macht die Unterschiede vorwiegend an der sozioökonomischen Stellung der beteiligten Gesprächsparteien fest: Konferenzdolmetscherinnen und Konferenzdolmetscher sitzen am Steuer von Limousinen, während Kommunaldolmetscherinnen und Kommunaldolmetscher einer/einem Busfahrer/in gleichkommen, die/der tagtäglich mit Menschen aus verschiedenen sozialen Schichten zu tun hat. Ein/e Telefondolmetscher/in trifft es noch härter, muss sie/er doch über den Tag verteilt hinter dem Steuer eines Rettungswagens, eines Busses, eines Traktors, eines Lieferwagens oder eines LKWs sitzen. Kelly (2007a: 36) verweist damit auf die große Themenvielfalt, mit der sich Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher konfrontiert sehen (siehe Kapitel 3.8.2.), legt mit den von ihr angeführten Fahrzeugtypen abermals nahe, dass das Telefondolmetschen seine Stärken vor allem im Bereich des Community Interpreting ausspielen kann. Generell halten Bischoff und Grossmann (2006: 35) jedoch fest, dass „es keine wissenschaftlichen Belege [gibt], die nahe legen, [das Telefondolmetschen] auf bestimmte Situationen zu begrenzen.“ Ein Abwägen der jeweiligen Situation scheint trotzdem angebracht, da, wie Kapitel 3.7.4. näher ausführt, in gewissen Kommunikationssituationen das Dolmetschen vor Ort dem Telefondolmetschen vorzuziehen ist. Nachfolgend soll im Hinblick auf das Thema der Masterarbeit ein Teilbereich des Community Interpreting, nämlich das Dolmetschen im Gesundheitswesen, näher beschrieben werden.

### 3.4.1. Dolmetschen im Gesundheitswesen

Das Dolmetschen im Gesundheitswesen (im Englischen auch health care interpreting, medical interpreting oder hospital interpreting genannt) (vgl. Pöchlhacker 2004: 15), bezeichnet als Subkategorie des Community Interpreting die Tätigkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in Gesundheitseinrichtungen, bei der Kommunikation zwischen Migrantinnen und Migranten, Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern, Flüchtlingen, Touristinnen und Touristen sowie der einheimischen Bevölkerung auf der einen Seite und medizinischem Fachpersonal (Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) auf der anderen Seite hergestellt wird. Dolmetscherinnen und Dolmetscher kommen dabei mit sämtlichen medizinischen Fachabteilungen in Berührung. Der klinische Bereich ist nur ein möglicher Einsatzort, sodass auch andere Settings, z.B. das Dolmetschen in Ordinationen, bei Patientinnen und Patienten zuhause und das Dolmetschen in medizinischen Notfallsituationen, unter dem Begriff *Dolmetschen im Gesundheitswesen* subsumiert werden können (vgl. Tebble 1999: 179f.).

Favaron (2010: 9) definiert das Dolmetschen im Gesundheitswesen

as a type of (human) interpreting, both spoken and signed, that occurs in an intra-social setting, more specifically in healthcare, where a (usually) semi-professional or (sometimes) natural interpreter uses the (short) consecutive mode to interpret face-to-face talk between an individual speaking a migrant language and an institutional representative.

Typische Merkmale sind demnach

- die triadische Kommunikationssituation zwischen der Patientin bzw. dem Patienten, dem medizinischen Fachpersonal und der/dem Dolmetscher/in,
- oft unzureichend ausgebildete Dolmetscherinnen und Dolmetscher,
- das Konsekutivdolmetschen mit oder ohne Notizennahme als Dolmetschmodus,
- die Anwesenheit aller drei Parteien an einem Ort sowie
- die inferiore Stellung der Privatperson, die eine Minderheitensprache spricht und einer/einem Vertreter/in einer Institution der Mehrheitsgesellschaft gegenübersteht.

In Bezug auf das Telefondolmetschen sei angemerkt, dass die Anwesenheit aller Gesprächsparteien vor Ort nicht unbedingt erforderlich ist. Gerade in Tourismusgebieten herrscht zudem

Kommunikationsbedarf mit anderen ‚prestigeträchtigeren‘ Sprachen (vgl. Leeman & Williams 1999: 273).

Situationsbedingt bringt das Dolmetschen im Gesundheitswesen im Vergleich zu den anderen Bereichen des Community Interpreting einige besondere Herausforderungen mit sich. So können die Gesprächsinhalte, wenn u.a. lebensverändernde Diagnosen gedolmetscht werden müssen bzw. die Nachricht vom Tod einer/eines Familienangehörigen überbracht wird, auch heftige emotionale Reaktionen bei den beigezogenen Dolmetscherinnen und Dolmetschern hervorrufen (vgl. Loutan et al. 1999: 280). Bei der Verwendung von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern kann es zudem passieren, dass ähnlich durchlebte Verluste und Traumata wieder aufkommen (vgl. Loutan et al. 1999: 281). Gerade in Notfallsituationen ist zusätzlich schnelles Arbeiten gefragt.

Der Umgang mit Hektik und Stress gehören ebenso zum Alltag von professionellen Dolmetschenden im Gesundheitswesen wie auch etwaige Rollenkonflikte während der Gesprächssituation. Wie Figl (2011: 25) anmerkt, sind Dolmetscherinnen und Dolmetscher genauso wie die Patientinnen und Patienten und das medizinische Fachpersonal als vollwertige Teilnehmerinnen und Teilnehmer der triadischen Kommunikationssituation zu sehen. Als solche beeinflussen sie mit ihren Erwartungen, Einstellungen und kulturellen Normen bewusst und unbewusst die Interaktion. Aus diesen Überlegungen heraus entwickelt Angelelli (2004) ihr *visible model* und hält fest, dass auch gedolmetschte Gespräche nicht in einem sozialen Vakuum stattfinden und Dolmetscherinnen und Dolmetscher keine unsichtbaren, sondern sichtbare Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer sind. Die allgemeine Haltung, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei ihrer Tätigkeit als neutrale Sprachrohre fungieren würden, ist somit widerlegt, scheint sich überraschenderweise aber auch noch unter vielen Dolmetscherinnen und Dolmetschern unter dem Vorwand eines berufsethischen Verhaltens hartnäckig zu halten (vgl. Dysart-Gale 2005: 91; Hsieh 2006a: 723).

Ein Blick in die mannigfaltige Literatur zum Thema Rollenverständnis beim Dolmetschen im Gesundheitswesen zeigt, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Laufe eines medizinischen Gespräches unterschiedliche Rollen annehmen können. Während Wadensjö (1998) die/den Dolmetscher/in nicht nur als *Translator/in*, sondern auch als *Moderator/in* und *Koordinator/in* des Gesprächs sieht, erwähnt Dysart-Gale (2005: 92) in Verweis auf zahlreiche Studien die/den Dolmetscher/in als *cultural broker*, *patient advocate* und *cultural clarifier*. Davidson (2000: 387) sieht die/den Dolmetscher/in im Anamnesegespräch als *co-interviewer* und *gatekeeper*, die/der maßgeblich den Ausgang der Interaktionssituation formen kann. Auch Bolden (2000) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis und stellt im Rahmen einer

Analyse eines gedolmetschten Arztgesprächs fest, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher Äußerungen der Patientinnen und Patienten oft zusammenfassen. Dabei trennen sie im Hinblick auf das Kommunikationsziel nach ihren eigenen Vorstellungen Relevantes von Irrelevantem und formen die gemeinsprachlich gehaltenen Aussagen in medizinische Fachsprache um (vgl. Bolden 2000: 414; Hsieh 2007: 933). „[I]nterpreters justified their role performances by claiming the identity of a member of the health care team and their work as part of the team effort (Hsieh 2007: 924) Trotz fehlender medizinischer Expertise (vgl. Bolden 2000: 415) kann ihnen somit die Rolle eines *co-diagnostician* attestiert werden.

Als Gründe für die aktive Beteiligung der Dolmetscherinnen und Dolmetscher nennt Hsieh (2006a: 726; 2007: 936) die Vertrautheit mit der Situation *Anamnesegespräch*, die einen standardisierten Ablauf aufweist (vgl. Davidson 2000: 383), und den Umstand, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Hinblick auf die zeitlich beschränkte Verfügbarkeit des medizinischen Fachpersonals stets darauf bedacht sind, effizient zu arbeiten (vgl. auch Bolden 2000: 387).

Angelelli (2004) beschreibt in ihrer Studie zur Sichtbarkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern die möglichen Rollen bzw. Aufgaben derselben anhand von Metaphern, die in den von ihr geführten Interviews genannt wurden. Dolmetscherinnen und Dolmetscher begeben sich demnach wie Detektive auf die Suche nach den Antworten auf Fragen, die vom medizinischen Fachpersonal stammen (*interpreters as detectives*). Aufgrund unzureichender Antworten müssen sie selbst weitere Fragen formulieren, um die gewünschten Informationen zu erhalten. Eine andere Aufgabe von Dolmetscherinnen und Dolmetschern besteht in der Überbrückung von kulturellen Unterschieden (*interpreters as multi-purpose bridges*) bzw. in der Erklärung dieser. Dies beinhaltet unter anderem auch die Dolmetschung kulturspezifischer ethnomedizinischer Konzepte als biomedizinische Konzepte (vgl. Hsieh 2007: 933). Oft sei es auch notwendig, relevante von weniger relevanten oder irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Laut Angelelli (2004: 131) gehe es darum, die Diamanten in einem Haufen voller Steine und Erde zu finden, wobei sie zu verstehen gibt, dass auch anfänglich unwichtige Informationen zu Diamanten werden können (*interpreters as diamond connoisseurs*). Sollten Patientinnen und Patienten relevante Informationen nicht sofort preisgeben wollen, müssen Dolmetscherinnen und Dolmetscher wie Minenarbeiterinnen und Minenarbeiter nach neuen Wegen (z.B. durch das Ändern der Fragestellung bzw. zusätzliche Fragen) suchen, um an das Gold, d.h. die gewünschten Antworten, zu gelangen (*interpreters as miners*).

Die Tätigkeit der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers im Gesundheitswesen kann schlussfolgernd als eine höchst komplexe und herausfordernde Aufgabe gesehen werden. Wie

Figl (2011: 41) festhält, bedarf es dabei auch einer Aufklärung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen über die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern, um etwaige (kulturelle) Missverständnisse zu vermeiden und ein Höchstmaß an Effizienz garantieren zu können.

### **3.5. Ablauf einer Telefondolmetschung**

Wird ein Gespräch per Telefon gedolmetscht, sind an der Kommunikationssituation in der Regel vier Personen beteiligt: die Kundin bzw. der Kunde des Telefondolmetschdienstes, eine fremdsprachige Person, ein/e Mitarbeiter/in des Telefondolmetschdienstes sowie die/der Dolmetscher/in (vgl. Kelly 2007a: 11). Als Kundinnen und Kunden können Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen, Privatpersonen oder eben auch die fremdsprachige Person selbst auftreten. Es folgen vier Schritte, die als typisch für jedes gedolmetschte Telefongespräch angesehen werden können:

- Die Kundin/Der Kunde wählt die Nummer des Telefondolmetschdienstes.
- Ein/e Mitarbeiter/in des Telefondolmetschdienstes meldet sich, erfasst die notwendigen Daten (u.a. für die Rechnungslegung) und erkundigt sich nach der gewünschten Sprache. Alternativ kann zu diesem Zwecke ein *Interactive Voice Response (IVR)* System zur Anwendung kommen, das mithilfe der Stimme der Anruferin bzw. des Anrufers gesteuert wird (vgl. Kelly 2007a: 12). Bei anderen Telefondolmetschdiensten kann auch per Durchwahl sofort die gewünschte Sprache angewählt werden (vgl. SpracheDirekt 2017b). Sollte es Schwierigkeiten bei der Identifikation der Fremdsprache geben, empfiehlt Kelly (2007a: 15), sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Telefondolmetschdienste zu wenden, die dank spezieller Fortbildungen im Bereich der Phonologie oft in Sekundenschnelle die unterschiedlichsten Fremdsprachen identifizieren können.
- Die/Der Mitarbeiter/in stellt die Verbindung zwischen der Kundin bzw. dem Kunden und der/dem Dolmetscher/in mit der gewünschten Sprache her.
- Das Gespräch zwischen den beiden Gesprächsparteien wird unter Zuhilfenahme der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers begonnen.

Um den optimalen Ablauf einer Telefondolmetschung zu gewährleisten, bieten viele Telefondolmetschdienste Merkblätter oder im Falle des Nationalen Telefondolmetschdienstes der Schweiz sogar Videos mit wichtigen Tipps an. Wünschenswert wäre demnach, die/den Dol-

metscher/in über den Inhalt des Gesprächs kurz zu informieren (vgl. Rosenberg 2007: 70) und falls vorhanden die Lautsprecherfunktion des Telefons zu aktivieren (vgl. Nationaler Telefondolmetschdienst 2017) bzw. die/den Dolmetscher/in darüber zu informieren, ob ein Lautsprecher verwendet wird. Aufgabe der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers vor dem Beginn des Gesprächs ist, sich im Rahmen einer *pre-session* kurz vorzustellen und den Gesprächsparteien die eigene Rolle<sup>10</sup> zu definieren (vgl. Kelly 2007a: 120).

Im Falle eines Verbindungsabbruchs soll abermals die Nummer des Telefondolmetschdienstes gewählt werden und auf das technische Problem hingewiesen werden. Weitere technische Aspekte und Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Telefondolmetschung werden nun in Kapitel 3.6. diskutiert.

### **3.6. Technische Anforderungen**

Der technologische Fortschritt in der Telekommunikationsindustrie in den letzten Jahren und Jahrzehnten führte dazu, dass heutzutage rein theoretisch jedes marktübliche (Mobil)telefon für das Telefondolmetschen verwendet werden kann. Schließlich muss dafür nur eine Drei-Wege-Telekonferenz, d.h. ein Telefongespräch mit drei Gesprächsparteien, eingerichtet und eine herkömmliche Telefonverbindung hergestellt werden. Dennoch ist man sich in der Literatur einig, dass die technische Ausrüstung sowie eine maßgeschneiderte Software großen Einfluss auf die Qualität einer Telefondolmetschung haben (vgl. Bischoff & Grossmann 2006: 8). Wie Kelly (2008: 3) anmerkt, ist dabei nicht nur die Ausstattung der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers von Belang, sondern die technische Ausrüstung aller beteiligten Parteien. Während Korak (2010: 65) eine ganze Vielfalt von möglichen Gerätschaften (handelsübliche Telefone, Schnurlostelefone, Mobiltelefone, Lautsprecher oder Voice Points) aufzählt, wird von einigen Autoren nicht zuletzt aufgrund qualitativer, ethischer und sicherheitstechnischer Bedenken vor allem der Einsatz eines Mobiltelefons strikt abgelehnt, zudem Kosten bei Mobilfunkgesprächen im Vergleich zu Festnetzgesprächen höher ausfallen (vgl. Mikkelson 2003: 7; Kelly 2007: 91; Ozolins 2011: 36). Zwar müsse man diese Einstellung bei Dolmetschungen in gewissen Situationen etwas relativieren, Standard in vielen großen Telefondolmetschdiens-

---

<sup>10</sup> Kelly (2007a: 120f.) verweist in diesem Zusammenhang auf die „least invasive role“ von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern, sodass nur in Ausnahmefällen, in denen erklärende Maßnahmen aufgrund von sprachlichen Missverständnissen oder kulturellen Aspekten erforderlich sind, zusätzliche Informationen gegeben werden sollen. Im Regelfall beschränke sich die Aufgabe der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers jedoch nur auf die getreue Dolmetschung der von den Gesprächsparteien getätigten Äußerungen.

ten sei jedoch aufgrund der Gesprächsqualität nach wie vor das Benutzen eines Festnetzanschlusses (vgl. Ozolins 2011: 36).

Ebenso skeptisch steht man dem *telephone passing* (siehe Kapitel 3.1.) gegenüber, das Rosenberg (2007: 73) als höchst problematisch bezeichnet, da durch das Hin- und Herreichen des Mobiltelefons bzw. des Telefonhörers aus einer eigentlich triadischen Kommunikationssituation zwei parallele Konversationen entstehen und die/der Dolmetscher/in zu einer/einem reinen Übermittler/in von Botschaften verkommt.

Gegen den Einsatz von Schnurlostelefonen spricht, dass diese meist batterie- oder akkubetrieben sind und andere elektronische Geräte durch Störgeräusche bzw. Funkwellen die Qualität der Telefonleitung beeinträchtigen können. Zusätzlich gebe es Sicherheitsbedenken hinsichtlich der Abhörsicherheit von Schnurlostelefonen (vgl. Kelly 2007a: 91; Ozolins 2011: 36).

Auch bei der Benutzung der Lautsprecherfunktion eines Telefons bzw. eines Voice Point (Standlautsprecher) ist besondere Vorsicht geboten. Eine schlechte Platzierung der Gerätschaften bzw. das Aufstellen neben einer Lärmquelle kann die Qualität der Sprachübertragung stark negativ beeinflussen (vgl. Rosenberg 2007: 72). Zudem kann bei manchen Lautsprechern nicht gleichzeitig gehört und gesprochen werden, sodass ein *voice overlapping* unmöglich ist und mitunter wichtige Informationen verloren gehen (vgl. Saint-Louis et al. 2003: 42). Für Kundinnen und Kunden rät Kelly (2007a: 87) daher zu einem *dual handset phone*, einem Telefon mit zwei Hörern. Walzer (2011: 15) führt aus, dass es auch hier Versionen mit Schnurlostelefonen und Kombinationsmöglichkeiten mit Headsets gibt. Die Verwendung von Headsets bei medizinischen Untersuchungen bringt jedoch einige Probleme mit sich (siehe unten).

Bei Dolmetscherinnen und Dolmetschern spricht sich Kelly (2007a: 71ff.; 2008: 9) für die Benutzung eines herkömmlichen Telefons aus, das mit einem kabelgebundenen Headset verbunden ist. Das Headset sollte mit einem Mikrofon mit Geräuschunterdrückung ausgestattet sein (vgl. Mikkelsen 2003: 7) und über eine eigene Lautstärkeregelung und eine Lautlostaste verfügen sowie ein oder beide Ohren komplett abdecken. Des Weiteren empfiehlt Kelly (2007a: 72) den Einsatz eines Telefonverstärkers, mit dem die Lautstärke der Sprecherin bzw. des Sprechers bei schlechter Audioqualität oder schwacher Stimme erhöht werden kann. Auf den Einsatz von Computern sollte verzichtet werden, da etwaige Tastaturgeräusche extrem störend sein können (vgl. Kelly 2007a: 73). Stattdessen sollen Papier und Stift verwendet werden.

In ihren Vorschlägen zur Ausstattung von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern bezieht sich Kelly auf den konsekutiven Modus. Durch das Verwenden eines Headsets bleiben die Hände frei, sodass – wie beim Konsekutivdolmetschen üblich – Notizen genommen werden können. Mit einem Hörer in der Hand wäre dies nur ungleich schwerer machbar.

Headsets finden aber auch beim simultanen Telefondolmetschen Anwendung. Beim sogenannten *remote simultaneous interpreting* (vgl. Hornberger et al. 1996: 847) gibt es zwei aktive Telefonleitungen - für jede der Gesprächsparteien eine. Beide Gesprächsteilnehmerinnen bzw. Gesprächsteilnehmer sind genauso wie die/der Dolmetscher/in mit einem Headset mit Mikrofon ausgestattet. Während die/der Dolmetscher/in auf einer Leitung die Ausgangssprache, d.h. die sprechende Person, hört, produziert sie/er für die/den Empfänger/in gleichzeitig den zielsprachlichen Output, der über die zweite Telefonleitung übertragen wird. Wechseln die Sprecherinnen bzw. Sprecher, muss die/der Dolmetscher/in lediglich die Kanäle für die Ausgangs- und Zielsprache austauschen (vgl. Mintz 1998: 1). Wie das Arbeiten mit Headsets generell, bedarf die Handhabung der Technik für das simultane Telefondolmetschen viel Übung und Vorbereitung (vgl. Mintz 1998: 3). Auch Korak (2010: 56) hält ein umfassendes Training für notwendig, um etwaigen technischen Problemen vorbeugen zu können. Anderweitige Probleme können u.a. bei medizinischen Untersuchungen entstehen, wenn die Ärztin bzw. der Arzt ihr/sein Stethoskop benutzen möchte oder eine Untersuchung am Kopf der Patientin bzw. des Patienten erforderlich ist (vgl. Saint-Louis et al. 2003: 44). Auch der Tragekomfort der Headsets lässt oft zu wünschen übrig (vgl. Korak 2010: 56) Hier wäre demnach das konsekutive Telefondolmetschen dem simultanen vorzuziehen bzw. ein/e Dolmetscher/in vor Ort einzusetzen.

Der Vollständigkeit halber sei auch noch das Bildtelefon als mögliche Gerätschaft für das Telefondolmetschen zu erwähnen, das durch das Vorhandensein eines Videokanals vor allem für Menschen mit Hörbeeinträchtigung verwendet wurde (vgl. Ko 2006: 327). In Zeiten des Videodolmetschens kommt dem Bildtelefon jedoch keine große Bedeutung mehr zu.

Eine entscheidende Verbesserung in der Gesprächsqualität kann der Umstieg vom klassischen leitungsvermittelnden Telefonnetz PSTN (Public Switched Telephone Network) auf ein paketorientiertes IP-Netzwerk, das sowohl in Deutschland als auch in Österreich gerade ausgebaut wird, bringen. Telefongespräche werden damit über das Internet abgewickelt. Gleichzeitig mit den Vorteilen steigt bei der IP-Telefonie (auch als Voice over IP oder VoIP bekannt) jedoch auch die Gefahr, dass es aufgrund einer zu geringen Bandbreite, eines kaputten Routers oder einer instabilen Datenleitung zu Aussetzern oder Verbindungsabbrüchen kommt. Bei Stromausfällen würde bei VoIP auch das Telefon ausfallen (vgl. Behrens & Stel-

zel-Morawietz 2016). Wie Kelly (2007a: 18) anmerkt, sollten demnach sowohl größere als auch kleinere Telefondolmetschdienste einen Notfallplan (z.B. das Aktivieren eines Notstromaggregats) parat haben.

Wie ersichtlich wurde, bedarf es für qualitativ hochwertige Telefondolmetschungen weit mehr als nur eines Telefons mit Drei-Wege-Funktion. Sowohl Kundinnen und Kunden als auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher müssen für geeignete Ausstattung sorgen, damit bestmögliche Kommunikation gelingen kann. Nicht immer scheint das Telefondolmetschen jedoch die angemessenste aller Dolmetschmethoden für eine bestimmte Situation zu sein, so dass manches Mal ein/e Dolmetscher/in vor Ort einer/einem Telefondolmetscher/in vorzuziehen ist. Mögliche Gründe und generelle Unterschiede zwischen dem Telefondolmetschen und dem Face-to-Face Dolmetschen beschreibt das nun folgende Unterkapitel.

### **3.7. Telefondolmetschen vs. Face-to-Face Dolmetschen**

Menschliche Kommunikation folgt bestimmten Konventionen und Strukturen, die sich abhängig von der Gesprächssituation deutlich unterscheiden können. „Telephone interpreting on the whole implies certain specific conditions that are not present in face-to-face interpreting.“ (Wadensjö 1998: 140) Dieser Umstand hat verschiedene Autorinnen und Autoren dazu bewogen, das Telefondolmetschen mit Dolmetschsituationen, in denen die/der Dolmetscher/in vor Ort anwesend ist<sup>11</sup>, in Studien<sup>12</sup> und Erfahrungsberichten zu vergleichen. Die dabei festgestellten situationsbedingten Unterschiede werden dem Telefondolmetschen oft als Nachteile angeheftet. Einen möglichen Grund für die Betrachtung des Telefondolmetschens aus einer defizitorientierten Sichtweise nennt Mikkelson (2003: 3): So stünden vor allem die großen professionellen Berufsverbände den Formen des *remote interpreting* nach wie vor eher skeptisch gegenüber. Nachfolgend soll geklärt werden, woraus sich diese Skepsis ergibt.

#### **3.7.1. Fehlender Sichtkontakt**

Eingangs wurde erwähnt, dass das Telefondolmetschen als Form des *remote interpreting* dadurch gekennzeichnet ist, dass sich die Gesprächsparteien und die/der Dolmetscher/in nicht am selben Ort aufhalten und per Telefon verbunden sind. Als wohl größten Unterschied zwi-

---

<sup>11</sup> Die Bezeichnung *Dolmetschen vor Ort* entspricht dem *Face-to-Face Dolmetschen*.

<sup>12</sup> Große Langzeitstudien sucht man mit wenigen Ausnahmen (z.B. Ko 2006) jedoch vergeblich (vgl. Andres & Falk 2009: 9).

schen dem Telefondolmetschen und dem Dolmetschen vor Ort nennen Rosenberg (2007: 67) sowie andere Autorinnen und Autoren (vgl. Mikkelson 2003: 5; Ko 2006: 333; Andres & Falk 2009: 21) daher den fehlenden Sichtkontakt. „Visual contact is essential to rendering a complete and accurate version of the original message.” (Vidal 1998: 2) Diese Aussage untermauern auch die Ergebnisse eines im Jahre 1996 von Ingrid Kurz (2000: 298) durchgeführten Experiments am Wiener Dolmetschinstitut. Kurz ließ Studierende zwei Videos, einmal mit und einmal ohne visuellen Input, dolmetschen und befragte sie im Anschluss mittels 5-Punkte-Skala nach dem subjektiven Nutzen der Videoquelle. Auch in einem zweiten identisch aufgebauten Versuch beklagten die Studierenden das Fehlen des visuellen Inputs, wodurch Kurz zum Schluss kam, dass Mehrkanalinformationen der/dem Dolmetscher/in einen großen Vorteil verschaffen. Mintz (1998: 3) hält im Rahmen seines Artikels zum Einsatz von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern bei Gericht fest:

Some interpreters are disturbed by the inability to see the speaker, and find alarming the notion of interpreting, for example, trial witness testimony over the telephone. Nonverbal cues are an enormously important component of human communication under any circumstances, but all the more so where subjective judgements of such things as credibility are being made, and the delicate process of interlingual transfer of meaning is in play, with all its complexities, ambiguities and nuances. The countless subtleties of facial expression and body language have an effect on our (live) interpretation, whether or not we are conscious of those effects.

Wie Patrascu (2015: 9) hierzu richtigerweise anmerkt, zieht der Autor in seinem Artikel keine klare Trennlinie zwischen visuellen und anderen non-verbale Informationen. Kelly (2008: 3) räumt zwar ein, dass die/der Dolmetscher/in beim Telefondolmetschen aufgrund der räumlichen Trennung vom visuellen Input ausgeschlossen ist, merkt jedoch an, dass non-verbale Informationen nicht unbedingt visueller Natur sein müssen. Tonfall, Aussprache, Intonation, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke, der Einsatz der Atmung oder Pausen können sehr wohl auch von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher wahrgenommen werden (vgl. Kelly 2007b: 3). Felgner (2009: 54) weist in diesem Zusammenhang auf spezielle Trainingsprogramme hin, die das Ziel verfolgen sollten, das Gehör von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern zu schulen. Dass Dolmetschungen auch ohne visuellen Input qualitativ hochwertig sein können, beweisen zudem erfolgreiche blinde oder stark sehbeeinträchtigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher (vgl. Kelly 2007a: 84).

Um Körpersprache und andere visuelle Informationen dennoch zumindest teilweise in die Telefondolmetschung miteinbeziehen zu können, empfiehlt Wadensjö (1999: 262) in ihrer

Vergleichsstudie zum Telefondolmetschen und dem Dolmetschen vor Ort: „[I]nterlocutors would be well advised to make a special effort to express themselves clearly and verbalize any non-verbal activities that may have an impact on the ongoing interaction.“ Um dies sicherzustellen, ist jedoch eine vorangehende Schulung der Kundinnen und Kunden von Telefondolmetschleistungen notwendig (vgl. Pointon 1996: 53).

Einen weiteren Beweis dafür, dass ein fehlender Sichtkontakt nicht unbedingt zu Qualitätseinbußen bei der Dolmetschung führen muss, liefert Ko mit einer vom ihm 2006 durchgeführten Langzeitstudie zum Telefondolmetschen. Zwar berichtet er anfänglich über Schwierigkeiten seiner Probandinnen und Probanden, ohne visuellen Input zu dolmetschen, fasst jedoch am Ende seiner Studie zusammen, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher durch eine umfassende Aus- und Fortbildung bzw. ein angemessenes Training sowie das Benutzen einer hochwertigen Ausstattung fehlende visuelle Informationen kompensieren können (vgl. Ko 2006: 334). Kelly (2007a: 84) erwähnt zudem, dass viele Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die hauptsächlich im Bereich des Telefondolmetschens arbeiten, den visuellen Input eher als störend und ablenkend empfinden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch eine entsprechende Ausbildung und eine hochwertige technische Ausstattung auch über das Telefon sehr gute Dolmetschleistungen erfolgen können. Dennoch bleibt das Thema der Qualität beim Telefondolmetschen ein Streitpunkt, auf den das nun folgende Unterkapitel eingeht. Der Fokus liegt dabei auf dem Telefondolmetschen im Gesundheitswesen.

### **3.7.2. Qualität der Dolmetschungen**

Wie aus den Ausführungen in Kapitel 2 hervorgeht, herrscht in der Literatur weitgehend Konsens darüber, dass professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher den Zugang zum Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entscheidend verbessern bzw. erhöhen können. Schlussfolgernd könnte man in Anschluss an die Erkenntnisse aus Kapitel 3.7.1. annehmen, dass „a good interpreter at a distance is better than a bad one on site or none at all“ (Andres & Falk 2009: 20). Auch Wadensjö (1999: 248) meint dazu:

the interpreter's being there or being on the phone is not necessarily decisive for the quality of performance, in terms of adequacy or exactness of translation. Neither type of interpreting seems, in and by itself, guarantee better quality.

Entscheidend für die Qualität der Dolmetschung sei demnach nicht die An- oder Abwesenheit der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers oder der visuelle Kanal, sondern die Kompetenz der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers und ihre/seine Vertrautheit mit der geforderten Dolmetschmethode (Kelly 2007b: 3). Vergegenwärtigt man sich noch einmal den Einsatzbereich von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Community Interpreting, so ist es wenig überraschend, dass sich sowohl bei den Dolmetscherinnen und Dolmetschern vor Ort als auch bei ihren Kolleginnen und Kollegen, die über das Telefon arbeiten, große qualitative Unterschiede zeigen. Laut Kelly (2007a: 52) variiert in den USA der Umfang der Ausbildung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in Krankenhäusern zum Teil stark. Noch weniger, so Andres und Falk (2009: 21), seien in den spezifischen Anforderungen des Telefondolmetschens geschult worden. Ein Grund dafür ist der bereits angesprochene Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten, sodass auch bei professionellen Telefondolmetschdiensten wie dem *TIS* in Australien sogenannte „paraprofessional interpreters“, die nicht für das Dolmetschen in Fachbereichen trainiert sind (vgl. Lee 2007: 234), zum Einsatz kommen. Laut Kelly (2007a: 88) wirkt sich dies auch auf die teils laienhafte Struktur des amerikanischen Marktes für Telefondolmetschen im Gesundheitswesen aus. Mangels qualifizierter Dolmetscherinnen und Dolmetscher sehe man sich oft gezwungen, auch Personen ohne spezifische translatorische Ausbildung anzustellen.

Trotz dieser Umstände warnt Kelly (2007a: ebd.) davor, unbedacht Rückschlüsse auf den gesamten Markt zu ziehen. Zwar fehlen gemeinsame ethische Prinzipien, Qualitätsstandards und Zertifizierungsprogramme für Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher von staatlicher Seite, dies sei jedoch kein Grund, dem Telefondolmetschen die Qualität abzusprechen. Denn während kleinen Telefondolmetschdiensten oft die notwendigen Ressourcen fehlen, sind große Telefondolmetschdienste sehr wohl auf Qualität bedacht und führen zum Teil Screenings und Tests durch, die weit über den Anforderungen für das Dolmetschen vor Ort liegen (vgl. Kelly 2007a: 89). Des Weiteren betreiben viele Unternehmen Monitoring-Systeme, um höchste Qualität zu garantieren und Kundenabwanderung zu verhindern. Fortbildungs- und Trainingsprogramme stellen sicher, dass sich die Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher ständig am Puls der Zeit befinden (vgl. Kelly 2007a: 90). Kundinnen und Kunden legt Kelly (2007a: 28) daher nahe, sich im Vorfeld umfassend über den jeweiligen Telefondolmetschdienst zu informieren.

Zur Messung der Qualität eines Telefondolmetschdienstes schlägt Kelly (2008: 2) folgende vier Kriterien vor:

- Ausbildung und Erfahrung der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers
- Zeit, die benötigt wird, um eine/n Dolmetscher/in in die Leitung zu bekommen
- Kenntnisse bzw. Schulung der Kundinnen und Kunden über den Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern
- Gesprächsqualität

Daraus wird ersichtlich, dass an alle vier Akteurinnen und Akteure einer Telefondolmetschung (siehe Kapitel 3.1.) hohe Anforderungen gestellt werden. Grundvoraussetzung bleibt jedoch eine gut funktionierende Technik auf beiden Seiten, die allen Beteiligten eine gute Gesprächsqualität ermöglicht. Undeutliches Sprechen, ungeschulte Kundinnen und Kunden, unausgebildete Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie eine schlechte Audioqualität können jedoch nicht nur zu großen Qualitätseinbußen bei der Dolmetschung führen, sondern auch Verwirrung innerhalb der Interaktionssituation, u.a. bei der Organisation des Sprecherinnen- bzw. Sprecherwechsels, stiften. Kapitel 3.7.3. widmet sich daher dem turn-taking sowie dem Einsatz von direkter und indirekter Rede.

### **3.7.3. Turn-taking und der Einsatz von direkter und indirekter Rede**

Die weit verbreitete Meinung über Dolmetscherinnen und Dolmetscher im öffentlichen Diskurs, wonach sie lediglich als neutrales Sprachrohr zwischen zwei Sprachen fungieren, wurde in Kapitel 3.4.1. bereits widerlegt. Gerade im Bereich des Community Interpreting, bei dem zwischen zwei Personen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen (Macht)positionen vermittelt wird, wird die/der Dolmetscher/in als eine Person gesehen, die neben seiner translatorischen Tätigkeit auch folgende Aufgaben übernimmt:

(co-)structuring the interaction by turn-taking initiatives and actively participating in meaning negotiation and topic management, thus revealing the interpreter's neutrality and invisibility as an idealized fiction. (Pöchhacker 2004: 151)

Wie aus diesem kurzem Zitat ersichtlich wird, gestalten Dolmetscherinnen und Dolmetscher den Sprecherinnen- bzw. Sprecherwechsel, auch turn-taking genannt, maßgeblich mit. Auch Wadensjö (1998: 105) sieht das Dolmetschen und Koordinieren der Aussagen der beiden Gesprächsparteien als die zentralen Aufgaben der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers in der Interaktion. In einer ihrer viel zitierten Studien (Wadensjö 1999) vergleicht sie das Face-to-Face Dolmetschen mit dem Telefondolmetschen im Rahmen einer polizeilichen Befragung,

indem sie ein und dieselbe Befragung zwischen einer Polizistin und einer russischsprachigen Klientin zunächst per Telefon und einen Monat später vor Ort dolmetschen lässt. Die Ergebnisse der Studie ließen Wadensjö zum Schluss kommen, dass das turn-taking der Gesprächsparteien bei der Dolmetschung vor Ort glatter als bei der Telefondolmetschung verlief (vgl. Wadensjö 1999: 261). Des Weiteren wurde ersichtlich, dass bei der Dolmetschung vor Ort der Sprecherinnenwechsel vergleichsweise öfters auftrat und die Dolmetschung selbst flüssiger wirkte und schneller vonstattenging (vgl. Wadensjö 1999: 256, 261). Bei den Überschneidungen in den Gesprächen ließen sich in Bezug auf den Rhythmus der Sprachproduktion abermals mehr Überlappungen vor Ort als bei der Telefondolmetschung feststellen. Zu Überlappungen während der Telefondolmetschung kam es meistens nur durch die/den Dolmetscher/in selbst, als diese/dieser mit ihrer/seiner Dolmetschung begann. Zum einen kann dies als Zeichen aufgefasst werden, dass die zu dolmetschende Äußerung eine von der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher gerade noch machbare maximale Länge erreicht hat, zum anderen jedoch auch als Feedback, das Gesagte verstanden zu haben, gesehen werden.

Das Unterbrechen von Äußerungen durch die/den Dolmetscher/in ergibt sich schließlich auch aus dem Ausbleiben von Feedback, d.h. Rückmeldungen wie z.B. mhm oder non-verbale visuelle Aktivitäten, seitens der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, wenn über ein Telefon gedolmetscht wird. So kann oft nur schwer abgeschätzt werden, wann eine Äußerung dem Ende zugeht und eine entsprechende Reaktion der Gesprächspartnerin bzw. des Gesprächspartners erwartet wird (vgl. Walzer 2011: 25). Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollten laut Korak (2010: 63) daher auch das phatische Sprechen beherrschen, um den Mangel an visuellem und auditivem Feedback ausgleichen zu können.

Den glatten Verlauf eines telefongedolmetschten Gesprächs stören zudem das Verbalisieren von non-verbale Gesprächselementen (siehe Kapitel 3.7.1.) und Rückfragen bzw. Bitten um Wiederholungen von Äußerungen, die von der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher nicht gleich auf Anhieb verstanden wurden (vgl. Mikkelsen 2003: 5). Oviatt, Cohen und Podlozny (1990: 12) stellen in ihrer Studie fest, dass 30% aller Äußerungen eines gedolmetschten Telefongesprächs alleine der Verständnisüberprüfung dienen.

Eine weitere Hürde bei Telefondolmetschungen, die nicht selten für Verwirrung bei den Gesprächsparteien sorgt und den Gesprächsfluss ins Stocken bringt, ist der Einsatz der direkten und indirekten Rede durch die/den Dolmetscher/in. Das Dolmetschen in der 1. Person (Ich-Perspektive), d.h. die Wiedergabe der direkten Rede, gilt unter vielen Dolmetscherinnen und Dolmetschern als unumstößliches Prinzip der professionellen Berufsausübung (vgl. Lee 2007: 249).

Wie schwierig es sein kann, dieses Prinzip auch beim Telefondolmetschen durchzusetzen, erwähnt Rosenberg (2007: 74). Auch andere Autoren, wie Lee (2007: 247), räumen ein, dass das Dolmetschen in der 1. Person bei der Verwendung eines Telefons nicht immer die für die Kundin bzw. den Kunden brauchbarste Lösung darstellt. Ein häufig genannter Grund dafür ist, dass die Kundin bzw. der Kunde generell in der dritten Person sprechen würde, da sie/er sich bewusst ist, dass sie/ihn die/der Gesprächspartner/in nicht versteht (Wadensjö 1998: 271). Hinzu kommt, dass auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher in ihrer Funktion als Gesprächsorganisatorinnen und Gesprächsorganisatoren sowohl die erste als auch die dritte Person verwenden, wobei das ‚ich‘ meistens selbstreferentiell verwendet wird und das ‚er‘ bzw. ‚sie‘ jene/n Gesprächsteilnehmer/in bezeichnet, die/der gerade gesprochen hat (vgl. Oviatt et al. 1990: 10). So könne man Missverständnisse vermeiden und die/den Urheber/in der Aussage klar identifizieren (vgl. Lee 2007: 246). Als dritten Grund für die Verwendung der dritten Person nennt Rosenberg (2007: 74) den Umstand, dass nicht immer klar hervorgehen würde, welche der Gesprächsparteien gerade das Wort ergriffen hat. Kelly (2007: 142) nennt zudem kulturelle Umstände, die eine direkte Adressierung der Gesprächspartnerin bzw. des Gesprächspartners als sehr unhöflich erscheinen lassen und den Gebrauch der indirekten Rede rechtfertigen. Auch bei mehreren Gesprächsparteien in der Leitung ist ein Verwenden der dritten Person angebracht. In allen anderen Situationen besteht Kelly (2007a: 141f.) jedoch auf der Verwendung der direkten Rede, während die/der Dolmetscher/in bei Rückfragen oder Anmerkungen in der dritten Person sprechen soll.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die/der Dolmetscher/in wesentlich für das Gelingen der Interaktion verantwortlich ist und neben ihrer/seiner translatorischen Tätigkeit auch koordinierende Funktionen übernehmen muss. Kapitel 3.7.4. soll nun die Einsatzbereiche für Face-to-Face Dolmetscherinnen und Dolmetscher und Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher näher unter die Lupe nehmen.

#### **3.7.4. Einsatzbereiche**

In Kapitel 3.4. wurde abschließend erwähnt, dass zurzeit noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, die sich ausdrücklich dafür aussprechen, das Telefondolmetschen auf bestimmte Einsatzbereiche zu beschränken. Dies mündet mitunter in Befürchtungen von Dolmetscherinnen und Dolmetschern (vgl. Mintz 1998; Rosenberg 2007), dass das Telefondolmetschen das Dolmetschen vor Ort aus vielen Bereichen verdrängen könnte. Dieser

Annahme hält Gracia-Garcia (2002: 18) entgegen: „[I]n no case can Telephone Interpreting be used without any limits whatsoever [...]“. Auch Kelly (2007a: 90) greift diesen Mythos in ihrer Monographie zum Telefondolmetschen auf und bezieht sich dabei abermals auf die Etablierung des Telefondolmetschens in den Pionierländern. Sowohl in Australien als auch in den USA entwickelte sich das Telefondolmetschen aus dem Wunsch heraus, fremdsprachigen Personen den Zugang zu öffentlichen Stellen und Dienstleistungen zu ermöglichen. Das Dolmetschen vor Ort gänzlich zu ersetzen, lag demnach nie in der Absicht der Telefondolmetschendienste (vgl. Kelly 2007a: 91). Dieser Ansicht schließen sich zahlreiche Autorinnen und Autoren an, die das Telefondolmetschen nicht als Ersatz, sondern vielmehr als notwendige und sinnvolle Ergänzung zum Dolmetschen vor Ort sehen (vgl. Pointon 1996: 53; Gracia-Garcia 2002: 18; Kelly 2007a: 87). Alleine aufgrund der situationsbedingten Unterschiede ergeben sich Einsatzbereiche, in denen das Telefondolmetschen bzw. das Dolmetschen vor Ort mehr oder weniger geeignet erscheinen. Dahinter stehen Überlegungen zur Kommunikationssituation, dem Inhalt von Gesprächen, der Verfügbarkeit von Dolmetschenden sowie Gedanken zu kulturellen Aspekten und dem gesundheitlichen Status der beteiligten Gesprächsparteien.

Bereiche, in denen bevorzugt das **Telefondolmetschen** zum Einsatz kommen sollte, sind Situationen, in denen die Gesprächsparteien bereits per Telefon verbunden sind, kein/e Dolmetscher/in vor Ort für die gewünschte Sprache verfügbar ist und aus kulturellen, religiösen oder privaten Gründen die Anwesenheit einer dritten Person bzw. einer Person des anderen Geschlechts nicht gewünscht ist (Kelly 2007b: 2). Darüber hinaus stellen Notfallsituationen ein prototypisches Setting dar, in denen das Telefondolmetschen unter Umständen nicht die geeignetste, aufgrund der schnellen Verfügbarkeit von Dolmetschenden und mangelnder Alternativen jedoch die einzig mögliche Lösung ist (vgl. Gracia-Garcia 2002: 18; Kelly 2008: 9; Andres & Falk 2009: 21). Auf die Spezifik von telefongedolmetschten Notrufen geht Kapitel 3.10. ein. Auch Gespräche von organisatorischer Natur (Terminfindung, Besprechung von Labor- und Testergebnissen bzw. Rechnungen) lassen sich gut per Telefon abwickeln (vgl. Gracia-Garcia 2002: 7).

Situationen, in denen das **Face-to-Face Dolmetschen** seine Stärken ausspielen kann und das Telefondolmetschen unangebracht erscheint, sind u.a. Gespräche mit mehreren Beteiligten, hörbeeinträchtigten Personen, Personen mit psychischen Problemen, Kindern, Unterhaltungen von großer zeitlicher Dauer (vgl. Mikkelson 2003: 8; Kelly 2008: 1f.) sowie Situationen, in denen keine angemessene Technik für eine hochqualitative Telefondolmetschung zur Verfügung steht. Auch bei Zeugenaussagen und Gerichtsverfahren, „where much greater precision is required and human life and liberty are at stake“, sei auf Dolmetscherinnen und

Dolmetscher vor Ort zurückzugreifen (Vidal 1998: 3). Hsieh und Hong (2010: 4) erwähnen im Rahmen ihrer Studie zur psychologischen Unterstützung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen, dass bei emotional aufgeladenen Gesprächen physisch präsente Dolmetscherinnen und Dolmetscher Verwendung finden sollten. Das trifft laut Price et al. (2012) zudem auf klinische Settings zu, in denen die Ärztin bzw. der Arzt die Patientin bzw. den Patienten an medizinischen Geräten für den häuslichen Gebrauch einschult bzw. Übungen vorzeigt. Würden derartige Gespräche über das Telefon gedolmetscht, müssten mangels visuellen Inputs alle Instruktionen für die/den Dolmetscher/in verbalisiert werden (vgl. Kelly 2007b: 2). Dieses Problem tritt des Weiteren bei Schriftstücken auf. Während ein/e Dolmetscher/in vor Ort einfach das jeweilige Dokument in die Hand nehmen und vom Blatt dolmetschen könnte, müsste die Ärztin bzw. der Arzt bei einer Telefondolmetschung den zu dolmetschenden schriftlichen Text in seiner Gesamtheit vorlesen (vgl. Kelly 2007b: 2). Neue Technologien wie das Videodolmetschen oder das Übermitteln von Daten per App können hier Abhilfe schaffen.

Wie aus den Ausführungen ersichtlich wurde, hat jede Dolmetschmethode ihre Vor- und Nachteile. Demzufolge gibt es für beide Varianten Tätigkeitsfelder, in denen entweder das Telefondolmetschen oder das Dolmetschen vor Ort besser geeignet ist. Nichtsdestotrotz weist Korak (2010: 47) darauf hin, dass gerade im Community Interpreting verstärkt Dolmetschungen per Telefon abgewickelt werden, da die ständig steigende Nachfrage nach Dolmetschleistungen von Face-to-Face Dolmetscherinnen und Dolmetschern nicht gedeckt werden kann. Ein nicht unerheblicher Grund sind zudem die Kosten, die mit der jeweiligen Dolmetschmethode verbunden sind.

### **3.7.5. Kosten**

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sowohl Anbieter als auch Kundinnen und Kunden von Telefondolmetschdiensten gleichsam von den sinkenden Kosten und dem technologischen Fortschritt in der Telekommunikationsinfrastruktur profitiert. Während staatliche Telefondolmetschdienste wie der *TIS* in Australien ihre Leistungen für bestimmte Personengruppen gar kostenfrei anboten bzw. anbieten, führte ein Mehr an Angebot durch Groß-, Mittel- und Kleinunternehmen dazu, dass das Telefondolmetschen auch für Privatunternehmen und Privatpersonen finanziell erschwinglich wurde (vgl. Ozolins 2011: 36). Dies lag ganz im Interesse der Kundinnen und Kunden, da es gerade im Hinblick auf die hohen Kosten für Dolmet-

scherinnen und Dolmetscher vor Ort wichtig war, „to find ways to use [interpreter time] more efficiently, especially by reducing the percentage of paid time not spent interpreting.” (Saint-Louis et al. 2003: 65)

Beim Telefondolmetschen entfallen Kosten für An- und Abreise bzw. Zuschläge für Wartezeiten oder Fahrtspesen. Nicht selten wird das Potenzial zur Kostenersparnis bei Dolmetschungen über das Telefon von den Anbieterinnen und Anbietern selbst als PR-Strategie genutzt (vgl. SpracheDirekt 2017c). Auch für die Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist das Wegfallen der An- und Abreise mit einer Steigerung der eigenen Produktivität verbunden (vgl. Saint-Louis 2003: 65) So bearbeiten sie pro Tag üblicherweise mehr Aufträge als ihre Kolleginnen und Kollegen vor Ort, wenn auch die Bezahlung vergleichsweise geringer ausfällt (vgl. Andres & Falk 2009: 22).

Einen weiteren Grund für die Kosteneffizienz des Telefondolmetschens sieht Gracia-Garcia (2002: 7) bei den Kundinnen und Kunden. Da Telefondolmetschdienste in der Regel jede Minute verrechnen bzw. einen Mindesttarif für eine bestimmte Minutenzahl verlangen (vgl. SpracheDirekt 2017c), würden sich die Kundinnen und Kunden besser auf ihre Gespräche vorbereiten, um unnötige Kosten zu sparen.

Dass die Nutzung eines Telefondolmetschdienstes nicht immer günstiger sein muss, zeigen Fagan et al. (2003) in ihrer Studie, die 2001 in der Medical Primary Care Unit des Rhode Islands Hospitals durchgeführt wurde. Sie untersuchten den Einfluss der verwendeten Dolmetschmethode auf die Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten und stellten fest, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die per Telefon gedolmetscht wurden, signifikant länger dauerte. Dies muss zwar nicht unbedingt negative Folgen haben, ist im Sinne der Zeit- und Kosteneffizienz jedoch ein nicht zu vernachlässigender Faktor. In Bezug auf die eben genannte Studie sowie eine weitere Studie von Leman (1997) zur Deckung des Dolmetschbedarfs in der Notaufnahme des St. Thomas‘ Hospital in London kommen Azarmi-na und Wallace (2005: 144) daher zum Schluss:

[W]here demand was low, it was less expensive to use telephone interpretation than to employ an interpreter; where there was high demand, it was less costly to employ full-time professional interpreters than to use telephone interpretation.

Gerade in den USA, wo eine zahlenmäßig große spanische Minderheit lebt, empfiehlt es sich, Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort anzustellen, da von einer hohen Nachfrage nach Spanischdolmetschungen ausgegangen werden kann. In Europa ist dies aufgrund der ausgeprägten Sprachenvielfalt ungleich schwerer wirtschaftlich zu rechtfertigen (vgl. Ozolins 2010:

261). Es liegt demnach bei der Kundin bzw. dem Kunden selbst, eine Bedarfsanalyse durchzuführen und die für sie/ihn geeignete und kosteneffizientere Option zu wählen.

### **3.7.6. Räumliche Distanz**

Bedingt durch die fehlende physische Präsenz der Gesprächsparteien sowie den fehlenden visuellen Input, haben Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher oft das Gefühl, außen vor zu sein (vgl. Andres & Falk 2009: 159; Korak 2010: 67). Wadensjö (1999: 239) stellt jedoch klar, dass auch die Anwesenheit vor Ort nicht garantieren kann, dass sich die/der Dolmetscher/in in die Gesprächsatmosphäre einbezogen fühlt.

Andere sehen in der räumlichen Distanz und der damit entstehenden Anonymität der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers wiederum große Vorteile. Durch das Telefondolmetschen können Situationen gelöst werden, in denen die Anwesenheit einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers rechtlich oder kulturell problematisch ist oder, wie in Kapitel 3.7.4. bereits beschrieben, eine Person des anderen Geschlechts bevorzugt wird (vgl. Ko 2006: 328). Gleichsam könne man damit vermeiden, dass zwei Personen einer kleinen sprachlichen Minderheit, die einander kennen, zusammentreffen und die/der Dolmetscher/in womöglich sehr persönliche oder peinliche Einzelheiten erfährt (vgl. Pointon 1996: 53). Die Anonymität nützt auch jenen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die mit körperlichen Einschränkungen leben oder zu schüchtern sind, um vor Ort zu dolmetschen (vgl. Gracia-Garcia 2002: 9).

Verschiedene Autorinnen und Autoren (vgl. u.a. Gracia-Garcia 2002: 8; Andres & Falk 2009: 21; Ozolins 2010: 259) teilen zudem die Meinung, dass die physische Abwesenheit in der Interaktionssituation der/dem Dolmetscher/in dabei helfe, Distanz zu wahren und neutral und diskret zu bleiben. Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor Ort hätten oft das Problem, dass Patientinnen und Patienten sie als Helferinnen und Helfer (*advocates*) (vgl. Kelly 2008: 8) wahrnehmen und von ihren Diensten auch außerhalb der Dolmetschsituation Gebrauch machen. Saint Louis et al. (2003: 36) merken in ihrer Studie zum Einsatz neuer Dolmetschtechnologien in Krankenhäusern an, dass sich die von ihnen befragten Ärztinnen und Ärzte bei Telefon- bzw. Videodolmetschungen vor allem der Möglichkeit beraubt fühlen, mit der/dem Dolmetscher/in privat ein paar Worte zu wechseln und wertvolle Tipps zu kulturellen Besonderheiten zu erhalten.

Aufgrund der räumlichen Trennung und fehlender visueller Informationen sei es jedoch wiederum leichter, auch in traumatischen Situationen Ruhe zu bewahren und zu vermitteln (vgl. Gracia-Garcia 2002: 8). Wadensjö (1998: 250) hält dem entgegen, dass gerade das

Erleben traumatischer Situationen über das Telefon bei den Dolmetscherinnen und Dolmetschern psychische Probleme hervorrufen kann, da es nach der Dolmetschung eben nicht möglich ist, ein privates Gespräch mit der/dem Psychiater/in, der Ärztin bzw. dem Arzt etc. zu führen. In den von Kelly (2007a: 123) verfassten Standards zum professionellen Auftreten einer Telefondolmetscherin bzw. eines Telefondolmetschers wird die/der Dolmetscher/in daher aufgefordert, „[to seek] counseling after traumatic events. If a telephone interpreter encounters an extreme situation that provokes high levels of stress or emotional reaction, he seeks counseling through a company-designated counselor.“

### 3.8. Vor- und Nachteile

Neben den Unterschieden zwischen dem Telefondolmetschen und dem Dolmetschen vor Ort werden in der Literatur auch häufig die Vor- und Nachteile des Telefondolmetschens thematisiert. Die Erkenntnisse stützen sich, wie Patrascu (2015: 13) richtig anmerkt, jedoch vermehrt auf einzelne Studien oder Berichte, die vor allem vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesehen noch weiterer empirischer Überprüfung bedürfen. Nachfolgend sollen die wichtigsten Vor- und Nachteile des Telefondolmetschens aufgelistet und - sofern in Kapitel 3.7. noch nicht erfolgt - kurz diskutiert werden.

#### 3.8.1. Vorteile

Ein unumstrittener Vorteil von Telefondolmetschdiensten ist ihre **zeitliche Verfügbarkeit rund um die Uhr** (vgl. Andres & Falk 2009: 20). Hinzu kommt die große **Auswahl an Sprachen und Themengebieten**, sodass in wenigen Minuten ein/e fachlich kompetente/r Dolmetscher/in mit der gewünschten Sprachkombination zugeschaltet werden kann (vgl. Mikkelson 2003: 4; Wadensjö 1999: 248). Zum Sprachenangebot merkt Ozolins (2010: 262) kritisch an, dass sich eine potenzielle Kundin bzw. ein potenzieller Kunde nicht an den schier endlosen Listen der angebotenen Sprachen orientieren sollte: „[T]he issue of quality, reliability and service in general in the last fifty or even one hundred languages on the list is extremely problematic, whatever the standards and excellence that may be demonstrated for the most popular languages.“ Dennoch lässt sich nicht abstreiten, dass der Beruf der Telefondolmetscherin bzw. des Telefondolmetschers durch Ausbildungs- und Fortbildungsprogramme, die vor allem von den großen Unternehmen angeboten werden, eine **Professionalisierung** (u.a. im Bereich des Community Interpreting) erfährt.

Zahlreiche Studien belegen zudem die **hohe Zufriedenheit** von Kundinnen und Kunden in Bezug auf das Telefondolmetschen (vgl. Lee et al. 2002; Crossman et al. 2010). Eine Ausnahme diesbezüglich bildet die Studie von Kuo und Fagan (1999), die das Ziel hatte, die Zufriedenheit von spanischsprachigen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Dolmetschmethoden (Familienangehörige, Face-to-Face Dolmetschen, Telefondolmetschen, bilinguales Fachpersonal) zu messen. Wider sämtliche dolmetschwissenschaftliche Erkenntnisse (siehe Kapitel 2) plädieren sie für den verstärkten Einsatz von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern (Kuo & Fagan 1999: 547). Aufgrund von methodischen Verfahrensmängeln und einer ungenügenden Darstellung der Daten kann der Studie jedoch nur ein sehr geringer Aussagewert zugesprochen werden (Bischoff & Grossmann 2006: 16).

Weitere Pluspunkte stellen die **flexiblen Arbeitszeiten** sowie der Umstand, **nicht anreisen zu müssen**, dar (vgl. Kelly 2007a: 74, Lee 2007: 239). Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher, die von zu Hause aus arbeiten, können sich ihren Tag einteilen und in Abstimmung mit der/dem Arbeitgeber/in selbst festlegen, zu welchen Zeiten sie verfügbar sein wollen. Der Vollständigkeit halber sei auch noch auf das **Wahren der professionellen Distanz** und den **höheren Grad an Neutralität und Diskretion**, bedingt durch den fehlenden visuellen Input und die Anonymität der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers, verwiesen (vgl. Mikkelsen 2003: 5).

### 3.8.2. Nachteile

Der wohl größte Nachteil des Telefondolmetschens ist der in Kapitel 3.7.1. angesprochene **fehlende visuelle Input**<sup>13</sup> für die/den Dolmetscher/in. Zwar wurde festgestellt, dass die/der Dolmetscher/in durch ein entsprechendes Training zumindest teilweise die ihm fehlenden visuellen Informationen kompensieren kann, dies hängt jedoch stark von einer **funktionierenden Technik** ab. Wie Kapitel 3.7.2. deutlich macht, müssen für eine qualitativ hochwertige Telefondolmetschung sowohl die/der Dolmetscher/in als auch die Kundin bzw. der Kunde über eine **angemessene technische Ausstattung** verfügen. Gracia-Garcia (2002: 11) stellt in seiner Analyse der Vor- und Nachteile des Telefondolmetschens fest, dass viele Kundinnen und Kunden aus dem Gesundheitswesen sich darüber beschweren, dass

---

<sup>13</sup> Die Vorteile, die durch das Fehlen der visuellen Komponenten entstehen, beschreibt Kapitel 3.7.6.

„their medical centers [...] are **not duly equipped** to work with TI. Often, the rooms where they work do not even have phone jacks, and most centers who have tried TI are using either a normal telephone or, at best, a speakerphone.” [Hervorhebungen im Original]

Auf die Probleme beim *telephone passing* wurde bereits in Kapitel 3.6. hingewiesen. Doch auch Telefone mit Lautsprecherfunktion haben sich oft als äußerst ungeeignet herausgestellt, da viele der Lautsprecher nicht „full-duplex“ (Saint Louis et al. 2003: 76) sind, d.h. mehrere Stimmen nicht gleichzeitig sprechen können. Das von Kelly (2007a: 87) empfohlene *dual handset phone* für Kundinnen und Kunden findet laut Gracia-Garcia (2002: 11) noch in den wenigsten Fällen Anwendung.

Die Wichtigkeit einer hochwertigen technischen Ausstattung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern betont zudem Ko (2006) in einer von ihm durchgeführten Langzeitstudie zur Leistung von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern. Um Müdigkeit und Stress zu überwinden und die Konzentrationsspanne zu erhöhen, bedarf es neben einem entsprechenden Training einer sehr guten technischen Ausrüstung, die es erlaubt, dass die Hände der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers während des Telefongesprächs für die Notizenahme frei bleiben (vgl. Ko 2006: 325, 332). Wie Kapitel 3.6. betont, bietet sich dafür ein kabelgebundenes<sup>14</sup> Headset an. Dass das Verwenden nicht geeigneter Gerätschaften teilweise zu **gesundheitlichen und körperlichen Beschwerden** führen kann, zeigt Lee anhand ihrer Umfrage unter koreanischen Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern in Australien: „The use of phones, especially mobile phones, which are used for telephone interpreting, was said to hurt ears and arms.“ (Lee 2007: 241)

Als ein weiterer Nachteil wird in der Literatur (vgl. Kelly 2007a: 16; Lee 2007: 239) die **Unvorhersehbarkeit von Aufträgen** angeführt, die u.a. auch mit der Frage nach der Qualität der Dolmetschung in Verbindung gebracht wird (vgl. Gracia-Garcia 2002: 14). Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher wissen meist nicht, welche und wie viele Aufträge sie pro Tag bearbeiten. Auch Rosenberg (2007: 74f.) bezeichnet die Vielfalt der Fachgebiete als große Herausforderung, und Kelly (2007a: 134) hält fest:

[T]elephone interpreting carries a high degree of variation in terminology, even within the same industry. Therefore, telephone interpreters will, without a doubt, come across terminology that is new and unfamiliar, sometimes on a daily basis.

---

<sup>14</sup> Zur Problematik der Verwendung von schnurlosen Telefonen siehe Kapitel 3.6.

Dies könnte erklären, warum Telefondolmetschungen auch bei einem Einsatz einer qualitativ hochwertigen Technik im Vergleich zu Dolmetschungen vor Ort mit einem **längeren Zeitaufwand** verbunden sind. Wie in Kapitel 3.7.3. beschrieben wurde, besteht ein Großteil eines telefongedolmetschten Gesprächs aus Rückfragen zum Verständnis und Bitten um Wiederholung von Äußerungen. Auch die Erkenntnisse von Wadensjö (1999) bei Polizeibefragungen und Fagan et al. (2003) im Bereich des Gesundheitswesens zeigen, dass Telefondolmetschungen teils erheblich länger als Dolmetschungen vor Ort dauerten.

Die Unwissenheit über die tägliche zu erwartende Anzahl von Anrufen führt schließlich zu einem unregelmäßigen und oftmals gering ausfallendem Einkommen. Wie Gracia-Garcia (2002: 12) anmerkt, entscheiden sich Gerichte und Krankenhäuser oft aus Kostengründen (siehe Kapitel 3.7.5.) sowie der fehlenden Bereitschaft, Dolmetscherinnen und Dolmetscher anzustellen, für das günstigere Telefondolmetschen. Die **geringe Bezahlung** gefährdet wiederum die Professionalisierung des Berufes. Wie Lee (2007: 242) feststellt, sehen mehr als die Hälfte der von ihr befragten koreanischen Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher ihre Tätigkeit nicht als Beruf. Die Motivation zur Teilnahme an Fortbildungen und Trainings sei demnach gering, wobei Lee (2007: 249) auch fehlende Ausbildungsmöglichkeiten, u.a. an Instituten und Universitäten, als Grund für die **mangelnde Professionalisierung**<sup>15</sup> von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern erwähnt.

### 3.9. Anforderungen an die Dolmetscherinnen und Dolmetscher

Wie bereits mehrmals betont wurde, ist die Qualität einer Telefondolmetschung maßgeblich von der verwendeten Technik der Kundinnen und Kunden sowie der Dolmetscherinnen und Dolmetscher abhängig. Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher, die von zu Hause aus arbeiten, müssen im Gegensatz zur ihren Kolleginnen und Kollegen im Call Center zusätzlich über einen Raum verfügen, in dem sie durch Umgebungsgeräusche möglichst wenig gestört bzw. abgelenkt werden (vgl. Kelly 2007a: 71).

Fachlich sollten die Dolmetscherinnen und Dolmetscher neben einem großen Wortschatz und exzellenten Sprachkenntnissen eine gute Notizentechnik und eine ausgeprägte Merkfähigkeit aufweisen, möglichst viel Erfahrung im Community Interpreting mitbringen sowie in der Lage sein, Gespräche koordinieren zu können (vgl. Mikkelson 2003: 6; Kelly 2007a: 35f.). Kelly (2008: 4) erwähnt zudem, dass Telefondolmetscherinnen und Telefon-

---

<sup>15</sup> Dies schließt jedoch nicht aus, dass es, wie Kapitel 3.8.1. dargelegt, verschiedene Professionalisierungsbestrebungen großer Unternehmen gibt.

dolmetscher in beiden Sprachen eine klare und deutliche Aussprache trainieren sollten. Ebenso solle man nicht davon ausgehen, dass jede/r Dolmetscher/in gleichermaßen für das Telefondolmetschen geeignet ist. So benötigen auch erfahrene Dolmetscherinnen und Dolmetscher einer ausführlichen Aus- und Fortbildung, um auf die speziellen Anforderungen des Telefondolmetschens vorbereitet zu sein.

### **3.10. Telefondolmetschen in medizinischen Notfallsituationen**

Notfallsituationen bedürfen stets einer Anpassung der geltenden Standards und Regeln. Dies ist auch im Falle eines Notrufs nicht anders (vgl. Kelly 2007a: 163), sodass als mögliche Gerätschaften für das Telefondolmetschen ausnahmsweise auch Mobiltelefone in Frage kommen, da „[...] connection time is crucial [...]“ (Kelly 2007a: 23) Zugleich soll die von Kelly (2007a: 149) geforderte *pre-session*, in der die/der Telefondolmetscher/in die Gesprächsparteien begrüßt und sie auf ihre/seine Rolle hinweist, auf ein Minimum reduziert werden.

Oberstes Ziel beim Dolmetschen eines fremdsprachigen Notrufs müsse es sein, „that the person taking the emergency call will obtain the same outcome for [a foreign-language] caller that would be obtained for a caller [speaking the host country’s language].“ (Kelly 2007a: 164). Im Rahmen eines Notrufs wird trotz asymmetrischer Gesprächssituation (vgl. ÖRK 2014a: A12) davon ausgegangen, dass alle drei Gesprächsparteien (Leitstelle, Dolmetscher/in, Notfallmelder/in) das beste Resultat für die/den Notfallmelder/in erreichen wollen. Dies macht unter Umständen eine enge Zusammenarbeit zwischen der/dem den Anruf entgegennehmenden Leitstellenmitarbeiter/in und der/dem Dolmetscher/in vonnöten.

Mitunter kann die Rolle der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers dabei ähnlich wie in medizinischen Gesprächen (siehe Kapitel 3.4.1.) weit über die Aufgabe einer neutralen Sprach- und Kulturmittlerin bzw. eines Sprach- und Kulturmittlers hinausgehen, wie die weiteren Ausführungen des Kapitels nun näher erläutern:

Grundsätzlich lässt sich zunächst feststellen, dass das Dolmetschen in medizinischen Notfallsituationen aufgrund seiner unvorhergesehenen Natur einige spezielle Anforderungen an die tätig werdenden Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher stellt. Kelly (2007a: 164) merkt zuallererst an, dass konsekutiv gedolmetschte Notrufe länger dauern und situationsbedingt keine Zeit für Verständnisfragen bleibt. Immerhin sei es das Ziel der Leitstelle, so schnell wie möglich angemessene Hilfe an den Notfallort zu schicken, sodass jede Sekunde zählt. Unerfahrene Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind für derartige Situationen daher denkbar ungeeignet. „[I]t is best left to only the most experienced telephone interpreters with

the best possible listening skills, in addition to specialized training in interpreting emergency calls [...].” (Kelly 2007a: 164)

Für Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist das Wissen, dass das Leitstellenpersonal bei der Bearbeitung eines Notrufs hoch standardisierte Abfrageprotokolle benutzen, unverzichtbar. Denn nur so kann die/der Dolmetscher/in dem Notruf Informationen entnehmen, die für die Entsendung von angemessenen Rettungsmitteln erforderlich ist. Um die benötigten Antworten zu bekommen, benötigt man hierfür ein besonderes Geschick:

Often, due to high stress and life-threatening scenarios, the caller may not provide the information in the order that will be most helpful to the dispatcher in sending out the appropriate type of help. (Kelly 2007a: 164)

Die/Der Dolmetscher/in muss sich die jeweilige Frage der Notrufexpertin bzw. des Notrufexperten demnach gut einprägen, um jene Informationen herauszufiltern, die gerade benötigt werden. Dies kann auch bedeuten, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher in ihrer Rolle als *diamond connoisseurs* (siehe Kapitel 3.4.1.) irrelevante Aussagen der Anruferinnen und Anrufer weglassen und andere Informationen wiederum priorisieren müssen, damit die/der Disponent/in in ihrem/seinem Abfrageprotokoll vorankommt (vgl. Kelly 2007a: 164ff.). So wird eingangs normalerweise die Adresse des Notfallorts abgefragt, um bei Verbindungsabbrüchen dennoch zu wissen, wo sich die/der Anrufer/in befindet (vgl. Kelly 2007a: 165). Sollte die/der Anrufer/in diese Information erst später preisgeben, ist es die Aufgabe der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers, Adresse und Wohnort bei der Dolmetschung an erster Stelle zu nennen.

Darüber hinaus sollte die/der Dolmetscher/in dem Personal der Leitstelle teilweise auch eigeninitiativ bei der Verifizierung von Informationen behilfreich sein (vgl. Kelly 2007a: 166f.) und die/den Leitstellenmitarbeiter/in über Auffälligkeiten, die sie/er auditiv wahrnimmt (z.B. ein weinendes Kind), informieren.

Um bei Notrufen, in denen mehrere Personen im Hintergrund zu hören sind, klarstellen zu können, wer gerade spricht, empfiehlt Kelly (2007a: 170) ausnahmsweise das Verwenden der indirekten Rede. Oft sei es schwierig, zwischen zwei Stimmen in einer Fremdsprache zu unterscheiden, sodass aus zeitökonomischen Gründen das Dolmetschen in der dritten Person zulässig erscheint (vgl. Kelly 2007a: 171).

Stimmlich sollten die Dolmetscherinnen und Dolmetscher darauf achten, eine Tonlage zu wählen, die der Situation entspricht, und so schnell und klar wie möglich sprechen. Kelly

(2007a: 167) schlägt vor, sich dabei an der Stimme der Leitstellenmitarbeiterin bzw. des Leitstellenmitarbeiters zu orientieren.

Eines darf die/der Dolmetscher/in jedoch nicht: die Rolle der Leitstellenpersonals übernehmen. „It is a fine line for an interpreter, and one that could be easily crossed even with the best intentions.“ (Kelly 2007a: 170) Die/Der Dolmetscher/in sollte sich bezüglich ihrer/seiner Rolle deshalb nicht außerhalb der durch sie/ihn gesetzten Grenzen bewegen.

Dass das Dolmetschen in medizinischen Notfallsituationen nicht auf das Dolmetschen eines Notrufs beschränkt ist, zeigt Kelly (2007a: 41) mit einem Beispiel, das nun verkürzt dargestellt wird. So könnte bereits ein einzelnes Ereignis verschiedene Situationen, in denen eine Telefondolmetschung nötig wird, nach sich ziehen:

- Ein/e fremdsprachige Anrufer/in wählt den Notruf und berichtet über ihren/seinen Unfall.
- Das medizinische Personal des Rettungswagens möchte die/den fremdsprachige/n Patientin bzw. Patienten untersuchen und eine Anamnese erheben.
- Die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus stellen der fremdsprachigen Patientin bzw. dem fremdsprachigen Patienten weitere Fragen.

Zusätzlich könnte sich im Rahmen grenzüberschreitender Rettungseinsätze (z.B. Tschechien – Österreich) der Bedarf nach einer Dolmetschung zwischen Sanitäterinnen und Sanitätern bzw. Notärztinnen und Notärzten ergeben.

Die Verschiedenheit der hier angeführten Situationen macht deutlich, dass Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher in Notfallsituationen innerhalb weniger Minuten verschiedene sprachliche Register abrufen müssen und sowohl zwischen Laien als auch Fachpersonal vermitteln. Dies erfordert Flexibilität und stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz der Dolmetscherinnen und Dolmetscher, sodass für diese Aufgabe frei nach Kelly (2007a: 164) in der Tat nur die Besten der Besten in Frage kommen.

### **3.11. Vom telephone interpreter zum remote interpreter**

In Zeiten von Softwareanwendungen, die es einem ermöglichen, unkompliziert und kostenfrei bzw. kostengünstig Videokonferenzen abzuhalten, wäre es vermessen, das Videodolmetschen als weitere Form des *remote interpreting* unerwähnt zu lassen. Immerhin ließe sich durch den Einsatz einer Videoquelle der „Amputation des visuellen Kanals“ (Viaggio 1997: 284) entge-

gentreten und damit eine Face-to-Face Situation schaffen, die die Vorteile des Telefondolmetschens und des Dolmetschens vor Ort in sich vereint (vgl. Kelly 2007b: 4). Demgegenüber zeigt sich Ko (2006: 334) skeptisch:

[E]ven if telecommunications equipment capable of accommodating some level of face-to-face contact, such as videoconferencing, is used in remote interpreting, the transfer of communicative cues of a nonverbal nature will be limited and will differ from interpreting in an actual face-to-face situation. For instance, if a TV screen or Web camera is used in interpreting via videoconferencing or the Internet, the transfer of non-verbal communicative cues will be limited to what a TV screen or computer monitor can display – perhaps little more than the interlocutors' facial expressions.

Auch Saint-Louis et al. (2003: 37) und Korak (2010: 42) erwähnen die Problematik, dass die/der Videodolmetscher/in in der Regel nicht in der Lage ist, ihren/seinen Blick frei zu lenken. Des Weiteren beschreibt Kelly (2007a: 32), dass eine Kamera bei vielen Patientinnen und Patienten im Rahmen von Untersuchungen Unbehagen auslöse und die Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer dazu neigen würden, den Videobildschirm anstatt die/den Gesprächspartner/in gegenüber anzusehen. Philipps (2013: 519) nennt als weiteren Nachteil die fehlende Anonymität der Gesprächsparteien, da sich diese nun – wenn auch räumlich getrennt – von Angesicht zu Angesicht gegenüberstehen. Der visuelle Kanal scheint dem Videodolmetschen gegenüber dem Telefondolmetschen daher keinen so großen Vorteil zu verschaffen, sodass zu erwarten ist, dass sich Telefon- und Videodolmetschen eher ergänzen als ersetzen werden (vgl. Kelly 2007a: 32). Technologisch und terminologisch könnte sich jedoch ein Wandel vollziehen, indem mit dem technischen Fortschritt

the notion of a telephone interpreter may be replaced by that of a remote interpreter. The end user will be able to control both video and audio feeds, thereby choosing to add visual cues when necessary, or perhaps eliminating them from certain scenarios if it seems that the disadvantages might outweigh the advantages. (Kelly 2007a: 91)

Daraus ergibt sich, dass das *remote interpreting* auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen wird. Wie sich das Telefondolmetschen im Hinblick auf technische Neuerungen innerhalb dieses Feldes entwickeln wird, bleibt mit Spannung abzuwarten.

### **3.12. Zusammenfassung**

Die Erkenntnisse aus Kapitel 3 geben Grund zur Annahme, dass das Telefondolmetschen in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens zur Deckung des Kommunikationsbedarfs mit Anderssprachigen gewinnbringend eingesetzt werden kann. In medizinischen Notfallsituationen scheint das Dolmetschen per Telefon aufgrund der schnellen Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der gewünschten Sprache situationsbedingt gar oft die einzige Möglichkeit zu sein, um fremdsprachigen Personen Kommunikation zu ermöglichen. Dafür müsse man notwendigerweise den fehlenden visuellen Input und die daraus entstehenden Nachteile in Kauf nehmen (vgl. Kelly 2008: 9). Diese Nachteile dürfen jedoch nicht mit Qualitätsverlusten in Verbindung gebracht werden, da im Laufe des Kapitels mehrmals darauf hingewiesen wurde, dass auch Dolmetschungen per Telefon hohen Qualitätsanforderungen genügen können.

Als zwingende Voraussetzung für qualitativ hochwertige Telefondolmetschungen wurde neben einer umfassenden Kompetenz der Dolmetschenden die verwendete Technik auf beiden Seiten genannt. Hierzu ist anzumerken, dass diesbezüglich vor allem seitens der Kundinnen und Kunden noch Aufholbedarf besteht. Während Telefondolmetschdienste teilweise hohe Standards für Dolmetscherinnen und Dolmetscher haben, lässt die technische Ausstattung der Kundinnen und Kunden oftmals stark zu wünschen übrig.

Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher sollten sich darüber hinaus stets bewusst sein, dass sich ihre Dolmetschsituation in vielen Punkten von einer Dolmetschung vor Ort unterscheidet und neue Herausforderungen mit sich bringt. Eine spezielle Ausbildung für das Telefondolmetschen ist daher unbedingt notwendig und erfordert die Schaffung von darauf zugeschnittenen Programmen. Durch die Entwicklung von allgemeinen Kriterienkatalogen, Qualitätsstandards, Zertifizierungsprogrammen und ethischen Berufsnormen auf universitärer bzw. staatlicher Ebene könnte zudem der Grundstein für die Professionalisierung des Berufes gelegt werden und das Problem der geringen Entlohnung von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern in Angriff genommen werden.

Für die vorliegende Arbeit stellt sich nun die Frage, wie das Telefondolmetschen im Rahmen von Notrufen und Notfalleinsätzen im österreichischen Rettungswesen Verwendung finden kann. Dazu werden im nun folgenden Kapitel das österreichische Rettungsdienstsystem und die Rettungsleitstelle näher beschrieben.

## 4. Das österreichische Rettungswesen

Gemäß Artikel 2 (Recht auf Leben) der in Österreich verfassungsrechtlich verankerten Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) hat der österreichische Staat dafür zu sorgen, dass alle Handlungen unterlassen werden, die das Leben einer Person verkürzen oder beenden könnten. Durch die Erweiterung dieser Bestimmung sieht der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte laut Andreaus (2009: 22) den Staat darüber hinaus in der Pflicht, allen Personen auf seinem territorialen Gebiet den Zugang zu medizinischen Einrichtungen zu ermöglichen, ein Rettungswesen aufzubauen und die Funktionalität dieser Einrichtungen zu überwachen. Mit dem Aufbau des Rettungswesens ist es allerdings noch nicht getan, zeichnet doch der Staat auch für Quantität, Qualität und Kontinuität des Systems verantwortlich (vgl. Andreaus 2009: 22f.) Jeder Mensch in Österreich hat demzufolge ein Recht auf eine rasche, qualitativ hochwertige und angemessene Versorgung durch einen organisierten Rettungsdienst<sup>16</sup>.

### 4.1. Der Rettungsdienst in Österreich

Je nach Land und Kontinent kann die Struktur des Rettungsdienstes spezifische Charakteristika, vor allem hinsichtlich des eingesetzten Personals, aufweisen. Nadler (2014: 18) trifft für die Notfallrettung<sup>17</sup> folgende Einteilung:

- **Paramedic-Systeme**, in denen nur Sanitäterinnen und Sanitäter und keine Ärztinnen bzw. Ärzte zum Einsatz kommen. Die Ausbildung kann z.T. stark variieren, dauert in der Regel jedoch mehrere Jahre.
- **Nurse-Systeme**, in denen eine Krankenpflegeausbildung, klinische Erfahrung und eine spezifische Zusatzausbildung als Voraussetzung für die Tätigkeit im Rettungsdienst gelten. Auch hier dauert die Schulung mehrere Jahre. Ärztliches Personal ist in diesen Systemen abermals nicht vertreten.
- **arztzentrierte Systeme**, in denen neben Sanitäterinnen und Sanitätern auch Ärztinnen und Ärzte die Rettungsmittel besetzen. Die Ausbildung ersterer fällt kürzer aus, wodurch sich der Tätigkeitsbereich der Sanitäterinnen und Sanitäter auf vorwiegend nicht-invasive Maßnahmen beschränkt.

---

<sup>16</sup> Zur Notwendigkeit eines funktionierenden Rettungswesens aus völkerrechtlicher Sicht siehe Andreaus (2009: 24-32)

<sup>17</sup> Zur Unterscheidung zwischen Krankentransport und Notfallrettung siehe Kapitel 4.1.5.

- **Mischsysteme**, in denen sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Sanitäterinnen und Sanitäter im Rettungsdienst anzutreffen sind, die meisten Einsätze jedoch ohne ärztliche Hilfe abgewickelt werden. Dem nicht-ärztlichen Personal werden dank einer umfassenden Ausbildung weitreichende Kompetenzen, u.a. zur Vornahme von invasiven Maßnahmen, zugesprochen.
- **reine Transportsysteme**, in denen das Personal meist nur in Erster Hilfe ausgebildet ist und die für den Rettungsdienst benutzten Fahrzeuge keine besondere medizinische Ausstattung aufweisen (meistens nur Trage, Verbandsmaterial und Sauerstoff).

Paramedics lassen sich u.a. in den USA, Australien und Großbritannien finden. Nurse-Systeme sind in den Niederlanden und in Italien verbreitet. Als Mischsysteme gelten der Rettungsdienst in Dänemark, Polen und der Schweiz. In den Entwicklungs- und Schwellenländern lassen sich zumeist reine Transportsysteme ausmachen. Der österreichische Rettungsdienst kann wie die Systeme in Frankreich oder Südtirol als ein arztzentriertes System bezeichnet werden (vgl. Nadler 2014: ebd.) Dies hat mitunter auch historische Gründe.

#### 4.1.1. Historische Entwicklung des Rettungsdienstes

Der Beginn des organisierten Rettungsdienstes in Österreich hängt maßgeblich mit den Erfahrungen der Versorgung von Kriegsverletzten in den bewaffneten Konflikten des 18. und 19. Jahrhunderts zusammen (vgl. Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 10). Bereits im Jahre 1859 kam es im Wiener Landhaus, dem Sitz des Ständeparlaments, zur Gründung des „Patriotischen Hilfsvereins“ (vgl. Novak & Sterz <sup>2</sup>2011: 59), um Menschen im Kriegsfall freiwillig Wäsche, Lebensmittel und Verbandsmaterial zu überbringen. Im gleichen Jahr legte Henri Dunant, tief entsetzt von den Folgen und den Toten der Schlacht von Solferino, den Grundstein zur Gründung des Roten Kreuzes, die 1863 im Rahmen einer internationalen Konferenz in Genf erfolgte. 1870 wurde in der Monarchie ein Reichsgesetz erlassen, das die Organisation eines Rettungsdienstes in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden legte (vgl. Hansak 2010a: 1142). Die Umsetzung scheiterte aus finanziellen Gründen. Zehn Jahre später wurde unter dem Ehrenschatz des Kaisers und der Kaiserin die *Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz* ins Leben gerufen. Sie galt fortan als einzige landesweit tätige Hilfsorganisation der Monarchie (vgl. Novak & Sterz <sup>2</sup>2011: 59).

Einen wesentlichen Impuls zur Organisierung und Strukturierung des Rettungswesens löste der Brand des Ringtheaters im Jahre 1881 aus, bei dem in Anbetracht der fehlenden Organisation der Rettungskräfte aufgrund der chaotischen Verhältnisse der Patientenversorgung

über 350 Menschen starben und hunderte verletzt wurden (vgl. Hansak 2010a: 1142). Als Reaktion gründete der österreichische Militärarzt und Mediziner Jaromír Mundy die *Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft*, in der erstmals eine umfangreiche Schulung des Sanitätspersonals vorgenommen wurde (vgl. Novak & Sterz 2011: 59). Zum Transport der Patientinnen und Patienten wurden Krankentragen, Ochsenkarren, Kutschen oder Sänften benutzt (vgl. Hansak 2010a: 1142). Nach diesem Muster entstanden weitere Hilfsorganisationen in den anderen Großstädten der Monarchie (vgl. Novak & Sterz 2011: 59). Auch in vielen Feuerwehren gab es zu diesem Zeitpunkt bereits „sanitätsdienstliche Selbsthilfeeinrichtungen“ (Hansak 2010a: 1142), die im Falle eines Einsatzes zur Betreuung und Versorgung der Feuerwehrkameraden abgestellt waren. 1889 kam es in der Stadtfeuerwehr Graz zur Gründung einer Rettungsabteilung, die ab 1890 von Ärzten und Medizinstudenten betrieben wurde. Das daraus entstandene Ärztecors, das bis heute in den Strukturen des Österreichischen Roten Kreuzes der Stadt Graz existiert, wurde an den Notfallort geschickt, um bereits vor Ort medizinische Hilfe zu leisten (vgl. Hansak 2010a: 1142). Drei Jahre später wurde die Aufstellung von Krankentransportkolonnen innerhalb der Feuerwehren beschlossen, die im Kriegs- und Friedensfall für den Transport und die Versorgung von verletzten und erkrankten Personen zuständig waren. Das sanitätsdienstlich ausgebildete Personal trug zu diesem Zwecke eine weiße Armbinde mit einem roten Kreuz (vgl. Hansak 2010a: ebd.).

Der technische Fortschritt des 19. und 20. Jahrhunderts führte nicht nur zu einer Entwicklung des Rettungswesens, sondern auch vermehrt zu Haushalts-, Arbeits- und Verkehrsunfällen (vgl. Novak & Sterz 2011: 58). Um Patientinnen und Patienten zügig helfen zu können, kamen daher um 1905 erstmals motorisierte Krankenkraftwagen zum Einsatz (vgl. Hansak 2010a: 1143). Trotzdem war die Effektivität des Rettungswesens bescheiden, da auch die Einsätze mit dem Auto oft Stunden dauerten und dadurch nur wenige Patientinnen und Patienten pro Tag versorgt werden konnten. Ein weiteres Problem stellte die Alarmierung der Einsatzkräfte dar, die mangels vorhandener Kommunikationsmöglichkeiten oft sehr zeitverzögert erfolgte.

Hansak (2010a: 1143) sieht den Anfang des flächendeckenden Ausbaus des Rettungswesens innerhalb der Feuerwehren, einiger kleiner Rot-Kreuz-Verbände und Gemeindedienste in den 1930er Jahren, weist jedoch darauf hin, dass das damalige System in Bezug auf die Ausrüstung, das Personal und die Einsatzzahlen in keiner Weise mit dem heutigen Rettungsdienst zu vergleichen ist.

Die zunehmende Verbreitung des Automobils machte es notwendig, sogenannte Unfallmeldestellen mit Telefonanschluss einzurichten, um den Alarmierungsvorgang effektiver

zu gestalten (vgl. Hansak 2010a: 1143). Mit dem 2. Weltkrieg gingen sämtliche Rettungsteilungen in die Strukturen des Dritten Reiches über. Die Folgen des Krieges waren auch für das Rettungswesen beträchtlich, da die meisten Fahrzeuge zerstört wurden (vgl. Novak & Sterz 2011: 59).

Mit der Unterstützung der Besatzungsmächte erfolgte der Ausbau des heute bekannten Systems (vgl. Hansak 2010a: ebd.). Ab dem Ende der 1960er Jahren stand dabei die Idee im Vordergrund, die Ärztin bzw. den Arzt zur Patientin bzw. zum Patienten zu bringen, sodass bald darauf die ersten Notarztwagen zum Einsatz kamen (vgl. Novak & Sterz 2011: 59f.). Dadurch sollte der Plan, ein flächendeckendes Notarztssystem in Österreich einzuführen, umgesetzt werden. Fehlte zunächst noch eine spezielle Ausbildung für Notärztinnen und Notärzte, wurde diese ab 1987 verpflichtend (vgl. Novak & Sterz 2011: 60). Gleichzeitig zum Ausbau des bodengebundenen Rettungsdienstes entwickelte sich auch der Flugrettungsdienst weiter (vgl. Novak & Sterz 2011: ebd.): 1983 nahmen gleich zwei Notarzhubschrauber ihren Betrieb auf. Weitere folgten in den nächsten Jahren. Nach dem Rückzug des Innenministeriums und des Bundesheeres aus der Flugrettung übernahm 2001 der Österreichische Automobil-, Motorrad- und Touring-Club (ÖAMTC) sämtliche Standorte.

Heute verfügt Österreich über ein flächendeckendes arztgestütztes Rettungssystem, in dem Sanitäterinnen und Sanitäter gemeinsam mit Notärztinnen und Notärzten verschiedener Organisationen um das Wohl der Patientinnen und Patienten besorgt sind (vgl. Hansak 2010a: 1167). Welche Organisationen in Österreich auf welcher Rechtsbasis tätig sind bzw. tätig sein dürfen, klärt das nun folgende Unterkapitel.

#### **4.1.2. Rechtliche Grundlagen und Rettungsdienstorganisationen**

In der Republik Österreich werden die Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Gemeinden für unterschiedliche Aufgaben durch die Artikel 10-15 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) geregelt. Während das Gesundheitswesen in der Verantwortung des Bundes liegt (vgl. Aigner et al. 2011: 40), ist für den Rettungsdienst die Generalklausel des Artikel 15 B-VG maßgebend:

Soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung der Gesetzgebung oder auch der Vollziehung des Bundes übertragen ist, sie im selbständigen Wirkungsbereich der Länder [verbleibt]. (B-VG 2016)

Im Falle des Rettungsdienstes obliegt die Gesetzgebung den Ländern (vgl. Hansak 2014: 24). Dies führte dazu, dass jedes Bundesland sein eigenes Rettungsgesetz entwickelte, wobei der Inhalt dieser Gesetze stark variiert (vgl. Aigner et al. 2011: 40). Generell finden sich in den Rettungsgesetzen aber folgende Bestimmungen (vgl. Hansak 2010a: 1145):

1. Wer darf unter welchen Voraussetzungen rettungsdienstliche Aufgaben übernehmen?
2. Welche Organisationen dürfen tätig werden, d.h. welche Organisationen werden als Partner anerkannt, und wie erfolgt die Anerkennung?
3. Wie muss der Notarztdienst organisiert werden?

Zu Punkt 1 und 2 ist anzumerken, dass die Gemeinden gemäß Artikel 118 Absatz 3 Ziffer 7 B-VG dazu angehalten sind, im Rahmen der Besorgung der örtlichen Gesundheitspolizei insbesondere auch das Hilfs- und Rettungswesen zu organisieren. Zu diesem Zwecke schließen sie mit anerkannten Organisationen privatrechtliche Verträge ab (vgl. Hansak 2014: 24). Die Form der Verträge sowie die Bezahlung der Rettungsorganisationen durch die Gemeinden werden ebenfalls im Landesrettungsgesetz geregelt (vgl. Hansak 2010a: 1145). Der Notarztdienst (Punkt 3) wurde als überörtlicher Rettungsdienst aus organisatorischen und finanziellen Überlegungen in die Kompetenz der Länder übertragen (vgl. Hansak 2014: 24). Auch hierzu werden privatrechtliche Verträge zwischen dem Land und der Organisation, die den Notarztbetrieb sicherstellt, unterzeichnet (vgl. Hansak 2010a: 1145). Gesetzliche Regelungen zum Flugrettungsdienst lassen sich in der bundesweit einheitlichen Zivilluftfahrt-Ambulanz- und Rettungsflugverordnung finden (vgl. Aigner et al. 2011: 40).

Wie bereits erwähnt wurde, sind die Gemeinden und das Land durch das Landesrettungsgesetz verpflichtet, Verträge mit anerkannten Organisationen zu schließen. Der Notarztdienst stellt dabei keine zwingende Voraussetzung für die Anerkennung einer Organisation dar (vgl. Hansak 2010a: 1145).

Der Rettungsdienst in der Bundeshauptstadt Wien wird von der Gemeinde organisiert (MA 70). In den übrigen Fällen übernehmen ausschließlich Non-Profit-Organisationen als Vereine bzw. gemeinnützige GmbHs den Rettungs- und Krankentransportdienst. Zu den anerkannten Non-Profit-Organisationen zählen der Arbeiter-Samariter-Bund, die Johanniter-Unfall-Hilfe, der Malteser Hospitaldienst und das Österreichische Rote Kreuz als größte Rettungsorganisation im Land. Das Grüne Kreuz, das ebenfalls als Rettungsorganisation anerkannt ist, wurde als GmbH konzipiert. In Wien ist zudem der Sozial Medizinische Dienst (SMD) im Rettungsdienst tätig. Die Flugrettung wird hauptsächlich durch den Christophorus

Flugrettungsverein des ÖAMTC betrieben (vgl. Hansak 2014: 25). Außerhalb des Rettungs- und Krankentransportdienstes sind der Vollständigkeit halber auch noch die Bergrettung, Höhlenrettung, Rettungshunde, Wasserrettung sowie die Feuerwehr als weitere Organisationen des Hilfs- und Rettungswesens zu nennen.

#### 4.1.3. Personal und Ausbildung

Das Personal im österreichischen Rettungsdienst kann in drei Gruppen eingeteilt werden (vgl. ÖRK 2014a: 17):

- **hauptberufliche** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bei der jeweiligen Rettungsorganisation in einem arbeitsrechtlichen Beschäftigungsverhältnis stehen und für ihre Arbeit entlohnt werden.
- **freiwillige** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ausübende Mitglieder der Organisation, die sich an interne Vorschriften zu halten haben und unentgeltlich ihre Tätigkeit verrichten.
- **Zivildienstleistende**, die dem Zivildienstgesetz unterliegen und Anspruch auf eine Grundvergütung durch die jeweilige Organisation haben.

2010 waren 10% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hauptamtlich im Rettungsdienst tätig. Gemeinsam mit den Zivildienstleistenden konnten 70% der Leistungsstunden abgedeckt werden (vgl. Redelsteiner <sup>2</sup>2011b: 6). Freiwillige Sanitäterinnen und Sanitäter übernahmen bzw. übernehmen vorwiegend die Nacht- und Wochenenddienste (vgl. Hansak 2014: 25). 2013 standen im Österreichischen Roten Kreuz dafür 35.479 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung (vgl. ÖRK 2014b: 73).

Die große Anzahl an freiwillig tätigen Sanitäterinnen und Sanitätern und der historisch bedingte hohe Stellenwert der Ehrenamtlichkeit (siehe Kapitel 4.1.1.) sind in Europa einzigartig, da in den meisten anderen Rettungsdienstsystemen in der Regel nur hauptberufliches Personal Verwendung findet. Dies hat sich zwangsläufig auch auf den Umfang der Ausbildung ausgewirkt:

Die Ausbildung der Gesundheitsberufe und damit der Sanitäterinnen und Sanitäter wird vom Bund geregelt (vgl. Hansak & Weinberger 2010: 12). Bis zum Jahre 2002 agierten ehrenamtliche Sanitäterinnen und Sanitäter in einer rechtlichen Grauzone, da ihr Tätigkeitsbereich und ihre Ausbildung nicht genau geregelt waren (vgl. Reisinger 2012: 77). Nur das berufliche Personal unterlag dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen

Fachdienstes und der Sanitätshilfe (MTF-SHD-G), das den Abschluss einer theoretischen Ausbildung im Ausmaß von 135 Stunden innerhalb von zwei Jahren vorsah.

Um dem ehrenamtlichen Personal einen Rechtsrahmen zu geben und für hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Berufsbild zu schaffen, trat 2002 das Sanitätergesetz (SanG) in Kraft (vgl. Hansak & Weinberger 2010: 13). Obwohl zunächst eine viel umfassendere Ausbildung vorgesehen war (vgl. Reisinger 2012: 90), entschied man sich aus finanziellen Gründen und in Bezugnahme auf die hohe Anzahl der freiwilligen Helferinnen und Helfer für ein modulares Ausbildungssystem, das in 740 Stunden durchlaufen werden konnte (vgl. Nadler 2014: 17). Als gesetzliche Grundlage für die nun bundesweit einheitliche Ausbildung wurde die Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) erlassen (vgl. San-AV 2003).

Der Ausbildungsumfang (siehe Tab. 2) fällt in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern demnach bei weitem geringer aus, wodurch der/dem Sanitäter/in im Rettungsdienst auch weniger Kompetenzen eingeräumt werden. Ihre/Seine Tätigkeiten beschränken sich vor allem auf nicht-invasive Maßnahmen.

Das SanG legt in §8-13 das Berufs- und Tätigkeitsbild der Sanitäterin bzw. des Sanitäters fest, in dessen Rahmen sie/er eigenverantwortlich agieren darf. Hierbei wird zwischen den Ausbildungsstufen *Rettungssanitäter/in* und *Notfallsanitäter/in* unterschieden. Beide sind im sogenannten Sanitätsdienst tätig, unter dem „die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der [...] qualifizierten Ersten Hilfe, [...] Sanitätshilfe und [...] Rettungstechnik, einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtung“ (SanG 2002) zu verstehen ist. Hansak und Weinberger (2010: 13) führen in diesem Zusammenhang noch die Betreuung, den situationsgerechten Transport der Patientin bzw. des Patienten sowie die Wartung, Handhabung, Überprüfung und Reinigung des jeweiligen Rettungsmittels an.

**Die/Der Rettungssanitäter/in (RS)** hat gemäß San-AV eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von 100 Stunden sowie eine praktische Ausbildung im Umfang von 160 Stunden zu absolvieren (§11 San-AV). Aufbauend auf der Ausbildungsstufe der Rettungssanitäterin bzw. des Rettungssanitäters kann nach Nachweis von mindestens 160 Praxisstunden im Rettungs- und Krankentransportdienst und einem positiv abgeschlossenen Einstiegstest die Ausbildung zur/zum Notfallsanitäter/in beginnen (§40 San-AV). Um die Berufsbezeichnung *Notfallsanitäter/in* führen zu dürfen, muss eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von 160 Stunden durchlaufen werden sowie eine praktische Ausbildung im Notarztsystem im Umfang von 280 Stunden erfolgen. Zusätzlich muss ein 40-stündiges Praktikum in einer geeigneten Krankenanstalt absolviert werden (§41 San-AV).

**Die/Der Notfallsanitäter/in (NFS)** kann nach eigenem Wunsch noch weitere sogenannte allgemeine und besondere Notfallkompetenzen erwerben, wobei hier anzumerken ist, dass diese Kompetenzen nicht in allen Bundesländern und allen Organisationen durch die/den ärztliche/n Leiter/in freigegeben sind. Bei den Notfallkompetenzen handelt es sich um vorbehaltlich ärztliche, mitunter invasive Tätigkeiten, zur Ausübung derer die/der Notfallsanitäter/in nur in bestimmten Situationen (§11 und 12 SanG) und nach strikten organisationsinternen Algorithmen, d.h. Handlungsvorschriften, berechtigt ist.

Zu den allgemeinen Notfallkompetenzen zählen die Kompetenzen **Arzneimittellehre (NKA)** und die Kompetenz **Venenzugang und Infusion (NKV)**. Erstere berechtigt die/den Sanitäter/in, einer Patientin bzw. einem Patienten bestimmte Arzneimittel zu verabreichen. Zweitere ermöglicht der/dem Sanitäter/in eine Venenverweilkanüle zu legen, über die lebensrettende Medikamente appliziert werden können.

Als besondere Notfallkompetenz gilt die Kompetenz **Beatmung und Intubation (NKI)**, die in vielen Bundesländern nicht ausgebildet wird (vgl. Reisinger 2012: 88). Sie erlaubt der/dem Sanitäter/in, eine Patientin bzw. einen Patienten nach einem strengen Algorithmus mit einem Endotrachealtubus zu intubieren. Die Ausbildung der Notfallkompetenzen wird in §63-98 San-AV geregelt.

**Tab. 2: Ausbildungen im österreichischen Rettungsdienst gemäß San-AV - Überblick**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Ausbildungsumfang</b>
Rettungssanitäter/in (RS)	100 Stunden Theorie, 160 Stunden Praxis im Rettungs- und Krankentransportdienst
Notfallsanitäter/in (NFS)	aufbauend auf dem RS, 160 Stunden Theorie, 280 Stunden Praxis im Notarztsystem, 40 Stunden Krankenhauspraktikum
Notfallsanitäter/in mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NFS-NKA)	40 Stunden Theorie
Notfallsanitäter/in mit allgemeiner Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NFS-NKV)	10 Stunden Theorie, 40 Stunden Krankenhauspraktikum
Notfallsanitäter/in mit besonderer Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NFS-NKI)	30 Stunden Theorie und 80 Stunden Krankenhauspraktikum

Jede Ausbildung schließt mit einer kommissionellen Prüfung ab und ist für zwei Jahre gültig. Innerhalb dieser zwei Jahre müssen Fortbildungen absolviert werden, um die Berechtigung zur Ausübung um zwei weitere Jahre verlängern zu können (vgl. ÖRK 2014a: C2).

Mit dem Erlangen der nächst höheren Ausbildungsstufe erweitert sich der gesetzlich festgelegte Tätigkeitsbereich der Sanitäterinnen und Sanitäter, wobei der Tätigkeitsbereich einer höheren Stufe zugleich auch die der unteren Stufen miteinschließt. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, sei hierzu lediglich auf die entsprechenden Paragraphen 8-13 des SanG verwiesen.

Grundsätzlicher Unterschied zwischen dem Tätigkeitsbereich der Rettungsanitäterin bzw. des Rettungsanitäters und der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters mit oder ohne Kompetenzen ist die Berechtigung der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters zur teilweisen eigenverantwortlichen Versorgung und Betreuung sowie dem sanitätsdienstlichen Transport von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten werden im SanG gemäß §10 Abs. 2 folgendermaßen definiert:

Notfallpatienten [...] sind Patienten, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, eintreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist. (SanG 2002)

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind laut Reisinger (2012: 96f.) demnach in der Notfallrettung einzusetzen, während der Aufgabenbereich der Rettungsanitäterin bzw. des Rettungsanitäters vor allem auf den Krankentransportdienst zugeschnitten ist<sup>18</sup>.

Eine weitere Aufgabe, die der/dem Notfallsanitäter/in in ihrer/seiner Tätigkeit zukommt, ist die „Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen“ (§10 Abs. 1 Z 2 SanG). In den meisten Fällen ist dabei die Unterstützung der **Notärztin bzw. des Notarztes (NA)** gemeint, die/der in der Regel gemeinsam mit den Sanitäterinnen und Sanitätern am Einsatzort eintrifft. Dabei kann es sich entweder um eine approbierte Ärztin bzw. einen approbierten Arzt, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärztinnen und Fachärzte handeln, die einen 60-stündigen Ausbildungskurs der Ärztekammer für angehende Notärztinnen und Notärzte absolviert haben (vgl. Hansak 2014: 27). Gesetzliche Regelungen zur Ausbildung von Notärztinnen und Notärzten trifft das Ärztegesetz (ÄrzteG) aus dem Jahre 1998 (§40 ÄrzteG).

---

<sup>18</sup> Zu den Aufgabenbereichen des Rettungsdienstes und dem Begriff *Notfallrettung* siehe Kapitel 4.1.5.

Bisher nicht erwähnt wurden Ausbildungen zum Sicheren Einsatzfahrer (SEF), First Responder (FR) sowie zur Führungskraft. Da es diesbezüglich keine bundesweit gültigen Regelungen gibt, orientiert sich die Ausbildung an organisationsinternen Vorschriften. Die Ausbildung zur/zum Rettungssanitäter/in kann dabei als Grundvoraussetzung angenommen werden (vgl. Hansak 2010a: 1162).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im österreichischen Rettungsdienst Sanitäterinnen und Sanitäter unterschiedlicher Ausbildungsstufen sowie Notärztinnen und Notärzte zum Einsatz kommen. Mit einer höheren Ausbildung erweitert sich zugleich der Tätigkeitsbereich der Sanitäterinnen und Sanitäter, sodass zur Durchführung einer gesetzeskonformen Versorgung und Betreuung sowie eines angemessenen Transports von Patientinnen und Patienten eine bestimmte Ausrüstung erforderlich ist. Welche Ausrüstung mitgeführt wird, hängt vor allem vom eingesetzten Rettungsmittel ab.

#### **4.1.4. Fahrzeugtypen und Ausrüstung**

Die Beschaffenheit und Ausrüstung eines Rettungsfahrzeugs kann je nach Aufgabenbereich (siehe Kapitel 4.1.5.) stark variieren. Maßgeblich für den österreichischen Rettungsdienst ist die europäische Norm 1789 mit dem Titel *Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen*. Diese Norm wurde zwar in den österreichischen Normenkatalog aufgenommen (vgl. Hansak 2014: 25), ist in den Landesrettungsgesetzen jedoch nicht verbindlich verankert (vgl. Hansak 2010a: 1156). In ihr werden Definitionen, Anforderungen, Prüfungen, Ausrüstungen und das Betriebsverhalten für Rettungsmittel festgehalten (vgl. Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 100), die Schutzausrüstung des Personals geregelt (vgl. Hansak 2010a: 1157) und u. a. auch die Größe und räumliche Beschaffenheit der jeweiligen Autos beschrieben.

Die in der Norm angeführten Krankenkraftwagen werden in vier Typen unterteilt. In aufsteigender Ordnung erhöhen sich dabei Ausrüstung und Ausstattung und im Zuge dessen auch etwaige Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Scholl 2014: 12f.):

- Der Typ A Krankenkraftwagen (Patient Transport Ambulance) ist ein Rettungsdienstfahrzeug, das „für den Transport von Patienten, die vorhersehbar nicht Notfallpatienten sind, konstruiert und ausgerüstet ist.“ (vgl. Hansak 2010a: 1152) Je nachdem, ob ein oder mehrere Personen auf einer Krankentrage oder einem Tragsessel transportiert werden können, kann zusätzlich zwischen Typ A1 (= ein/e Patient/in) und Typ A2 (= mehrere Patientinnen und Patienten) unterschieden werden.

- Der Typ B Notfallkrankwagen (Emergency Ambulance) wird für die Erstversorgung, Überwachung und den Transport von Patientinnen und Patienten auf einer Krankentrage verwendet (vgl. Scholl 2014: 12).
- Mit dem Typ C Rettungswagen/Notarztwagen (Mobile Intensive Care Unit) erfolgt die erweiterte Behandlung, Überwachung und der Transport von Patientinnen und Patienten auf einer Krankentrage (vgl. Hansak 2010a: 1152).

Die Typen und Besetzungen der in Österreich verwendeten Fahrzeuge lassen sich tabellarisch folgendermaßen zusammenfassen (vgl. Hansak 2010a: 1152; Redelsteiner 2011b: 6):

**Tab. 3: Rettungsdienstfahrzeuge in Österreich gemäß ÖNORM/EN 1789**

Fahrzeug	Typ gemäß EN 1789	Personal
Krankentransportwagen (KTW)/ Sanitätseinsatzwagen (SEW)	A	mindestens 2 RS
Rettungstransportwagen (RTW)	B	mindestens 1 RS und 1 NFS
Notarztwagen (NAW)	C	mindestens 1 RS (als Fahrer/in), 1 NFS und 1 NA

Je nach Bundesland können die Bezeichnungen und die Besetzungen der Rettungsdienstfahrzeuge innerhalb der Organisationen anders geregelt sein, da sich weder im SanG noch in den Landesrettungsgesetzen direkte Bestimmungen finden lassen<sup>19</sup>. Wie Reisinger (2012: 8) anmerkt, sind in Österreich vor allem Rettungsdienstfahrzeuge der Kategorie A und B anzutreffen.

Neben den nun genannten Fahrzeugen gibt es noch eine Reihe von Sonderfahrzeugen, die nicht unter die ÖNORM EN 1789 fallen. Neben dem **Notarzhubschrauber (NAH)** bestimmen vor allem zwei dieser Fahrzeuge - der **Behelfskrankentransportwagen (BKTW)** und das **Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)** – die österreichische Fahrzeuglandschaft mit:

Der BKTW dient gemäß ÖNORM V5105 zur sanitätsdienstlichen Versorgung und dem Transport von Patientinnen und Patienten, die selbst in das Fahrzeug ein- und aussteigen können, und ist mit mindestens einer/einem Rettungssanitäter/in besetzt (vgl. Hansak 2010a: 1151).

<sup>19</sup> Zur Diskussion, ob auf einem RTW zwei RS eingesetzt werden können bzw. dürfen oder ein/e Sanitäter/in zumindest NFS sein muss, siehe Reisinger (2012: 93-98).

Das NEF ist mit einer/einem Notfallsanitäter/in und einer Notärztin bzw. einem Notarzt besetzt. Bei diesem Fahrzeug handelt es sich wie bei einem BKTW um einen herkömmlichen PKW, der zusätzlich die Ausrüstung zur erweiterten Versorgung, Überwachung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sich führt und gemeinsam mit einem RTW transportieren kann. Im Gegensatz zum NAW ist das NEF deutlich flexibler und kann nach der Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten bei Bedarf zu anderen Einsätzen höherer Priorität abgezogen werden (vgl. Hansak 2010a: 1166ff.).

Zusätzlich zur ÖNORM EN 1789 regelt die ÖNORM EN 1865 *Festlegungen für Krankentragen und andere Krankentransportmittel in Krankenkraftwagen* die Ausrüstung von Rettungsdienstfahrzeugen (vgl. Hansak 2010a: 1156). Darüber hinaus finden sich auch in einigen Landesrettungsgesetzen Mindestvorgaben u.a. auf Basis der eben genannten Normen wieder (vgl. Hansak 2010a: 1158).

Abschließend kann festgehalten werden, dass im österreichischen Rettungsdienst eine Vielzahl von Fahrzeugen zum Einsatz kommt. Die bodengebundenen Fahrzeuge BKTW, KTW/SEW, RTW, NAW und NEF unterscheiden sich jedoch nicht nur in ihrer Größe, Ausstattung und Ausrüstung, sondern auch in ihrem Aufgabenbereich.

#### **4.1.5. Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes**

Hansak (2014: 24) versteht unter dem Begriff Rettungsdienst sämtliche „Notarzt- und Rettungseinsätze, Sanitätseinsätze bzw. Krankentransporte und Ambulanztransporte.“ Die Merkmale der Einsatzarten sollen hinsichtlich ihrer Dringlichkeit in aufsteigender Reihenfolge kurz beschrieben werden (vgl. Hansak 2010a: 1154):

- Im Rahmen eines *Ambulanztransportes* (auch *einfacher Krankentransport* genannt) werden meist gehfähige Patientinnen und Patienten, die keine Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind, sitzend in ein Krankenhaus, eine ärztliche Ordination oder eine andere Gesundheitseinrichtung transportiert. Während des Transports bzw. zum und vom Fahrzeug in die Einrichtung bedürfen die Patientinnen und Patienten der Unterstützung einer Sanitäterin bzw. eines Sanitäters oder einer geringfügigen sanitätsdienstlichen Versorgung. Für den Ambulanztransport kommen vorwiegend der BKTW und der KTW/SEW zum Einsatz.
- Beim *Sanitätseinsatz* (auch *qualifizierter Krankentransport* genannt) werden erkrankte oder verletzte Personen liegend oder sitzend in einem KTW/SEW bzw. teilweise auch

in einem RTW in ein Krankenhaus oder eine Gesundheitseinrichtung transportiert und während des gesamten Einsatzes sanitätsdienstlich betreut.

- Der *Rettungseinsatz* ist durch die umgehende sanitätsdienstliche Versorgung und den sitzenden oder liegenden Transport von verletzten und erkrankten Personen charakterisiert, die mitunter auch Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sein können. Rettungseinsätze werden in Österreich mit einem RTW durchgeführt, der mindestens mit einer/einem RS und einer/einem NFS besetzt sein sollte. Die Beiziehung eines Notarztes kann in manchen Fällen erforderlich sein.
- Von einem *Notarzteinsatz* spricht man, wenn ein/e Patient/in am Notfallort und während des Transports einer notärztlichen und sanitätsdienstlichen Versorgung bedarf, um Folgeschäden zu vermeiden. Der Transport in ein Krankenhaus erfolgt entweder bodengebunden per NAW, NEF und RTW oder in der Luft mittels NAH. Bei Notarzteinsätzen kann zusätzlich noch zwischen Primäreinsätzen und Sekundäreinsätzen unterschieden werden. Während bei einem Sekundäreinsatz ein/e Patient/in von einem Krankenhaus in ein anderes höherwertigeres Krankenhaus verlegt wird und notärztlicher Betreuung bedarf, rückt ein Notarztrettungsmittel „im Rahmen eines unmittelbar eingetretenen Notfalls“ (Hansak 2010a: 1166) zu einem Primäreinsatz aus. Für Rettungs- und Notarzteinsätze haben die österreichischen Rettungsdienstorganisationen hinsichtlich der sogenannten Hilfsfrist zusätzlich vereinbart, dass „jeder an einer Straße liegende Notfallort [...] in 95% aller Fälle“ (Hansak 2010a: 1159) innerhalb von 15 Minuten erreicht werden muss.

Neben den nun angeführten Einsatzarten führt Hansak (2010a: 1154f.) noch den Intensivtransport, den Bluttransport und verschiedene Sondertransporte an. Tabelle 4 fasst die Erkenntnisse dieses Unterkapitels noch einmal zusammen.

Obwohl Krankentransporte den Großteil der Fahrten des Rettungsdienstes ausmachen (vgl. Reisinger 2012: 50), ist für die vorliegende Masterarbeit ausschließlich die **Notallrettung**, d.h. Rettungseinsätze und Notarzteinsätze (vgl. ÖRK 2014a: I2), aufgrund ihrer zeitkritischen Natur von Relevanz. Für die rasche Entsendung des richtigen Rettungsmittels und die Festlegung der Einsatzart spielt die (Rettungs)leitstelle eine zentrale Rolle.

**Tab. 4: Rettungsdienstfahrzeuge und ihr Aufgabenbereich**

<b>Fahrzeug</b>	<b>Aufgabenbereich</b>
Behelfskrankentransportwagen (BKTW)	Ambulanztransporte (einfache Krankentransporte)
Krankentransportwagen (KTW)/ Sanitätseinsatzwagen (SEW)	Ambulanztransporte (einfache Krankentransporte), Sanitätseinsätze (qualifizierte Krankentransporte)
Rettungstransportwagen (RTW)	mitunter auch Sanitätseinsätze, üblicherweise jedoch Rettungseinsätze
Notarztwagen (NAW)	Notarzteinsätze

## **4.2. Die Rettungsleitstelle**

Der Duden definiert die Leitstelle als „zentrale [...] Einrichtung, von der aus etwas geleitet, gelenkt [oder] befehligt wird.“ (Duden 2017) Traditionell gab es im deutschsprachigen Raum für die einzelnen Blaulichtorganisationen (Rettung, Feuerwehr und Polizei) je eigene Leitstellen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die die Einsätze des Fahrdienstes koordinierten. Die hohe Anzahl an kleinen und mittleren Leitstellen mit schlechter technischer Ausrüstung und oft minderqualifiziertem Personal führte schließlich dazu, dass sich in den letzten Jahrzehnten ein Trend zu modernen und professionellen Regional- und Landesleitstellen entwickelte, die ein größeres Gebiet betreuen (vgl. Hansak 2010a: 1170) und eine bestmögliche Einsatzsteuerung erlauben (vgl. Hansak 2010b: 1204). Um Synergieeffekte zwischen Feuerwehr und Rettung besser bündeln zu können, werden zudem sogenannte integrierte Leitstellen eingerichtet, in denen sowohl rettungsdienstliche als auch technische Einsätze abgearbeitet werden (vgl. Hackstein 2010: 467).

In Österreich ist die Trennung der Leitstellen noch weitgehend intakt (vgl. Rohrweg 2005: 17). Eine Ausnahme bildet die Rettungs- und Feuerwehrleitstelle Vorarlberg (vgl. Land Vorarlberg 2017). Die Rettungsleitstellen der anderen Bundesländer werden von der größten im Bundesland vertretenen Hilfsorganisation bzw. von eigenen Betreibergesellschaften geführt (vgl. Reisinger 2012: 10). Da die meisten Rettungsleitstellen neben Rettungseinsätzen und Notarzteinsätzen auch Sanitätseinsätze, d.h. Krankentransporte, koordinieren, spricht man des Öfteren von sogenannten kombinierten Leitstellen (vgl. Rohrweg 2005: 19).<sup>20</sup> Die Anzahl

<sup>20</sup> Zum kombinierten und getrennten Rettungs- und Krankentransportsystem siehe auch Reisinger (2012: 50-51)

der Rettungsmittel, die eine Leitstelle zur Disposition zur Verfügung hat, ergibt sich aus ihrem Zuständigkeitsbereich. Den Rettungskräften gegenüber ist die Leitstelle weisungsbefugt (vgl. Hackstein 2010: 467).

#### 4.2.1. Personal und Ausbildung

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich ist der Ausbildungsumfang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstelle nicht einheitlich geregelt (vgl. Aigner et al. 2011: 40; Hackstein 2015: 27). Große Diskussionen gibt es beispielsweise darüber, ob die/der Mitarbeiter/in eine abgeschlossene Ausbildung zur/zum Sanitäter/in und eine dementsprechende Berufserfahrung mitbringen muss oder das Personal auch angelehrt werden kann (vgl. Hansak 2010b: 1201). Generell sprechen sich aber sowohl Gorgaß et al. (2007: 25) als auch Hansak (2010a: 1163) dafür aus, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Systemkenntnissen anzustellen und spezifisch für die neue Tätigkeit auszubilden. Rohrweg (2005: 11f.) unterscheidet in ihrer Masterarbeit zur psychologischen Belastung von Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeitern zwischen drei grundlegenden Funktionen, die das Personal in der Leitstelle übernimmt. Novosad (2017) ergänzt dies um eine weitere Position:

- Der **Notrufexperte/ Die Notrufexpertin**<sup>21</sup> nimmt den Notruf entgegen und ist daher die erste Person, zu der ein Hilfesuchender Kontakt hat.
- Die/Der **Disponent/in** hat die Aufgabe, die angemessenen und ihr/ihm unterstellten Rettungsmittel auf Basis der Informationen, die von der Notrufexpertin bzw. vom Notrufexperten erhoben wurden, zu alarmieren und zu koordinieren.
- Die/Der **Supervisor** überwacht als Dienstführer/in das Geschehen in der Leitstelle.
- Der/Die **Leitstellenleiter/in** leitet den jeweiligen Standort.

Die Ausbildung zur Notrufexpertin bzw. zum Notrufexperten bildet die Basis auf dem Weg zur nächst höheren Stufe (= Disponent/in). Jede/r Disponent/in ist somit auch als Notrufexpertin bzw. Notrufexperte ausgebildet. Nachfolgend sollen die Aufgaben von Notrufexpertin/Notrufexperte und Disponent/in kurz beschrieben werden.

---

<sup>21</sup> Von Rohrweg (2005: 12) als CCA (Call Center Agent) bezeichnet

### **4.2.2. Aufgaben der Leitstelle**

Als „Herz jedes Rettungs- und Krankentransportdienstes“ (Hansak 2010a: 1170) müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Leitstelle für den reibungslosen Ablauf eines Einsatzes rund um die Uhr zahlreichen Anforderungen gerecht werden. Zu ihren Hauptaufgaben in der Notfallrettung zählen (vgl. Rohrweg 2005: 16; Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 25; Hackstein <sup>2</sup>2010: 467, Hansak 2010: 1170; Redelsteiner & Vergeiner <sup>2</sup>2011: 186):

- die Entgegennahme von Notrufen
- das Befragen der Notfallmelderinnen und Notfallmelder nach einem mehr oder weniger strukturierten Schema (siehe Kapitel 5.3.1.)
- die Beurteilung der Lage und die Einschätzung der zu alarmierenden Rettungsmittel
- die Alarmierung der Rettungsdienstfahrzeuge sowie deren Begleitung auf dem Weg zum Einsatzort per Funk und Telefon
- das Geben von wichtigen Hinweisen und Anleitungen zu Sofortmaßnahmen
- die Kommunikation mit dem eingesetzten Personal und anderen Rettungskräften (u.a. Feuerwehr und Polizei) sowie die Koordination dieser per Funk und Telefon
- die Voranmeldung von besonders schweren Notfällen im Krankenhaus
- die Nachalarmierung von zusätzlich benötigten Einsatzkräften

Die Fülle an Aufgaben macht offensichtlich, warum zur Abwicklung eines Notrufs die Zusammenarbeit von zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, einer Notrufexpertin/einem Notrufexperten und einer Disponentin bzw. einem Disponenten, erforderlich wird (vgl. Notruf Niederösterreich 2017b).

### **4.3. Zusammenfassung**

Der österreichische Rettungsdienst hat in den letzten fünfzig Jahren große Veränderungen erfahren. Zwar blieb die Struktur des Personals, das sich vorwiegend aus ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammensetzte, weitgehend gleich, der technisch-medizinische Fortschritt und der Ausbau eines flächendeckenden Notarztsystems erhöhte die Qualität der präklinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten dennoch um ein Vielfaches. Mit der Einführung des Sanitätergesetzes und der Sanitäter-Ausbildungsverordnung wurden mit der/dem Rettungssanitäter/in und der/dem Notfallsanitäter/in zwei neue Berufsbilder geschaffen, deren Ausbildung und Tätigkeitsbereich nun gesetzlich definiert war. Die

verschiedenen Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes machten es zudem notwendig, verschiedene Fahrzeugtypen mit unterschiedlicher Ausrüstung und Besatzung einzusetzen, um die rasche Versorgung und Behandlung sowie den situationsgerechten Transport von Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können. Einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung im Rettungsdienst lieferten auch die Zusammenfassung von kleinen Rettungsleitstellen zu Regional- und Landesleitstellen und der Einsatz von qualifiziertem Personal. Immerhin ist der erfolgreiche Ausgang eines Einsatzes maßgeblich von der technischen Leistungsfähigkeit der Rettungsleitstelle und den dort agierenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abhängig (vgl. Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 25). Wie die Abwicklung eines Einsatzes im Detail erfolgt, beschreibt das nun folgende Kapitel.

## 5. Der Notfall aus Sicht von Leitstelle und Rettungsdienst

Notfälle passieren in der Regel unerwartet und plötzlich. Handlungen, die eben ausgeführt wurden, werden abrupt beendet und können nicht mehr abgeschlossen werden. Die Situationen, die gerade noch zu bewältigen waren, geraten vollständig außer Kontrolle. Lösungsversuche scheitern und Sekunden fühlen sich an wie Stunden. Angst macht sich breit und Zukunftspläne scheinen in die Ferne gerückt zu sein. Ein Ohnmachtsgefühl stellt sich ein. Andere haben nun das Sagen und bestimmen, was als nächstes passiert (vgl. Hannich <sup>2</sup>2004: 3ff; Hausmann <sup>2</sup>2004: 183; Herzog 2010: 1120f.).

### 5.1. Definition „Notfall“

Ein Notfall stellt für alle Beteiligten eine Ausnahmesituation dar. „Das Geschehen geht weit über das Erlebte hinaus, und es gibt kein Erfahrungsmuster, in das es eingeordnet werden kann.“ (vgl. Hannich <sup>2</sup>2004: 3) Es kommt zu einem „vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten [...]“. (Fischer & Riedesser 1998: 79) Notfall ist jedoch nicht gleich Notfall. Lasogga und Gasch (<sup>2</sup>2011: 19) definieren Notfälle als

Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und/oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen und/oder psychischen Gesundheit führen können. Von Notfällen können Einzelpersonen oder Gruppen betroffen sein.

Durch die Betonung des Subjektiven wird der Notfall zu einer persönlichen und individuellen Angelegenheit. Ein Ereignis, das von einer Person als Notfall gedeutet wird, kann für eine andere Person belanglos sein.

Medizinisch gesehen handelt es sich bei Notfällen um „jede Situation eines Patienten [...], die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren bleibenden Schäden oder dem Tod führt und oft elementare Lebensfunktionen einschränkt.“ (DocCheck Flexikon 2017b)

Herzinfarkt, Schlaganfall oder traumatische Verletzungen können somit als typische Notfälle bezeichnet werden. Der Mensch wird dabei meist als Maschine betrachtet, an der bei Funktionsstörungen nur Wartungsarbeiten vorzunehmen sind oder Ersatzteile ausgetauscht werden müssen (vgl. Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 328). Die Emotionen und die Psyche der Patientinnen und Patienten spielen eine untergeordnete Rolle. Auch der klassische Ausbildungsansatz

des Rettungsdienstes im deutschsprachigen Raum orientiert sich laut Gorgaß et al. (2007: 340) vor allem an somatischen Störungen und verkenne die Realität. Die/Der Notfallpatient/in „ist ein Mensch mit Körper, Geist und Seele. Die Behandlung muss alle drei Aspekte erfassen.“ (Bengel 2004: V) Neben einer adäquaten medizinischen Versorgung bedarf es im Rettungsdienst daher einer Psychischen Ersten Hilfe, um mit Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen angemessen umgehen zu können (vgl. Herzog 2010: 1121).

Nicht selten verliert man bei der psychologischen Betreuung von direkten Notfallopfern jedoch die große Gruppe der indirekten Notfallopfer aus den Augen (vgl. Lasogga & Gosch 2011: 24). Dazu zählen u.a. Unfallverursacherinnen und Unfallverursacher, Augenzeuginnen und Augenzeugen, Zuschauerinnen und Zuschauer sowie Angehörige. Letztere können auch beim Ausbleiben von physischen Verletzungen ähnlich wie das Notfallopfer starken psychischen Belastungen ausgesetzt sein (vgl. Lasogga & Gasch 2004: 54). Bedingt durch das Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit, entwickeln sie gerade in Notfallsituationen, in denen sich das Notfallopfer nicht mehr verbal ausdrücken kann, ein Informationsbedürfnis (vgl. Herzog 2010: 1121). Sie wollen wissen, was passiert und welche weiteren Schritte unternommen werden. Das gleiche gilt für Notfallopfer, sofern sie noch mit der Leitstelle und dem Rettungsdienst kommunizieren können.

Ziel einer professionellen Hilfeleistung müsse demnach die Wiederermächtigung der Beteiligten sein (vgl. Hausmann 2004: 187). Dazu müssen Leitstelle und Rettungsdienst den Notfall so schnell wie möglich in den Griff bekommen, um weitere physische und psychische Schäden zu vermeiden. Nur so kann der Patientin bzw. dem Patienten die Handlungskontrolle wieder zurückgegeben werden und der Ausstieg aus einer scheinbar hoffnungslosen und bedrohlichen Situation erfolgen (vgl. Herzog 2010: 1121). Für den reibungslosen Ablauf eines Einsatzes aus medizinischer und psychologischer Sicht sorgt die Rettungskette.

## **5.2. Die Rettungskette**

Das Konzept der Rettungskette wurde 1968 vom deutschen Notfallmediziner Friedrich Ahnefeld entwickelt und beschreibt den Prozess „vom Notfalleintritt bis zur definitiven Versorgung in der Klinik.“ (Redelsteiner 2011b: 5) Um eine Patientin bzw. einen Patienten bestmöglich behandeln zu können, müssen die einzelnen Glieder der Kette wie Zahnräder passgenau ineinandergreifen. Dies stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Personengruppen und macht das kompetente Handeln jedes Einzelnen erforderlich. Nachfolgend sollen die einzelnen Glieder der Rettungskette (siehe Abb.1) beschrieben werden:



**Abb. 1: Die Rettungskette** (Wikimedia Commons 2011)

**1. Absichern/Eigenschutz:** Am Beginn der Rettungskette stehen Maßnahmen, die der Absicherung des Notfallortes und dem Eigenschutz dienen. Diese werden von der Ersthelferin bzw. dem Ersthelfer, d.h. jener Person, die das Notfallopfer auffindet, durchgeführt (vgl. Schöffel 2017). Damit wird dem wohl wichtigsten Grundsatz der Ersten Hilfe Rechnung getragen, dass Selbstschutz stets vor Fremdschutz geht. Begibt sich die/der Ersthelfer/in beispielsweise ohne Warnweste oder ohne aufgestelltes Warndreieck auf die ungesicherte Straße, um einer/einem verunfallten Autolenker/in zu helfen, könnte ein nachkommendes Auto die/den Ersthelfer/in übersehen und ein weiteres Notfallopfer zu beklagen sein. Im Falle einer gewalttätigen Auseinandersetzung zweier Personen ist es ebenso ratsam, einen sicheren Ort aufzusuchen, um nicht unfreiwillig in die Konfliktsituation gezogen zu werden.

**2. Notruf/Sofortmaßnahmen:** Ist der Notfallort abgesichert und die eigene Sicherheit nicht gefährdet, setzt die/der Ersthelfer/in den Notruf ab und alarmiert damit die Rettungskräfte. Gleichzeitig mit dem Notruf sollte die Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen erfolgen. Dies beinhaltet u.a. die in den Erste-Hilfe-Kursen gelehrt kardiopulmonale Reanimation, die stabile Seitenlage oder die Stillung starker Blutungen (vgl. Lentz & Luxem 2010: 447).

**3. Weitere Erste Hilfe:** Nachdem die für die Alarmierung der Rettungsmittel erforderlichen Daten erhoben wurden, leitet in der Regel die/der Leitstellenmitarbeiter/in die lebensrettenden Sofortmaßnahmen bzw. die weitere Erste Hilfe (Lagerung, psychologische Betreuung etc.) an (vgl. Schöffel 2017). Davon profitieren vor allem unerfahrene Helferinnen und Helfer, da genaue Anweisungen gegeben werden, wie die zu setzenden Maßnahmen durchgeführt werden sollen (siehe dazu auch Kapitel 5.3.1.).

**4. Rettungsdienst:** Mit dem Eintreffen des Rettungsmittels übergibt die/der Ersthelfer/in die Patientin bzw. den Patienten den Sanitäterinnen und Sanitätern bzw. Notärztinnen und Notärzten. Sie sorgen für eine angemessene präklinische Versorgung des Notfallopfers und transportieren die Patientin bzw. den Patienten in ein geeignetes Krankenhaus (vgl. Redelsteiner 2011b: 5). Dabei verfolgt der österreichische Rettungsdienst das Handlungskonzept des „treat and run“ (Machado 2013: 93), bei der der Aufenthalt am Notfallort so lange wie nötig und so kurz wie möglich gehalten wird und der Fokus auf einer notärztlichen bzw. sanitätsdienstlichen Erstversorgung und der raschen Herstellung der Transportfähigkeit der Notfallopfer liegt.

**5. Krankenhaus:** Im Krankenhaus wird die/der Patient/in an das bereitstehende Team, bestehend aus Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegepersonal, übergeben und die weiterführende Behandlung des Notfallopfers begonnen (vgl. Lentz & Luxem 2010: 447).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die/der Ersthelfer/in eine entscheidende Rolle in der Abwicklung eines Notfalls spielt. Sie/Er ist nicht nur für die Absicherung des Notfallortes verantwortlich, sondern auch für die Durchführung von (lebensrettenden) Erste-Hilfe-Maßnahmen. Mit dem von ihr/ihm abgesetzten Notruf setzt sie/er die professionellen Glieder der Rettungskette in Gang. Dabei hängt der Einsatz von angemessenen Rettungsmitteln maßgeblich von den Angaben der Notfallmelderin bzw. des Notfallmelders ab. Die/Der Ersthelfer/in und die den Notruf entgegennehmende Leitstelle haben somit einen beträchtlichen Einfluss auf den weiteren Verlauf des Geschehens.

### **5.3. Der Notruf**

Um im Falle eines medizinischen Notfalls einen Notruf absetzen zu können, muss je nach Aufenthaltsort eine bestimmte Notrufnummer gewählt werden. Innerhalb der Europäischen Union wurde mit der Richtlinie 2002/22/EG die Notrufnummer 112 in allen Mitgliedsländern verbindlich eingeführt (vgl. BMVIT 2017). Diese Nummer ist sowohl aus dem Festnetz als auch über das Mobiltelefon kostenlos erreichbar. Im Rahmen der sogenannten Universalrichtlinie konnten die Staaten der EU dabei selbst entscheiden, ob der neue Euro-Notruf die anderen Notrufnummern ersetzen oder ergänzen soll.

In Österreich werden Notrufe über 112 bundesweit von der nächstgelegenen Bezirkspolizeistelle abgewickelt (vgl. Hansak & Weinberger 2010: 23). Dies wird von vielen Expertinnen und Experten kritisch gesehen: Eine qualitative Überprüfung der Bezirksleitstellen der

Polizei durch den österreichischen Rechnungshof im Jahre 2010 brachte teils erschreckende Ergebnisse zutage. Der Polizei fehlt es nicht nur an einer zeitgemäßen technischen Infrastruktur, sondern auch an ausreichend ausgebildetem Personal (vgl. Wammerl 2012). Das wiederum könne laut Rettungsleitstellen zu unnötigen Verzögerungen bei Notfalleinsätzen führen, da die Polizeibeamtin bzw. der Polizeibeamte im Stille-Post-Prinzip die Angaben der Notfallmelderin bzw. des Notfallmelders weiterleitet. Dabei gehen Zeit und teilweise auch Informationen verloren (vgl. Notruf Niederösterreich 2017c). Beim Vorliegen eines medizinischen Notfalls soll daher die nationale Notrufnummer 144 gewählt werden. Diese ist stets ohne Vorwahl zu erreichen und verbindet die/den Anrufer/in mit einer Notrufexpertin bzw. einem Notrufexperten der nächsten Rettungsleitstelle.

Das Leitstellenpersonal galt lange Zeit als das schwächste Glied der professionellen Rettungskette. Dafür zeichneten vor allem eine fehlende Ausbildung, eine unklare Rolle im Einsatzgeschehen und uneinheitliche Abfrageschemata bei der Abwicklung von Notrufen verantwortlich (vgl. Clawson 1988: 119f.). Die Alarmierung der Rettungsmittel hing somit maßgeblich vom Meldebild und der Kooperation der Anruferinnen und Anrufer sowie von der subjektiven Einschätzung der Disponentin bzw. des Disponenten ab (vgl. Kappus 2010: 790). Da es keine vorgegebenen Fragen gab, wurden wichtige Informationen oft nicht genannt, was den Einsatz von zu wenigen bzw. ungeeigneten Rettungsmitteln nach sich ziehen konnte und mitunter auch rechtlich problematisch war.

Fehlentscheidungen in der Leitstelle haben nicht nur Auswirkungen auf die Leitstelle selbst, vor allem bereiten sie nachhaltige und meist nicht mehr nachträglich kompensierbare Probleme bei der Abwicklung der Einsatzlage. [...] Die verlorene Zeit ist nicht mehr einholbar, wichtige und vielleicht auch lebensrettende Maßnahmen sind aufgrund fehlender Geräte oder nicht ausreichenden Personals für die Lage nicht umsetzbar. Nachalarmierungen brauchen Zeit, die aber steht nicht zur Verfügung. (Praetz et al. 2015: 19)

Freie Abfragesysteme kommen in modernen und professionellen Rettungsleitstellen mit EDV-gestütztem Einsatzleitsystem daher nicht mehr zum Einsatz.

Hansak (2010b: 1200) erwähnt mit dem offenen und strengen Abfragesystem zwei weitere Typen von Schemata, die momentan in den Leitstellen verwendet werden. Bei erstem kann die/der Notrufexpertin/Notrufexperte die Reihenfolge der Fragen abändern und selbst entscheiden, welche Abfragefelder sie/er ausfüllen möchte. Strengen Abfrageschemata

liegt zumeist ein Protokoll<sup>22</sup> zugrunde, das die Fragen und die auszufüllenden Abfragefelder in einer bestimmten und unveränderlichen Reihenfolge vorgibt.

Da die von der Leitstelle zu treffende Entscheidung meist auf einer dünnen Informationsdecke der Notfallmeldung eines Laien basiert, setzten sich im Rettungsdienst in den letzten Jahren vor allem strenge Abfragesysteme durch. Ein strukturiertes und standardisiertes Abfrageschema ermöglicht, dass „[u]nabhängig von der subjektiven Einschätzung des jeweiligen Disponenten ein gleiches Meldebild immer zum gleichen Dispositionsergebnis [führt]“ (Kappus 2010: 790) und gleichzeitig Rechtssicherheit geschaffen wird. Auf diese Weise kann die Leitstelle ihrer Schlüsselrolle in der präklinischen Notfallmedizin gerecht werden (vgl. Münster 2015: 22). Schließlich steht und fällt der anlaufende Einsatz mit der Qualität der Erhebung und Erfassung eines Notfalls (vgl. Hansak 2010b: 1201). Aus diesen Beweggründen heraus wurde in Österreich in vielen Leitstellen das sogenannte Advanced Medical Priority Dispatch System™-Protokoll eingeführt (vgl. Kappus 2010: 794), auf dessen Aufbau und Struktur Kapitel 5.3.1. nun eingeht.

### **5.3.1. Advanced Medical Priority Dispatch System™**

Das Advanced Medical Priority Dispatch System™, kurz auch als AMPDS™ bezeichnet, wurde vom amerikanischen Notfallmediziner Jeff Clawson entwickelt, der maßgeblich an der landes- und weltweiten Professionalisierung von Disponentinnen und Disponenten beteiligt war (vgl. Cady 2017). Er prägte wie kein anderer den Begriff des Emergency Medical Dispatcher (EMD)<sup>23</sup>, der dank einer umfangreichen Ausbildung und der Verwendung standardisierter Abfrageprotokolle zu einer/einem unentbehrlichen Vorkämpfer/in des Rettungsdienstes wurde (vgl. Clawson et al. 2009: 1.2). Mit dem AMPDS™-Protokoll steht der/dem EMD ein verlässliches Werkzeug für die medizinische Notrufabfrage zur Verfügung, das strikt befolgt werden muss. Eigene Abänderungen des Fragenprotokolls sind nicht erlaubt. Vorschläge dürfen jedoch eingebracht werden (vgl. Kappus 2010: 791).

Die Übersetzung der englischen Originalprotokolle in die jeweiligen Landessprachen wird von eigenen International Standards Committees (auch als Sprach- und Kulturausschüsse bezeichnet) angefertigt und kontrolliert (vgl. Novosad 2012: 8). Das Protokoll selbst kann in Kombination mit einer Software namens ProQA oder im Sinne einer Rückfallebene als

---

<sup>22</sup> Zur Unterscheidung zwischen leitlinienbasiertem und protokollbasiertem Abfrageschema siehe u.a. Hackstein (2015: 29).

<sup>23</sup> Notrufexpertinnen und Notrufexperten und Disponentinnen und Disponenten in den österreichischen Leitstellen mit AMPDS™ sind ausgebildete EMD.

Klappkartensystem genutzt werden. Die Verwendung erfordert eine intensive Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstelle, eine Zertifizierung des Leitstellenpersonals sowie in zweijährigem Abstand eine Rezertifizierung mit Fortbildungspflicht (vgl. Kappus 2010: 791). Nachfolgend sollen die Hauptbestandteile des AMPDS™ kurz skizziert werden (vgl. Kappus 2010: 791f.; Malzer 2009: 8ff.; Clawson et al. 2009: 3.1-3.44). Vorausgeschickt wird, dass die Bearbeitung eines Notrufs im Normalfall von zwei Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeitern erfolgt.

**Einstiegsfragen:** Jede Bearbeitung eines Notrufs beginnt mit denselben Einstiegsfragen nach

- Ort (Wo genau ist der Notfallort?) samt Verifizierung
- Rückrufnummer (Wie lautet Ihre Rückrufnummer?) samt Verifizierung
- Geschehen (Sagen Sie mir genau, was passiert ist?) zur Erhebung von Zeichen und Symptomen bzw. von Unfallmechaniken und Gefahrensituationen (führt zu einer Definition einer Hauptbeschwerde)

Bereits hier kann in dringenden Notfällen (z.B. Atemkreislaufstillstand) die Alarmierung der Rettungsmittel erfolgen.

Die Einstiegsfragen werden wie alle anderen Fragen wortwörtlich vom Computerbildschirm abgelesen. Die anschließende Frage ‚Sind Sie beim Patienten?‘ dient dazu, die Beschwerden der Patientin bzw. des Patienten zu verifizieren und erlaubt der Disponentin bzw. dem Disponenten, die Melderqualität zu bestimmen (vgl. Clawson et al. 2009: 3.8f.):

- Anrufer/in 1. Hand: das Notfallopfer
- Anrufer/in 2. Hand: Person, die in unmittelbarer Nähe der Patientin bzw. des Patienten ist
- Anrufer/in 3. Hand: Person, die keinen direkten Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten hat und daher nicht in ihrer/seiner unmittelbaren Nähe ist
- Anrufer/in 4. Hand: Weiterleitung eines Notfalls durch eine andere Behörde (z.B. Rettungsnotruf über 112)

Nachdem die/der Notrufexpertin/Notrufexperte die erhobenen Daten in die Software eingegeben hat, folgen weitere Fragen zu

- Anzahl der Patientinnen und Patienten
- Alter und Geschlecht
- Vitalfunktionen (Vorhandensein von Bewusstsein und Atmung)

Sollte sich zu diesem Zeitpunkt noch kein lebensbedrohliches Meldebild ergeben haben, werden nun die Schlüsselfragen zur Hauptbeschwerde, die in den Einstiegsfragen in Erfahrung gebracht wurde, gestellt. Dafür sieht AMPDS™ 33 Hauptbeschwerdeprotokolle vor:

**Tab. 5: AMPDS™-Hauptbeschwerdeprotokolle (AMPDS™ V13 EUG-std.) (Novosad 2017)**

<b>Hauptbeschwerdeprotokolle</b>	
1. Bauchschmerzen, -beschwerden	17. Sturz/ Absturz
2. Allergie (Überreaktion)/ Kontakt mit giftigen Tieren (Stiche, Bisse)	18. Kopfschmerzen
3. Tierbiss/ Tierangriff	19. Herzbeschwerden/ implantierter Defibrillator
4. Körperverletzung/ Sexualdelikt/ Elektroschocker	20. Hitze-, Kälteprobleme
5. Rückenschmerzen (nichttraumatische Rückenschmerzen oder ältere Verletzung)	21. Blutung/ Wunden
6. Atembeschwerden	22. Unzugängliche/ verschüttete/ eingeklemmte/ eingeschlossene Personen (nicht verkehrsbedingt)
7. Verbrennungen (Verbrühungen)/ Explosion (Detonation)	23. Überdosis/ Vergiftung (Einnahme)
8. Kohlenmonoxid/ Inhalation/ Gefahrgutunfall/ CBRN	24. Schwangerschaft/ Geburt/ Fehlgeburt
9. Kreislauf-, Atemstillstand/ Tote Person	25. Psychiatrie/ abnormales Verhalten/ Suizidversuch
10. Brustschmerzen/ andere Beschwerden in der Brust (nichttraumatisch)	26. Kranke Person (spezielle Krankheitsbilder)
11. Atemwegsverlegung (durch Fremdkörper)	27. Stich-, Schuss-, Pfählungsverletzung
12. Krampfanfall	28. Schlaganfall/ transitorisch ischämische Attacke (TIA)
13. Blutzuckerentgleisungen	29. Verkehrsunfälle
14. Ertrinken/ Beinahe-Ertrinken/ Kopfsprung/ Gerätetauchunfall	30. Verletzungen
15. Stromunfall/ Blitzschlag	31. Bewusstlosigkeit/ Ohnmacht (beinahe)
16. Augenprobleme/ Verletzungen	32. Unklares Geschehen (Person in Notlage)
33. Anforderung von Rettungsmitteln durch Versorgungseinrichtungen	

- **Schlüsselfragen:** Die im Protokoll vorgesehenen Schlüsselfragen helfen bei der Differenzierung des Patientenzustandes gemäß der angegebenen Hauptbeschwerden und

geben Aufschluss über die Sicherheit am Einsatzort und den Bedarf zur Alarmierung anderer Blaulichteinrichtungen (vgl. Tschiesche 2006).

Nach spätestens sieben Fragen und einer optimalen Zeitdauer von 60 bis 90 Sekunden (vgl. Clawson et al. 2009: 1.3, 1.26) ergibt sich ein Einsatzcode (Beispiel siehe Tab. 6), der aus der Nummer der erhobenen Hauptbeschwerde, der medizinischen Dringlichkeitsstufe (A-E, wobei E die höchste Priorität anzeigt) und sogenannten Detailbeschreibungen besteht, die eine genauere Differenzierung der Einsatzgründe erlaubt. Die symptomorientierte Ausrichtung der Einsatzcodes verhindert dabei eine vorschnelle Zuschreibung einer Diagnose (vgl. Clawson 1988: 126).

**Tab. 6: Beispiel eines Einsatzcodes mit Erklärungen (AMPDS™ V13 EUG-std.)**

RD-31	A	2
Hauptbeschwerde	Dringlichkeitsstufe	Detailbeschreibung
= Ohnmachtsanfall- Ansprechbar <35 (mit bekanntem Herzleiden)		

Nun kann der Einsatz zur Disposition freigegeben werden. Für jeden Einsatzcode ist im System eine an die Region angepasste Ausrückordnung (siehe Tab. 7) hinterlegt, die bestimmt, welche/r Fahrzeugtyp/en ausrückt bzw. ausrücken (vgl. Hansak 2010b: 1201). Die/Der Disponent/in hat die Möglichkeit, den Fahrzeugtyp aufzuwerten und z.B. die Alarmierung eines NAW statt eines RTW zu veranlassen. Eine Abstufung ist nicht möglich (vgl. Kappus 2010: 792). Innerhalb der Ausrückordnung wird in manchen Leitstellen noch zwischen verschiedenen Einsatzkategorien unterschieden (vgl. Notruf Niederösterreich 2017d). Gemäß der Ausführungen in Kapitel 4.1.5. entspricht

- der **Auftrag** dem Sanitätseinsatz
- der **Einsatz** dem Rettungseinsatz
- und die Abkürzung **Notarzt** dem Notarzteinsatz

**Tab. 7: Beispiele für Ausrückordnungen** (Protokollversion unbekannt) (Malzer 2009: 9)

Code	Hauptbeschwerde	Unterteilung	Wien	Österreich (z.B.)
26-A-1	kranke Person	keine Notfall- Leitsymptome	141/KTW	Prakt. Arzt
28-C-3	Schlaganfall	Bewegungs- /Sprachstörung	RTW	NAW
10-C-4	Brustschmerzen	> 35 Jahre	NEF + RTW	NEF + RTW
9-E-2	Kreislaufstillstand	Schnappatmung	NEF + RTW // NAW + FR	NAW/ NAH + Prakt. Arzt

Nachdem die/der Disponent/in die Fahrzeugressourcen freigegeben hat, erfolgt die Alarmierung der Rettungskräfte. Die/Der Notrufexpertin/Notrufexperte gibt der/dem Notfallmelder/in nun wichtige Hinweise und Anweisungen, die den Rettungskräften das Auffinden des Notfallortes erleichtern sollen (vgl. Tschiesche 2006). Im Zuge dessen werden zusätzlich auch **Anleitungen zu lebensrettenden Sofortmaßnahmen** (Überprüfung der Atmung, kardiopulmonare Reanimation, Heimlich-Manöver, Blutstillung, geburtshilfliche Unterstützung) durchgeführt (vgl. Clawson 1988: 123). Die/Der Notrufexpertin/Notrufexperte kann damit den Ausgang eines Einsatzes maßgeblich beeinflussen und das therapiefreie Intervall stark verkürzen (vgl. Clawson et al. 2009: 1.3), sodass zumindest die Telefonreanimation in vielen Leitstellen schon zum Standard gehört (vgl. Münster 2015: 22).

Bei instabilen Patientinnen und Patienten bleibt die/der Notrufexpertin/Notrufexperte bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Telefon. In allen anderen Fällen endet das Gespräch nach dem Hinweis, dass sich die/der Anrufer/in bei einer Verschlechterung des Patientenzustands sofort wieder melden soll (vgl. Malzer 2009: 10).

Der weltweite Erfolg des AMPDS™-Protokolls hat zahlreiche Fehlvorstellungen (vgl. Clawson et al. 2009: 1.11) entkräftet, wonach

- Anruferinnen und Anrufer zu aufgeregt wären, um präzise Antworten zu geben.
- Anruferinnen und Anrufer die notwendigen Informationen nicht kennen.
- das Leitstellenpersonal zu wenig Zeit hat, um nach einem standardisierten Schema vorzugehen.
- medizinisches Wissen für eine/n Leitstellenmitarbeiter/in nicht wichtig ist.
- telefonische Anleitungen zu Sofortmaßnahmen keinen Sinn machen.

- mehr Rettungsfahrzeuge am Notfallort stets besser sind.
- immer mit der höchsten Dringlichkeitsstufe zu reagieren ist.

Der/Dem Leitstellenmitarbeiter/in kommt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle zu, da trotz standardisierter Notrufabfrage das System an seine Grenzen stößt, wenn die reale Situation nicht mit dem Meldebild der Anruferin bzw. des Anrufers übereinstimmt (vgl. Kapus 2010: 794). Daher

[muss] der Disponent zwingend die Gesprächsführung übernehmen und dem Anrufer die für den Einsatzerfolg wichtigen Informationen entlocken. [...] Der Anrufer, der statistisch gesehen nur einmal im Leben einen Notruf absetzt, wird nur schwer unterscheiden können, was für die Leitstelle und den Einsatzerfolg von großer Wichtigkeit ist und was nicht. [...] (Christophersen 2015: 80)

Durch das zusätzliche Anleiten der Notfallmelder/in bzw. des Notfallmelders zum Setzen von Sofortmaßnahmen wird die Leitstelle zu „einem festen Bestandteil der Patientenversorgung bis hin zum Eintreffen des Rettungsdienstes.“ (Christophersen 2015: 80)

## 5.4. Der Rettungsdienst

Mit der Alarmierung des Rettungsdienstes per Pager, Mobiltelefon, App oder Funk (vgl. Gorgaß et al. <sup>8</sup>2007: 107; Notruf Niederösterreich 2017e) erhalten Sanitäterinnen und Sanitäter bzw. Notärztinnen und Notärzte über den Einsatzcode und das Abfrageschema erste Informationen über die Vitalfunktionen und die Hauptbeschwerde der Patientin bzw. des Patienten. Um der Disponentin bzw. dem Disponenten die Einsatzsteuerung zu vereinfachen, werden über das Funksystem des Rettungsdienstfahrzeugs sogenannte Statusmeldungen abgegeben (vgl. Hansak 2010b: 1204). Sie geben Auskunft über den Verlauf des Einsatzes und machen ersichtlich,

- ob die Alarmierung empfangen wurde (Quittierung).
- das Rettungsmittel bereits auf Anfahrt zum Notfallort ist (zum Berufungsort).
- die Rettungskräfte am Notfallort eingetroffen sind (am Berufungsort).
- der Transport in ein geeignetes Krankenhaus begonnen hat (zum Zielort).
- das Rettungsfahrzeug im Krankenhaus angekommen ist (am Zielort).
- das Rettungsmittel für neue Einsätze zur Verfügung steht (Einsatzbereit).

Auf dem Weg zum Berufungsort werden im Team Absprachen über etwaige Gerätschaften getroffen, die zum Notfallort mitgenommen werden, und eine erste Aufgabeneinteilung vorgenommen. Die/Der Fahrer/in des Rettungsfahrzeugs hat dabei auf die Anweisungen der Sanitätstransportführer bzw. des Sanitätstransportführers zu achten, der bei Abwesenheit eines Notarztes die medizinische Leitung des Einsatzes inne hat (vgl. ÖRK 2014a: I11). Am Berufungsort angekommen läuft der Einsatz ähnlich wie bei der Leitstelle nach einem stark standardisiertem Schema ab, das alle Sanitäterinnen und Sanitäter in ihrer Ausbildung (teils in leicht abgeänderter Form) in Theorie und Praxis verinnerlicht haben und auch den Notärztinnen und Notärzten bekannt ist.

#### **5.4.1. Strukturiertes Vorgehen im Einsatz nach ABCDE**

Bevor mit der Beurteilung des Patientenzustands begonnen werden kann, muss zunächst die Sicherheit der Rettungskräfte gewährleistet sein (vgl. Meyer 2014: 44). Gibt es keine Sicherheitsbedenken, kann die Kontaktaufnahme mit der Patientin bzw. dem Patienten erfolgen.

Zu Beginn des Einsatzes wird jede/r Patient/in (auch bei Vorliegen einer Bewusstlosigkeit) begrüßt und das Team vorgestellt. Dies trägt deutlich zur Beruhigung der Situation bei und stellt den Beginn der psychischen Betreuung dar, die bis zur Übergabe im Krankenhaus kontinuierlich weiterzuführen ist (vgl. Schnelle 2015: 65). Zum gleichen Zeitpunkt kann bereits eine erste Diagnostik durchgeführt werden, bei der etwa die Auffindesituation, das Alter und Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten sowie ihr/sein Allgemeinzustand erste Erkenntnisse liefern. Es folgt eine kurze Anamnese, um den Notrufgrund und die Hauptbeschwerde (Leitsymptom) zu verifizieren, die im Einsatzcode mitgeschickt wurde. Bei nicht wachen Patientinnen und Patienten ist eine kurze Bewusstseinskontrolle durchzuführen, die entweder nach dem bekannten AVPU-Schema oder dem Shake-and-Shout-Prinzip verläuft. Bei beiden Vorgangsweisen wird überprüft, ob die/der Patient/in wach ist (**A**lert), auf Ansprache reagiert (**V**oice), (Schmerz)reize wahrnimmt (**P**ain) oder ohne Bewusstsein ist (**U**nresponsive).

Im Anschluss an die Bewusstseinskontrolle müssen die Vitalfunktionen Atmung, Bewusstsein und Kreislauf überprüft werden. Dazu wurde in den 1950er Jahren durch den österreichisch-amerikanischen Anästhesisten Peter Safar das ABC-Schema entwickelt, das 1978 durch den amerikanischen Chirurgen und Orthopäden James Styner um zwei Buchstaben (D und E) erweitert wurde (vgl. Semmel 2014: 30). Verwendung im deutschsprachigen Raum fand das ABCDE-Schema ab den 1990er Jahren (vgl. Jänig & Schwietring 2014: 51), bis es

schlussendlich vor sechs Jahren von sämtlichen Rettungsorganisationen in Österreich aufgegriffen wurde und Eingang in die Ausbildung fand.

Das Schema orientiert sich an dem Leitsatz „Treat first what kills first“ (Jänig 2014: ebd.) und kann als ein prioritäten- und beurteilungsbasierter Ansatz gesehen werden, um zügig „lebensbedrohliche Zustände und Differenzialdiagnosen zu erkennen und ein breites Spektrum von medizinischen Notfällen effektiv zu versorgen.“ (NAEMT 2013: 1) Je nach Patientenzustand können dabei bestimmte Gesichtspunkte des Schemas vorgereiht werden. Die Beurteilung einer Patientin bzw. eines Patienten nach ABCDE ist demnach als ein dynamischer und anpassungsfähiger Prozess zu betrachten (vgl. NAEMT 2013: 4). Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, wird das Schema jedoch nur in alphabetischer Reihenfolge dargestellt und die einzelnen Untersuchungsschritte am Ende der Ausführung tabellarisch zusammengefasst (siehe Tab. 8).

Die Beurteilung von A (= Airway/Atemwege), B (= Breathing/Atmung) und C (= Circulation/Kreislauf) findet im sogenannten Primary Survey statt. Ziel des Primary Survey ist es, in wenigen Sekunden lebensbedrohliche Störungen zu erkennen und dementsprechend zu handeln (vgl. NAEMT 2013: 18). Bei Vorliegen eines Problems wird die/der Patient/in als kritisch eingestuft, was in Österreich bei Abwesenheit einer Notärztin bzw. eines Notarztes die Nachforderung derselben bzw. desselben nach sich ziehen muss (vgl. ÖRK 2014a: A18). Im Normalfall erfolgt der Primary Survey ohne apparative Diagnostik durch Sehen, Hören und Fühlen (vgl. Schnelle 2015: 67). Der Erstuntersuchung schließen sich entsprechende Sofort- und Basismaßnahmen an, die vor allem die Lagerung, die Gabe von Sauerstoff, den Wärmeerhalt sowie die lebensrettenden Sofortmaßnahmen (Freimachen und Freihalten der Atemwege, Reanimation, stabile Seitenlage und Blutstillung) umfassen. Nach jeder gesetzten Maßnahme wird der Patientenzustand reevaluiert, dokumentiert und das Schema von neuem durchlaufen (vgl. Meyer 2014: 43).

Sofern keine triftigen Gründe vorliegen (z.B. ein traumatisches Geschehen), erhalten die Buchstaben D (= Disability) und E (= Exposure) erst im zweiten länger andauernden Untersuchungsgang größere Relevanz. Der Secondary Survey „beinhaltet neben einer Reevaluation der initialen Maßnahmen die gründlichere Untersuchung des Patienten („Bodycheck“) sowie eine weitere Anamneseerhebung und Ursachenforschung.“ (Jänig & Schwierting 2015: 56) Nun kommen auch die unterschiedlichen Gerätschaften (Pulsoxymeter, Blutdruckmanschette, Temperatursonden, EKG etc.) an die Patientin bzw. den Patienten.

Unter dem Buchstaben ‚D‘ wird der neurologische Status der Patientin bzw. des Patienten anhand von Skalen erhoben, die Hirn- und Nervenfunktionen überprüft und etwaige

Defizite vermerkt. Mehrere Male muss die/der Patient/in dabei mit den Rettungskräften verbal in Aktion treten.

Der Buchstabe ‚E‘ bezeichnet Maßnahmen, die keinem bestimmten Organsystem zugeordnet werden können, aber dennoch essentiell für die adäquate Versorgung von Patientinnen und Patienten sind. Jänig und Schwietring (2014: 56) führen in diesem Zusammenhang die Begriffe „Environment“, „Exposure“ und „Evaluation“ an. Ersterer bezieht sich auf die Untersuchung der Begleitumstände des Notfalls (z.B. Kräfteeinwirkung bei einem Verkehrsunfall). Zweiterer Begriff deutet darauf hin, dass die/der Patient/in im Rahmen einer gründlichen körperlichen Untersuchung vollständig entkleidet sein sollte. Mit „Evaluation“ ist nicht zuletzt die ständige Neubeurteilung des Patientenzustandes während des gesamten Einsatzes gemeint. Auf die körperliche Untersuchung folgt eine ausführliche Anamnese, die dem SAMPLE(R)-Schema folgt (vgl. ÖRK 2014a: A18). SAMPLE(R) steht für

- Symptome/ Schmerzen – Welche Symptome gibt die/der Patient/in an?
- Allergien – Sind Allergien bekannt?
- Medikamente – Welche Medikamente nimmt die/der Patient/in regelmäßig ein?
- Patientengeschichte – Welche Vorerkrankungen hat die/der Patient/in? Gab es in der Vergangenheit größere Operationen?
- Letzte Nahrungsaufnahme bzw. Letzter Krankenhausaufenthalt – Wann hat die/der Patient/in zuletzt etwas gegessen? Wann war die/der Patient/in zuletzt im Krankenhaus?
- Ereignis – Was hat die/der Patient/in vor dem Ereignis (= Notfall) gemacht?
- Risikofaktoren – Sind Risikofaktoren (z.B. Rauchen) vorhanden?

Die Beurteilung von Schmerzen kann nach dem OPQRST-Schema erfolgen, das den Beginn (**O**nset), die Linderung/Verstärkung (**P**alliation, **P**rovocation), den Charakter (**Q**uality), den Ort bzw. die Ausstrahlung (**R**egion, **R**adiation), die Stärke (**S**everity) und die zeitliche Dauer (**T**ime) beschreibt (vgl. NAEMT 2013: 24). Auch dazu ist eine Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten erforderlich.

Nach Durchführung der Anamnese und dem Abschluss des Secondary Survey sind der Befund des Primary Survey zu reevaluiert (kritisch/nicht kritisch) und therapeutische Maßnahmen gegebenenfalls anzupassen (vgl. ÖRK 2014a: A18). Es folgt die Herstellung der Transportfähigkeit: „Der Patient ist transportfähig, wenn die Lebensfunktionen vorhanden

sind, der Patient keine starke Blutung und keine starke Schmerzen hat.“ (ÖRK 2014a: I10) Je nach Krankheitsbild kann der Transport in ein geeignetes Krankenhaus entweder liegend oder sitzend erfolgen. Im Krankenhaus erfolgt die Übergabe an das weiterversorgende Team im Idealfall anhand des ABCDE-Schemas.

Zur Befragung und Beurteilung von Patientinnen und Patienten spielt die sogenannte therapeutische Kommunikation eine wichtige Rolle. Darunter versteht man einen „Kommunikationsprozess, in dem das medizinische Personal wirksame Kommunikationsgrundsätze anwendet, um Informationen über den Patienten und seinen Zustand zu erhalten [...].“ (NAEMT 2013: 2) Eng damit verbunden sind die sogenannten *vier E* (vgl. NAEMT 2013: 5f.):

- **Engagement:** Der Begriff Engagement bezieht sich auf das Verhältnis zwischen Rettungskräften und Patientinnen bzw. Patienten, das harmonisch und ehrlich aufgebaut sein sollte.
- **Empathie:** Empathisches Handeln bezeichnet die aufrichtige Identifikation des medizinischen Personals mit der/dem Patient/in.
- **Edukation:** Im Rahmen der Edukation erklären die medizinischen Fachkräfte der Patientin bzw. dem Patienten in einfachen Worten, was gerade passiert und was als nächstes geschehen wird.
- **Einbeziehung:** Einbeziehung bedeutet, der Patientin bzw. dem Patienten wieder die Entscheidungsgewalt über ihr/sein Leben zurückzugeben. Die/Der Patient/in wird aufgeklärt und vor der Durchführung von Maßnahmen um ihre/seine Erlaubnis gebeten.

Dem kommunikativen Aspekt wird im strukturierten Beurteilungsprozess somit nachweislich eine große Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf eines Einsatzes zugewiesen. Dies erscheint angebracht, besteht doch bei Krankheit und Not ein starkes Kommunikationsbedürfnis (vgl. ÖRK 2015a: A5) und neben der medizinischen Behandlung auch die Notwendigkeit einer psychischen Betreuung (siehe dazu auch Kapitel 6.1.).

**Tab. 8: Das ABCDE-Schema im Überblick** (vgl. ÖRK 2014a: A17-A20; Jänig & Schwietring 2015: 50-59; Schnelle 2015: 65-71)

<b>Buchstabe</b>	<b>Untersuchung</b>
<b>A (= Airway)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freimachen und Freihalten der Atemwege</li> <li>• Anlegen einer Halswirbelsäulen (HWS)-Schiene bei traumatischen Notfällen</li> </ul>
<b>B (= Breathing)</b>	<p>Sehen-Hören-Fühlen</p> <p>Beurteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Atmung</li> <li>• der Atemfrequenz</li> <li>• der Atemtiefe</li> <li>• der Atemgeräusche</li> </ul>
<b>C (= Circulation)</b>	<p>etwaige Blutungen stillen</p> <p>Beurteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des Pulses (Radialis- und Karotispuls)</li> <li>• der Haut (Kolorit, Temperatur, Feuchtigkeit)</li> <li>• der Rekapillierungszeit (auch Fingernagelprobe genannt) zur Feststellung der peripheren Durchblutungssituation</li> <li>• ggfs. des EKGs</li> </ul>
<b>Entscheidung: kritische/r oder nicht kritische/r Patient/in?</b>	
<b>D (= Disability)</b>	<p>Beurteilung des neurologischen Status anhand</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Glasgow Coma Scale (GCS)</li> <li>• der Pupillen</li> <li>• des Blutzuckers</li> <li>• der Hirnnervenfunktionen</li> <li>• der peripheren Nervenfunktion (Motorik, Sensibilität, Kraft)</li> <li>• der höheren Hirnfunktionen (Orientierung zur Person, Ort, Zeit)</li> </ul>
<b>E (= Exposure)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entkleidung</li> <li>• Wärmeerhalt</li> <li>• körperliche Untersuchung von Kopf bis Fuß</li> <li>• Anamnese nach SAMPLE(R) und OPQRST</li> </ul>
<b>Reevaluierung des Primary Survey und ggf. Anpassung der therapeutischen Maßnahmen</b>	

## **5.5. Zusammenfassung**

Notfälle sind „Extremsituation[en] par excellence“ (Hannich <sup>2</sup>2004: 2). Um sie bewältigen zu können, bedarf es einer tadellos funktionierenden Rettungskette, innerhalb derer sowohl Laien als auch Profis ihren Beitrag leisten müssen. Mit einer strukturierten Vorgehensweise und der Verwendung von Abfrageprotokollen bzw. Beurteilungs- und Behandlungsschemata kann eine gleichbleibende Qualität für die Versorgung und Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sichergestellt werden, die sich nicht nur auf die medizinische, sondern auch auf die psychologische Komponente stützt. Das nun folgende Kapitel widmet sich der Abwicklung von Notfällen mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten und zeigt mögliche Schwierigkeiten auf, die zum Teil die genannten Probleme aus Kapitel 2 ansprechen.

## **6. Herausforderungen bei fremdsprachigen Notfallopfern**

Wie aus Kapitel 5 ersichtlich wurde, ist das Ziel eines strukturierten Vorgehens in der Leitstelle bzw. im Rettungsdienst die standardisierte Behandlung von Patientinnen und Patienten. Ähnliche bzw. gleiche Krankheits- oder Verletzungsmuster sollen stets identisch versorgt werden. Daraus folgt, dass jede/r Patient/in gemäß dem Gleichheitsgrundsatz ein Recht auf eine fach- und zeitgerechte Versorgung hat (vgl. Kappus 2010: 789). Die Gewährleistung dieser stellt bei fremdsprachigen Notfallopfern eine große Herausforderung dar. Kann nicht über eine gemeinsame Sprache kommuniziert werden, ergeben sich zwangsläufig Probleme unterschiedlicher Natur, die nun mit dem Fokus auf die Tätigkeit des Rettungsdienstes vor Ort diskutiert werden.

### **6.1. Kommunikative und psychologische Aspekte**

Wählt ein/e fremdsprachige/r Anrufer/in den Notruf, ist die/der Mitarbeiter/in in der Leitstelle zunächst mit der Aufgabe konfrontiert, die Sprache der Notfallmelderin bzw. des Notfallmelters zu identifizieren. Bevor sie/er dies tut, wird in der Regel versucht, die Protokolle auf Englisch abzufragen (vgl. EENA 2012: 8). Dies mag in manchen Fällen funktionieren, in anderen wiederum nicht. Ist die Abfrage in einer gemeinsamen Sprache nicht möglich, muss als nächster Schritt die Sprache der Anruferin bzw. des Anrufers festgestellt werden. Wie in Kapitel 3.3. bereits festgestellt wurde, kann zur Sprachenidentifikation entweder auf eine spezielle Software zurückgegriffen werden, ein externer (Dolmetsch)dienst kontaktiert werden oder eine spezielle phonologische Ausbildung des Leitstellenpersonals erfolgen (vgl. EENA 2012: 15f.). Wurde die Sprache erkannt, stellt sich die Frage, ob das Abfrageprotokoll in der gewünschten Sprache zur Verfügung steht und sprachkundige und zertifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Leitstelle vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall und ist auch die Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers nicht möglich, bleibt die Kommunikationsbarriere bestehen. Bei Personen mit Migrationshintergrund, die sich bereits länger in Österreich aufhalten und rudimentäre Sprachkenntnisse aufweisen, kann zwar erwartet werden, dass sie auf einfache Fragen (z.B. Wo ist der Notfallort? Ist die/der Patient/in wach? Atmet die/der Patient/in?) antworten können, die Bitte zur Beschreibung der Hauptbeschwerde lässt die eigene Sprachkompetenz jedoch mitunter an ihre Grenzen stoßen.

Bei Touristinnen und Touristen, denen die Landessprache gänzlich unbekannt ist, kommt hinzu, dass diese normalerweise auch nicht in der Lage sind, ihren Aufenthaltsort an-

zugeben. Abhilfe schaffen hierbei Ortungssysteme der Leitstellen, die je nach Informationsquelle die geographische Position einer Anruferin bzw. eines Anrufers mehr oder weniger genau bestimmen können (vgl. Notruf Niederösterreich 2017f). Bei der Suche nach dem genauen Aufenthaltsort der Patientin bzw. des Patienten können demnach wertvolle Sekunden vergehen.

AMPDS™ sieht in Fällen, in denen eine sprachliche Verständigung mit der Anruferin bzw. dem Anrufer nicht möglich ist, die Verwendung des Hauptbeschwerdeprotokolls Nr. 32 *Unklares Geschehen (hilflose Person)* vor. Unter dem Einsatzcode RD-32B4, der als Einsatz geführt wird und daher die Alarmierung eines RTW nach sich zieht, erhalten die Einsatzkräfte die Info *Fremdsprachiger Anrufer wurde nicht verstanden* (vgl. Notruf Niederösterreich 2017g).

Fehlende oder unvollständige Informationen können dazu führen, dass keine passenden Anweisungen durch das Leitstellenpersonal gegeben bzw. verstanden werden und die Rettungskräfte vor Ort eine gänzlich andere Situation vorfinden können. Bei lebensbedrohlichen Notfällen kann unter Umständen unverzüglich die Nachforderung eines höherwertigen Rettungsmittels (z.B. NAW/NEF) erforderlich sein (vgl. Clawson 1988: 1.22). Wiederum verstreichen kostbare Minuten, die gerade bei zeitkritischen Patientinnen und Patienten schwere Folgen haben können.

Auch die Arbeit der Sanitäterinnen und Sanitäter bzw. Notärztinnen und Notärzte wird durch Kommunikationsbarrieren erschwert. Während der Primary Survey (ABC) und die damit verbundene Suche nach lebensbedrohlichen Störungen keine Interaktion mit der Patientin bzw. dem Patienten erfordert<sup>24</sup>, ist die sprachliche Verständigung vor allem bei der Erhebung des neurologischen Status (D) und der Anamnese (E) unumgänglich. Auffälligkeiten in der Sprachproduktion, die z.B. im Rahmen eines Schlaganfalls beeinträchtigt sein könnte, fallen mitunter nicht auf, da das normale Sprachmuster nicht bekannt ist und auch die Angehörigen nicht als Informationsquelle herangezogen werden können. Darüber hinaus erhalten die Rettungskräfte keine Informationen über Allergien, eingenommene Medikamente, Vorerkrankungen oder die letzte Nahrungsaufnahme. Die Verabreichung eines Medikaments, auf dessen Inhaltsstoffe die/der Patient/in allergisch reagiert bzw. die Kombination von Medikamenten mit Arzneimitteln, die von der Patientin bzw. vom Patienten bereits eingenommen werden, könnten zusätzlichen Schaden anrichten. Das Vorliegen von chronischen Vorerkrankungen

---

<sup>24</sup> Die Beurteilung des Patientenzustandes nach ABC ist sowohl bei bewusstlosen als auch bei wachen Patientinnen und Patienten problemlos möglich.

gibt den Rettungskräften zusätzliche Informationen und kann nicht zuletzt auch Grund für die aktuellen Beschwerden der Patientin bzw. des Patienten sein.

Um fremdsprachige Patientinnen und Patienten dennoch bestmöglich versorgen zu können, greifen Rettungsdienstorganisationen auf unterschiedliche Hilfsmittel zurück. Koppelstätter (2016: 73-95) geht in ihrer Masterarbeit umfassend auf die im Rettungsdienst genutzten Übersetzungs- und Dolmetschhilfen (Übersetzungskatalog des ÖRK, medTranslate des steirischen Roten Kreuzes, Google Translate) ein. Zusammenfassend stellt sie fest, dass unabhängig vom eingesetzten Hilfsmittel stets nur das Notwendigste herausgefunden werden kann und das Erheben genauerer Informationen in der Regel nicht möglich ist (vgl. Koppelstätter 2016: 88). Von einer idealen Lösung kann daher nicht gesprochen werden.

In den Kapitel 5.1. und 5.4.1. wurde festgehalten, dass in Notfallsituationen neben der medizinischen Behandlung auch die psychische Versorgung der Patientin bzw. des Patienten samt ihrer/seiner Angehörigen erfolgen muss. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstelle erreichen dies durch ein ruhiges und bestimmtes Auftreten, das Sicherheit vermittelt (vgl. Sudowe 2015: 26). Vor Ort soll durch offene Fragen dem Redebedürfnis der Notfallopfer Rechnung getragen werden (vgl. Redelsteiner <sup>2</sup>2011a: 181) und durch Begrüßung, Vorstellung und ein echtes Gesprächsinteresse ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut werden (vgl. Redelsteiner <sup>2</sup>2011a: 185). Dazu gehört ebenso, dass das Personal der Patientin bzw. dem Patienten zu setzende Maßnahmen und deren Sinnhaftigkeit in Grundzügen erklärt (vgl. Herzog 2010: 1123) und im Rahmen der Einbeziehung (siehe Kapitel 5.4.1.) die/der Patient/in wieder Kontrolle über ihre/seine Situation übernimmt.

Kann mit der Patientin bzw. dem Patienten und ihren/seinen Angehörigen nicht kommuniziert werden, kann eine adäquate Psychische Erste Hilfe nicht erfolgen und die „mit dem Angsterleben einhergehenden physiologischen Stressreaktionen“ (Hannich <sup>2</sup>2004: 7) werden zusätzlich verstärkt. Da gesundheitliche Probleme zur Arbeitsunfähigkeit führen können, gehen Notfallsituationen bei Personen mit Migrationshintergrund zusätzlich mit Existenzängsten und einer ungewissen Zukunft einher (vgl. Erim & Möllering <sup>2</sup>2004: 176f.).

Lasogga & Gasch (<sup>2</sup>2011: 87) empfehlen, trotz Sprachproblemen die Kommunikation mit fremdsprachigen Notfallopfern und ihren/seinen Angehörigen fortzuführen. Ein besonderer Fokus sollte auf dem Einsatz non-verbaler und paraverbaler Kommunikationsstrategien liegen, um die Patientin bzw. den Patienten mit Mimik, Gestik und einem angepassten Tonfall beruhigen zu können. Ein ausreichendes Sicherheitsgefühl kann damit jedoch in den wenigsten Fällen vermittelt werden (vgl. vgl. Erim & Möllering <sup>2</sup>2004: 178). Dies kann in der Regel nur über die Muttersprache (siehe Kapitel 2.2.) erfolgen.

## 6.2. Rechtliche Aspekte

Kommunikationsbarrieren können bei fehlendem Bemühen, diese aufzuheben, auch zu rechtlichen Konsequenzen führen. Nachfolgend soll eine Auswahl von möglichen Problemen rechtlicher Natur gegeben werden, die sich auf die Arbeit von Sanitäterinnen und Sanitätern mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten bezieht<sup>25</sup>. Dafür wurde nach intensiver Recherche ein Telefongespräch mit Michael Halmich, dem Vorsitzenden der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (öGERN) geführt.

### Aufklärungspflicht

Gemäß §4 (Sorgfaltspflicht) und §7 (Auskunftspflicht) SanG haben Sanitäterinnen und Sanitäter die Patientin bzw. den Patienten bzw. Personen mit Vertretungsbefugnis vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme über die zu setzenden Schritte und ihre Folgen aufzuklären und sie/ihn zur Durchführung derselben um Erlaubnis zu bitten. Die Aufklärung muss dabei zwingend mündlich erfolgen (vgl. Stadler 2013: 2) und fällt je nach Dringlichkeit und dem Umfang der Maßnahme mehr oder weniger ausführlich aus (vgl. Leischner-Lenzhofer 2013: 5). Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten kann dabei von einer mutmaßlichen Einwilligung in alle indizierten und lege artis durchgeführten Maßnahmen ausgegangen werden (vgl. Hansak & Weinberger 2010: 4).

Ist die/der Patient/in wach, muss die Einsichts- und Urteilsfähigkeit festgestellt werden. Die/Der Patient/in muss die „Bedeutung und Tragweite einer konkreten Handlung erfassen und demgemäß eine Entscheidung treffen.“ (Leischner-Lenzhofer 2013: 3) Dazu muss die Aufklärung notwendigerweise in einer Sprache erfolgen, die die/der Patient/in versteht. Ohne Aufklärung kann die Einwilligung in eine Maßnahme nicht erfolgen.

Wird die Maßnahme zwar lege artis, aber ohne Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten durchgeführt, kann die/der Sanitäter/in strafrechtlich nach §110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung) belangt werden. Da es sich hierbei aber um ein sogenanntes Privatanklagedelikt handelt und die Staatsanwaltschaft nicht von sich aus tätig wird, spielt der oben angeführte Paragraph aufgrund des hohen Prozessrisikos eine relativ geringe Rolle.

---

<sup>25</sup> Für das Leitstellenpersonal und Notärztinnen und Notärzte gelten viele der angeführten Problemfelder ebenso.

## Sachverständigenhaftung gemäß §1299 ABGB/ Erfüllungsgehilfenhaftung gemäß §1313a ABGB

Alle Sanitäterinnen und Sanitäter werden im Falle eines Fehlerverhaltens und einer damit einhergehenden Schädigung einer Patientin bzw. eines Patienten an dem sogenannten objektiven Sorgfaltsmaßstab des §1299 ABGB gemessen. Als Sachverständige/r hat die/der Sanitäter/in die Pflicht, die Patientin bzw. den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln, und muss einen Mangel an Wissen selbst vertreten. Hinsichtlich der Behandlung einer fremdsprachigen Patientin bzw. eines fremdsprachigen Patienten kann der Sorgfaltsmaßstab zwar nicht so weit gehen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes alle Sprachen sprechen müssen, es müssen aber dennoch präventive Maßnahmen in ausreichendem Umfang getroffen werden. Bedient sich die/der Sanitäter/in eines Angehörigen zur Überbrückung der Kommunikationsbarriere, so wird die/der Angehörige gemäß §1313a ABGB zum Erfüllungsgehilfen des Rettungsdienstpersonals. Für etwaige Fehler in der Dolmetschung haftet dieser Bestimmung nach nicht die/der Angehörige, sondern die/der Sanitäter/in.<sup>26</sup> Ebenso wäre in diesem Zusammenhang die/der Leitstellenmitarbeiter/in für die Entsendung unangemessener Rettungsmitteln haftbar zu machen.<sup>27</sup>

## Verschwiegenheitspflicht

§6 SanG regelt die Verschwiegenheitspflicht der Sanitäterin bzw. des Sanitäters gegenüber der Patientin bzw. des Patienten. Sofern keiner der in §6 Abs. (2) angeführten Gründe vorliegt, sind Sanitäterinnen und Sanitäter „zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“ (SanG 2002) Soll bzw. muss ein/e Dolmetscher/in beigezogen werden, bedarf dies zum einen der Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten und zur Kommunikation mit demselben zum anderen der Entbindung der Sanitäterin bzw. des Sanitäters von der Schweigepflicht (vgl. Leischner-Lenzhofer 2013: 6). Auch gegenüber Angehörigen, die als Dolmetschende fungieren sollen, muss die/der Sanitäter/in von ihrer/seiner Schweigepflicht entbunden werden (vgl. Stadler 2013: 4f.). Es hängt demnach primär von der Patientin bzw. vom Patienten ab, ob der Einsatz einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers gewünscht ist.

---

<sup>26</sup> Zum Haftungsrecht siehe Hansak und Weinberger (2010: 8f.)

<sup>27</sup> Rechtssicherheit kann sich die/der Leitstellenmitarbeiter/in durch das Aussenden des Einsatzcodes RD-32B4 verschaffen. Sie/Er muss diese Entscheidung jedoch begründen und etwaige Bemühungen zur Überwindung der Sprachbarriere nachweisen können.

## Dokumentationspflicht

Grundsätzlich sind gemäß §5 SanG alle gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren. Dem Rettungsdienst stehen dafür ein sogenannter Transportbericht und ein Einsatzprotokoll, das meist nach dem ABCDE-Schema auszufüllen ist, zur Verfügung (vgl. ÖRK 2014a: C4). Letzteres enthält neben Vitalwerten und der Dokumentation sanitätsdienstlicher Maßnahmen auch freie Felder zur Dokumentation der Anamneseerhebung. Ist die Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten nicht möglich, kann auch die Dokumentation der Anamnese in der Regel nicht erfolgen. Dies ist insofern problematisch, da in der medizinischen Dokumentation der Grundsatz herrscht, dass alles, was nicht dokumentiert wurde, auch nicht geschehen ist (vgl. Redelsteiner 2011c: 37). Etwaige Kommunikationsbarrieren müssen daher unbedingt auf dem Einsatzprotokoll vermerkt werden.

Sollte die/der Patient/in eine Maßnahme bzw. den Transport in ein Krankenhaus verweigern, so ist auch dies im sogenannten Revers zu dokumentieren und die Verweigerung schriftlich von der Patientin bzw. dem Patienten zu unterzeichnen. Auch hier hat im Vorfeld eine mündliche Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten über die Konsequenzen ihrer/seiner Entscheidung zu erfolgen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes sowie die Organisationen aus rechtlicher Sicht sämtliche Möglichkeiten auszuschöpfen haben, um die adäquate Versorgung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können. Rein aus haftungsrechtlicher Perspektive bietet sich daher die Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern an.

### **6.3. Kulturelle Aspekte**

Patientinnen und Patienten unterschiedlicher ethnischer Herkunft

[haben] durch Jahrhunderte alte Traditionen eigene Umgangsformen mit Leid, Krankheit, Tod, Trauer, Heilung sowie Erwartungen an medizinische Praktiken entwickelt, die tief verinnerlicht sind. Dies kann Auswirkungen auf die Betreuung, die Kommunikation und Interaktion bei der notfallmedizinischen Versorgung haben. (Redelsteiner 2011a: 184)

Wie Pluntke (2014: 26) feststellt, dürfen in diesem Zusammenhang persönliche Eigenheiten nicht hinten angestellt werden. Das Individuum bleibt im Zentrum des Interesses der Behandlung. Es gelte jedoch fallspezifisch zu prüfen, ob und inwieweit kulturelle Differenzen bei der

Behandlung der Patientin bzw. des Patienten eine Rolle spielen. Dazu sei eine kultursensible Ausbildung des Rettungsdienstes erforderlich, die momentan nur marginal Eingang in bestehende Ausbildungskonzepte gefunden hat (vgl. Pluntke 2014: 25). So kommt es vermehrt zu zwei Formen des Fehlverhaltens bei der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund durch den Rettungsdienst (vgl. Pluntke 2014: 25):

- Die kulturelle Sicht der Patientin bzw. des Patienten wird nicht berücksichtigt.
- Die kulturelle Sicht der Patientin bzw. des Patienten wird überbetont und alle von der Norm abweichenden Feststellungen der fremden Kultur zugeschrieben.

Die von Pluntke (2014: 26ff.) geforderte kultursensible Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes verdeutlicht die Notwendigkeit, die individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten zu respektieren und darauf einzugehen. Unterschiedliche Ansätze oder Sichtweisen kann es unter anderem in folgenden Bereichen geben:

- **Krankheitserleben:** Die Krankheit wird entgegen schulmedizinischer Erklärungen z.B. als ein göttliches Zeichen gesehen oder durch übernatürliche Kräfte hervorgerufen (vgl. Pluntke 2014: 29).
- **Krankheitsverständnis und Körperwahrnehmung:** Der Körper wird ganzheitlich wahrgenommen. Beschwerden können nicht genau lokalisiert werden (vgl. Machado 2013: 44).
- **Beschreibung von Symptomen:** Mithilfe von Metaphern, die wortwörtlich übertragen keinen Sinn ergeben, werden Beschwerden beschrieben (vgl. Pluntke 2014: 27). Darüber hinaus kommt es zur Übertreibung bzw. zur Dissimulation, d.h. Verharmlosung, von Symptomen (vgl. Machado 2013: 43, 57).
- **Entscheidungsfindung:** Entscheidungen z.B. über die Durchführung von Maßnahmen bei Vorliegen eines Kreislaufstillstands müssen kollektiv getroffen werden (vgl. Machado 2013: 30).
- **Schmerzbewältigung:** Schmerzen werden als etwas Rationales oder als göttliches Zeichen angesehen, das individuell oder kollektiv mit der Familie zu bewältigen ist (vgl. Machado 2013: 57).
- **Erwartungen an den Rettungsdienst:** Geprägt durch das Gesundheitswesen im Herkunftsland, werden unterschiedliche Erwartungen an den Rettungsdienst gestellt (vgl. Machado 2013: 92).

- **körperliche Untersuchungen und Körperkontakt:** Körperliche Untersuchungen von Personen des anderen Geschlechts können mitunter einen Tabubruch darstellen. Zudem kann die Intimzone von Personen unterschiedlich beschaffen sein (vgl. Machado 2013: 19ff.).
- **Umgang mit Familienangehörigen:** Die Präsenz der gesamten Familie in Notfallsituationen kann für die Patientin bzw. den Patienten von zentraler Bedeutung sein. Sie teilt mit ihr/ihm ihre/seine Emotionen und ihr/sein Leid (vgl. Machado 2013: 17f.).
- **Umgang mit Trauer und Tod:** Die Trauer um einen Verstorbenen wird mitunter offen und lautstark gezeigt (vgl. Machado 2013: 31f.).

Ein Beachten der genannten Aspekte und eine kultursensible Haltung können die Beziehung zwischen der fremdsprachigen Patientin bzw. dem fremdsprachigen Patienten und dem Rettungsdienst positiv beeinflussen und wesentlich zum Erfolg des Einsatzes beitragen. Auch hier können professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit ihren Kulturkenntnissen abermals ihre Stärken ausspielen.

#### **6.4. Zur Überbrückung von Sprach- und Kulturbarrieren im Rettungsdienst**

Wie bereits mehrmals betont wurde, lässt sich der Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Rettungsdienst aus verschiedenen Motiven rechtfertigen (siehe Kapitel 2.3.). Aus logistischen Gründen muss das Heranziehen der Dolmetschenden über das Telefon erfolgen. Im österreichischen Rettungsdienst gestaltet sich der mögliche Aufgabenbereich von professionellen Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern in Hinblick auf Kapitel 5 und 6.1-3 folgendermaßen:

- Sprachliche und kulturelle Unterstützung der Leitstelle bei der standardisierten Notrufabfrage nach AMPDS™ sowie bei der Anleitung zu lebensrettenden Sofortmaßnahmen
- Sprachliche und kulturelle Unterstützung des Rettungsdienstes bei der Patientenbeurteilung nach ABCDE, der Anamnese, dem Einholen von Informationen durch Angehörige, der psychologischen Betreuung sowie zur Klärung rechtlicher Aspekte und kultureller Besonderheiten

Im Sinne der translatorischen Kompetenz ist das Wissen um das strukturierte und standardisierte Vorgehen der Leitstelle nach AMPDS™ bzw. des Rettungsdienstes nach ABCDE für die/den Dolmetscher/in von essentieller Bedeutung. Dadurch kann die/der Dolmetscher/in nicht nur das notwendige Maß an Sicherheit ausstrahlen, um die/den fremdsprachige/n Anrufer/in zu beruhigen, sondern auch selbst Inhalte vorbereiten bzw. antizipieren und so eine zügige, rasche und qualitativ hochwertige Dolmetschung in zeitkritischen Notfällen sicherstellen. Eine kompetente Dolmetschleistung hat schließlich zur Folge, dass

- das Meldebild der Anruferin bzw. des Anrufers (sofern es der realen Situation entspricht) vom Leitstellenpersonal richtig eingeschätzt wird.
- etwaige Auffälligkeiten im Sprachverhalten der Anruferin bzw. des Anrufers identifiziert werden.
- ein dementsprechender Einsatzcode zur Alarmierung von angemessenen Rettungsmitteln führt.
- ausreichend ausgebildetes Personal an den Einsatzort geschickt wird.
- die Rettungskräfte sich dank der erhaltenen Informationen während der Anfahrt bereits vorbereiten können bzw. Aufgabenverteilungen treffen.
- Sanitäterinnen und Sanitäter bzw. Notärztinnen und Notärzte eine Situation wie im Meldebild beschrieben vorfinden.
- die Patientenbeurteilung, therapeutische Maßnahmen und der situationsgerechte Transport von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten problemlos erfolgen kann.
- die/der fremdsprachige Patient/in kultursensibel versorgt wird und sie/er und ihre/seine Angehörigen eine angemessene psychologische Betreuung erhalten.
- rechtliche Probleme bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten gelöst werden können.

Ob eine Dolmetschung gelingt, hängt jedoch maßgeblich von technischen und situativen Faktoren ab. Notfallmelder/in und Rettungsdienst verwenden in der Regel Mobiltelefone. Befindet sich die/der Anrufer/in z.B. auf einer Straße, können laute Hintergrundgeräusche bzw. eine schlechte Verbindung das Verstehen der Notfallmeldung beeinträchtigen. Der Rettungsdienst wird hingegen von der Lautsprecherfunktion des Mobiltelefons Gebrauch machen, um nicht das Telefon hin und her reichen zu müssen. Eine schlechte Platzierung des Mobiltelefons bzw. ein schlechter Lautsprecher können abermals zu Einbußen in der Gesprächsqualität

führen. Des Weiteren stellt sich die Frage, inwiefern die erfolgreiche psychologische Betreuung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten über das Telefon erfolgen kann.

## **6.5. Zusammenfassung**

Die Versorgung und Behandlung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten stellt den Rettungsdienst vor zahlreiche Schwierigkeiten. Aufgrund der Sprachbarriere ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Abwicklung des Notrufs und der Patientenbeurteilung nur schwer zu bewerkstelligen und eine durchgehende psychische Betreuung nicht aufrecht zu erhalten. Hinzu kommen Probleme rechtlicher Natur und kulturelle Unterschiede, die den gesetzeskonformen und situationsgerechten Umgang mit fremdsprachigen Notfallopfern gefährden können. Diese Probleme können nur durch kompetente Sprach- und Kulturmittlerinnen bzw. Sprach- und Kulturmittler gelöst werden, die notwendigerweise über das Telefon herangezogen werden müssen.

Auch wenn das Telefondolmetschen für den Rettungsdienst zahlreiche Schwierigkeiten mit sich bringt, ist es situationsbedingt jedoch als einzige Möglichkeit zu sehen, um fremdsprachigen Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen eine fach- und zeitgerechte Behandlung zu ermöglichen. Der/Dem Dolmetscher/in kommt dabei eine wesentliche Rolle zu. Ihre/Seine Dolmetschleistung kann den weiteren Verlauf des Notfalls entscheidend prägen und in manchen Fällen sogar über Leben und Tod entscheiden. Ob professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher überhaupt zum Einsatz kommen, hängt nicht zuletzt von mehreren Faktoren ab, die in Kapitel 2.3. bereits genannt wurden. Eine Verfügbarkeit von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern rund um die Uhr und das Angebot zahlreicher Sprachen stellen genauso wie die Geschwindigkeit, mit der ein/e Dolmetscher/in mit dem Leitstellenpersonal bzw. dem Rettungsdienst verbunden werden kann, grundlegende Voraussetzungen für den sinnvollen Einsatz von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern in Notfallsituationen dar. Zusätzlich muss sowohl im Rettungsdienst als auch in der Leitstelle ein Bewusstsein für die Notwendigkeit zum Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern geschaffen werden, damit das Potenzial dieser erkannt wird.

## 7. Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich

Im nun folgenden empirischen Teil der Arbeit soll der Telefondolmetschdienst<sup>28</sup> der niederösterreichischen Rettungsleitstelle *Notruf Niederösterreich* in seinem Aufbau und seiner Funktionsweise näher betrachtet werden. Ausgehend von einer kurzen Beschreibung der Leitstelle, wird die Bearbeitung eines fremdsprachigen Notrufs detailliert geschildert und auf den Telefondolmetschdienst der Leitstelle eingegangen. In einem weiteren Schritt wird das Thema Dolmetschen bzw. Telefondolmetschen anhand verschiedener Kategorien aus der Sicht der Leitstelle, eines Dolmetschers des oben genannten Telefondolmetschdienstes und des Rettungsdienstes behandelt und diskutiert, inwiefern das Telefondolmetschen eine Option zum Heranziehen von Dolmetscherinnen und Dolmetschern darstellt. Zur Durchführung des empirischen Teils wurden fünf Leitfadeninterviews geführt. Nachfolgend soll kurz auf die gewählte Methode eingegangen werden.

### 7.1. Zur Interviewführung und Auswertung

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung stehen bei qualitativen Interviews die befragten Personen als Expertinnen und Experten im Mittelpunkt des Geschehens (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 7, 36). Sie erzählen dem Interviewenden ihre Sicht der Dinge. Demnach gehe es nicht um die Überprüfung von vorgefassten Hypothesen, sondern um den „Aufbau eines theoretischen Verständnisses eines Untersuchungsbereiches.“ (Froschauer & Lueger 2003: 19) Um einen möglichst umfassenden Einblick in ein Thema zu bekommen, bietet sich die Durchführung von halbstrukturierten Interviews an, die auf einem Leitfaden basieren (vgl. Döring & Bortz <sup>5</sup>2016: 372). Der Leitfaden und die in ihm angesprochenen Themen bzw. Fragen stellen dabei ein Grundgerüst für die Erhebung und Analyse der Daten dar (vgl. Universität Augsburg 2017).

Im Unterschied zu vollstrukturierten Interviews hat die/der Interviewende beim Vorliegen eines Leitfadens stets die Möglichkeit, von diesem abzuweichen bzw. Fragen zu einem späteren Zeitpunkt zu stellen und Detail- bzw. Zusatzfragen einzuwerfen (vgl. Döring & Bortz <sup>5</sup>2016: 372). Bedingt durch den Umstand, dass die Fragestellungen keine festen Antwortmöglichkeiten vorgeben, wird der/dem Interviewten genügend Freiraum für eigene Formulierungen gegeben. Das Stellen von sogenannten Schlüsselfragen, die in jedem Interview

---

<sup>28</sup> Von *Notruf Niederösterreich* als „Dolmetscherdienst“ bezeichnet (vgl. Notruf Niederösterreich 2017h)

zu finden sind, ermöglicht eine gewisse Vergleichbarkeit der Gespräche (vgl. Döring & Bortz<sup>5</sup>2016: 372).

Da sich die Leitfäden zu den Interviews der vorliegenden Arbeit (siehe Anhang 1, 2 und 3) an jenen von Patrascu (2015) orientieren, war die Durchführung eines Probe-Interviews nicht mehr erforderlich. Somit konnte sogleich die Suche nach möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern beginnen:

Bei *Notruf Niederösterreich* bat sich ein Interview mit einem Leitstellenexperten an, der sich nach erfolgter Kontaktaufnahme zu einem Gespräch bereit erklärte. Das Interview fand im April 2016 in den Räumlichkeiten des Hauptsitzes der Leitstelle in Sankt Pölten statt.

Für die Perspektive der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers konnte in einer Rot-Kreuz-Dienststelle ein bilingualer Kollege gewonnen werden, der bereits mehrere Male für den Telefondolmetschdienst der Leitstelle aktiv war.

Zu guter Letzt wurde innerhalb des Bekanntenkreises des Verfassers nach möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern aus dem Rettungsdienst gesucht. Die/Der Sanitäter/in sollte eine langjährige Erfahrung im Rettungsdienst haben, regelmäßig Dienst versehen und sich in den Strukturen des Systems auskennen. Nach intensiver Suche fiel die Auswahl auf zwei Kollegen und eine Kollegin, wobei ein Kollege seinen Dienst in einem sehr ländlich geprägten Einsatzgebiet versieht, während der andere Kollege und die Kollegin rund um die Bundeshauptstadt Wien im Rettungsdienst tätig sind. Die Interviews wurden an verschiedenen Orten (Dienststelle, Kaffeehaus, Eigenheim) geführt. Bevor mit den Interviews begonnen wurde, erhielten die befragten Personen einen Einblick in die Ziele der Masterarbeit.

Sämtliche Interviews wurden mithilfe eines Diktiergeräts aufgenommen und anschließend transkribiert (siehe Anhang 4, 5 und 6). Die Namen der Befragten wurden anonymisiert (L1 = Leitstelle, D1 = Dolmetscher, RD1/RD2/RD3 = Sanitäterinnen und Sanitäter). Zur besseren Lesbarkeit der Texte wurden Füllwörter (äh, ähm etc.) nicht niedergeschrieben und bei Bedarf etwaige Verstellungsfehler korrigiert.

Ziel der Interviews war es zunächst, herauszufinden, wie die Leitstelle *Notruf Niederösterreich* und ihr Telefondolmetschdienst aufgebaut sind. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Rolle der Telefondolmetschdienst bei fremdsprachigen Notfallmelderinnen und Notfallmeldern spielt und wie ein fremdsprachiger Notruf abgewickelt wird. Im Anschluss sollte die Sichtweise der Handlungsträgerinnen und Handlungsträger, d.h. die Sicht der Leitstelle, eines Dolmetschenden und der Rettungsdienstmitarbeiterinnen und Rettungs-

dienstmitarbeiter in puncto Dolmetschen bzw. Telefondolmetschen anhand diverser Gesichtspunkte diskutiert und verglichen werden.

Zum Vergleich der Interviews wurde ein Schema erarbeitet, das die Inhalte der Gespräche in deduktiv und induktiv abgeleitete Kategorien einteilt. Im Zuge dessen lag das Augenmerk darauf, „dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben [und] durch Abstraktion ein überschaubares Korpus [geschaffen wird], das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring <sup>5</sup>2002: 115) Nachfolgend werden die Ergebnisse der Untersuchungen beschrieben und diskutiert.

## 7.2. Die Rettungsleitstelle Notruf Niederösterreich

Die Rettungsleitstelle *Notruf Niederösterreich* wurde 2003 unter dem damaligen Namen *LE-BIG (Leitstellen-Entwicklungs-, Betriebs- und Integrations-Gesellschaft)* gegründet (L1 Z. 46). Ziel war es, die zahlreichen kleinen Leitstellen der Rettungsdienstorganisationen (auch Journaldienste genannt) zu vernetzen, die Effizienz und Qualität des Rettungs- und Krankentransportdienstes zu verbessern und die Koordinierung und den Einsatz der Rettungsmittel ökonomischer zu gestalten (L1 Z. 6-10f., 32-34f.).

*So nach der Devise: Wie kann ich denn wirklich herausfinden, wenn im Bezirk „xy“ vielleicht gerade ein Krankentransportwagen bzw. ein Rettungswagen einer anderen Wache, der vielleicht nicht vernetzt ist mit dieser Bezirksleitstelle, unterwegs ist und sozusagen am Notfallort vorbeifahren würde? Weder für einen Journaldienst noch für das Fahrzeug wäre erkennbar, dass das Fahrzeug in der Nähe ist und damit vielleicht eine schnellere Hilfe darstellen würde. (L1 Z. 35-39f.)*

Zu diesem Zwecke wurde die Anzahl an Leitstellen zunächst von 90 auf 9 und die Standorte in einem zweiten Schritt von 9 auf 4 (Zwettl, Korneuburg, Mödling und Sankt Pölten) reduziert (L1 Z. 46-48, 50-51f.), wobei alle Daten zentral zusammenlaufen und daher standortübergreifend agiert werden kann (vgl. *Notruf Niederösterreich 2017i*). Mit der Änderung der Eigentümerverhältnisse im Jahre 2006 wurde die Leitstelle in *Notruf NÖ GmbH*<sup>29</sup> umbenannt (L1 Z. 52-63).

---

<sup>29</sup> Die Leitstelle wird im Rahmen der Arbeit zur besseren Lesbarkeit mit dem weniger sperrigen Namen ‚Notruf Niederösterreich‘ bezeichnet.

Zu den betreuten Notrufnummern äußert sich L1 folgendermaßen:

*Wir betreiben grundsätzlich alle Notrufnummern und Telefonnummern - ich nehme die gleich jetzt vorsichtshalber mit hinein, um die Antwort möglichst umfassend zu geben - ,die im weitesten Sinn alles, was Gesundheit betreffen kann, abdecken. Dazu gehört natürlich die 144, dazu gehört der Bergrettungsnotruf, dazu gehören der Ärztenotdienst und alle grenznah an die Disziplin angeschlossenen Kurznummern. (L1 Z. 68-72)*

Der Euro-Notruf 112 läuft aufgrund der bundesweiten Zuständigkeit der Exekutive nicht bei Notruf Niederösterreich auf (L1 Z. 102-104). Auf die Frage hin, ob es Pläne gibt, die Rettungsleitstelle zu einer integrierten Leitstelle auszubauen, meint L1, dass es

*Bestrebungen seitens der Feuerwehr [gab] - gar nicht so sehr von uns - auch in Systemen mit uns gemeinsam zu arbeiten. Das hat in drei Pilotprojekten in Niederösterreich gemündet, die aktuell noch immer am Laufen sind, bei denen wir auch die 122 und die Feuerwehr als Disziplin in unserem Netzwerk operieren lassen. [...] Seitens der Exekutive, um diese Disziplin vielleicht noch hineinzunehmen, sind keine wie auch immer gearteten Bestrebungen erkennbar. (L1 Z. 91-100)*

Das Personal der Leitstelle rekrutiert sich vor allem aus rettungsdienstlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Alter von 18 bis 25 Jahren, obwohl es zumeist im niederschweligen Bereich des Krankentransportes auch Quereinsteiger gibt (L1 Z. 111-125).

Die Ausbildung ist modular aufgebaut und beginnt mit dem *Call Center Agent Basic*, die/der anschließend im nicht-zeitkritischen aufnehmenden Bereich, d.h. in der Aufnahme von Krankentransporten, tätig ist und mitunter auch beratende oder unterstützende Aufgaben übernehmen kann (L1 Z. 130-136f.). Möchte die/der Mitarbeiter/in auch Notrufe entgegennehmen, ist eine rettungsdienstliche Ausbildung erforderlich. Liegt diese vor, kann die Ausbildung zum Emergency Medical Dispatcher (EMD) begonnen werden (L1 Z. 137-143f.). Nach dieser Ausbildung kann die/der EMD noch Sonderausbildungen, u.a. für den Alpinnotruf oder die Abwicklung von Notrufen auf Englisch (siehe Kapitel 7.2.1.) absolvieren (L1 Z. 147-149f.). Die Weiterqualifizierung zur Disponentin bzw. zum Disponenten und in weiterer Folge zum Supervisor geschieht in der Regel nach einigen Jahren Berufserfahrung im aufnehmenden bzw. disponierenden Teil (L1 Z. 150-156).

Geht nun ein Notruf ein, wird dieser automatisch an eine/n Mitarbeiter/in mit der entsprechenden Ausbildung zugestellt (L1 Z. 234-239). Zur Abwicklung von Notrufen wird bei *Notruf Niederösterreich* das in Kapitel 5.3.1. beschriebene Advanced Medical Priority Dispatch System™ (AMPDS™) im Verbund mit einer Softwarelösung verwendet und eine Handklappkarten-Version als Rückfallsystem bereit gehalten (L1 Z. 241-243).

Der von L1 (Z. 245-305) geschilderte Ablauf verweist auf die strikte Einhaltung der Protokolle und die Bearbeitung eines Notrufs durch zwei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Leitstelle. Ein/e EMD bzw. Notrufexpertin/Notrufexperte steht auf der aufnehmenden Seite mit der/dem Anrufer/in in Kontakt, während die/der Disponent/in für die Alarmierung und Koordinierung der Rettungsmittel verantwortlich ist. Ist die/der Melder/in nicht deutschsprachig, können von der Leitstelle verschiedene Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, die nun erläutert werden.

### **7.2.1. Bearbeitung eines fremdsprachigen Notrufs**

Kann sich die/der Notfallmelder/in nicht auf Deutsch verständigen, ergeben sich zwangsläufig einige Probleme, die das strikte Befolgen eines standardisierten Abfrageschemas erschweren bis gar unmöglich machen:

*Die erste Problematik, die sich immer stellt, ist: Kann ich denn überhaupt herausfinden, welche Sprache er spricht? Das ist unser Hauptproblem. An der Ecke stehen wir manchmal an. Wenn ich nicht identifizieren kann, in welcher Sprache wir überhaupt kommunizieren können, sehe ich den Handlungsrahmen der Leitstelle im Standardapproach oder beim Einhalten eines weiteren Standardapproaches relativ schnell gesättigt. Da gibt es meiner Meinung nach kaum die Möglichkeit, das noch über Sprache oder über den Standardapproach abzubilden. (L1 Z. 308-313)*

Für englischsprachige Anruferinnen und Anrufer verfügt die Leitstelle seit längerem bereits speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

*[S]chon seit Jahren [versuchen] [wir] übrigens mit der englischen Sprache in der Leitstelle selber das Auslangen zu finden. Das bedeutet: Die Kollegen werden auf Englisch aus- und fortgebildet. Die Kollegen melden sich freiwillig dazu. Es ist sozusagen ein zusätzlicher Skill. Auch das ist eine pragmatische Lösung, weil wir kein Grundlagen-Englisch unterrichten. Selbstverständlich nicht. Also derjenige Kollege, der sich selber*

*berufen fühlt, macht das. Übrigens schauen wir das schon im Assessment - sehr basal aber doch -, dass derjenige ausreichend gut Englisch beherrscht. Den testen wir dann noch, bevor wir ihn zur Ausbildung und Fortbildung schicken, aber der Rest ist dann fachspezifisches Englisch und sehr praktisch bezogenes. (L1 Z. 188-197)*

Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Lage, das strikte Abfragesystem auch in englischer Sprache zu bedienen. Eine Ausbildung für andere Sprachen findet nicht statt. Dies hat vor allem jenen Grund, dass

*die Sprachen, die es unserer Meinung nach tatsächlich brauchen würde und mit denen wir konfrontiert werden, leider Gottes auch nicht von unseren Standardanbietern zur Verfügung stehen. Soll heißen, dass die Standards der Notrufbearbeitung bzw. der Notrufkommunikation nicht in tschechischer Sprache verfügbar sind. Sie sind nicht in den Sprachen der jetzt gerade bestehenden Flüchtlingsthematik vorhanden. In diesen Sprachen gibt es - leider Gottes - noch nicht diese Protokollversionen. (L1 Z. 181-186f.)*

Gelingt die Kommunikation auf Englisch nicht, wird die Sprache aber dennoch erkannt, kommen in einer zweiten Welle Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeiter mit dem entsprechendem Ausbildungslevel und bilingualen Sprachkenntnissen zum Einsatz:

*Ich kann es natürlich dann nicht mehr dem Standard entsprechend machen. Natürlich kann der Kollege, der dann sozusagen einspringt und - ja, Ungarisch wär so ein Thema, weil es mir gerade spontan einfällt. Auch in einer ungarischen Sprachversion sind die Standards derzeit nicht verfügbar. Aber der Kollege, der Ungarisch beherrscht - wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die das können - würde aufgrund seiner Protokollkenntnis, die er ja auch in deutscher und englischer Sprache routiniert mitbringt - er macht ja nichts anderes den ganzen Tag - sozusagen dann frei dolmetschen. Selbstverständlich würde er sich an die Standards halten, aber er hat das nicht im geschriebenen Wort vor sich und kann weder die Frage oder die Anleitung in Ungarisch ablesen noch die Antwort in der entsprechenden Sprache eingeben. Er kann dann nur Deutsch oder Englisch wählen. Das ist die Auswahl, die er hat. (L1 Z. 203-212f.)*

Steht kein Leitstellenpersonal mit der gewünschten Sprache zur Verfügung und ist die Kommunikation mit der/dem Anrufer/in nicht möglich, wird von der Leitstelle versucht, mit technischen Mitteln den Standort der Melderin bzw. des Melders herauszufinden.

*An der Stelle, wo wir mit der Sprache an ein Ende kommen, greift natürlich die Technik oder wäre der nächste Approach - ob die Technik greift, hängt wieder vom Fall ab. (L1 320-321f.)*

Wie L1 des Weiteren ausführt, ist die weitaus bessere Lösung jedoch folgende:

*Wir können uns mit den vorgehaltenen Sprachen helfen oder wir erkennen, dass es Ungarisch oder Französisch oder was auch immer ist. Als vorgehaltene Sprache meine ich jetzt Englisch und die, die wir sozusagen im rettungsdienstlichen, freiwilligen Dolmetschangebot verfügbar haben. (L1 324-326f.)*

Das Dolmetschangebot bezieht L1 auf den Telefondolmetschdienst der Leitstelle. Dieser kommt jedoch nicht sofort zum Einsatz:

*Wir würden zunächst trotzdem versuchen, die Information mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekommen, zumindest bis zur Alarmierung. Gerade im zeitkritischen Segment weiß ich zunächst ja noch nicht, um was es geht. Wir versuchen da also selber mit den vorgehaltenen Sprachen innerhalb der Leitstelle eine gewisse Grobkategorisierung durchzuführen: eine Reanimation von einem „Ich hätte gerne gewusst, wann der nächste Hausarzt Dienst hat und wer das ist“ zu differenzieren. Macht den Sinn, dass wir die Zeit für eine (.) Dolmetschleistung, die uns wahrscheinlich dann noch mehr Details bringen würde, aber trotzdem nicht mehr liefern würde, als „Wir wissen schon, dass es eine Reanimation ist“, nicht missen, die wir brauchen, um sie anderweitig zu nutzen. (L1 Z. 328-337)*

Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher werden demnach „im gegebenen Fall zur Informationsverbesserung, zur Hilfeleistung am Telefon und zur Unterstützung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes“ (L1 Z. 338f.) herangezogen. In seltenen Fällen ist die/der Dolmetscher/in von Anfang an dabei: „[Der Telefondolmetschdienst] greift auch dann, wenn ich zu wenig zum Alarmieren hätte, aber ich die Sprache kenne. Das gibt es schon auch.“ (L1 Z. 346-347)

Der in Kapitel 6.1. erwähnte Einsatzcode *RD-32B4 Fremdsprachiger Anrufer wurde nicht verstanden* kommt nur in Ausnahmesituationen zur Anwendung:

*Das ist dann sozusagen der letzte Ausweg für den Fall, den wir vorhin konstruiert haben, wo wir geortet haben oder wo ich diesen freiwilligen Dolmetschdienst nicht bei der Hand habe und auch intern keine Möglichkeit habe. Dann greift sozusagen immer die Backup-Ebene. Die Backup-Ebene bildet sich in diesem Fall auf dem Protokoll 32 ab und enthält auch eine Ausrückordnung, die nach Backup-Prinzipien, d.h. nach Ausnahmeprinzipien, gestaltet ist. Das ist nicht die höchste Beschickung, aber sie agiert natürlich auch vorsichtig. (L1 Z. 449-453f.)*

Um zu verhindern, dass dieser gleich zu Beginn eines fremdsprachigen Notrufs von der/vom jeweiligen EMD ausgewählt wird, trifft *Notruf Niederösterreich* besondere Maßnahmen:

*Wir überwachen dezidiert im Rahmen unseres Qualitätsmanagementprozesses, dass dieser Code nicht zur Pauschalargumentation eines Mitarbeiters, der sich nicht damit auseinandersetzen möchte, wird. Manchmal schwierig. Es wäre natürlich leicht, sozusagen fire-and-forget zu machen und diesen Code einfach auszugeben, obwohl man es gar nicht versucht hätte.*

### **7.2.2. Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich**

Der Telefondolmetschdienst von *Notruf Niederösterreich* wurde im Jahre 2010 ins Leben gerufen, da sich die Leitstelle immer wieder mit Melderinnen und Meldern konfrontiert sah, die durch die intern vorgehaltenen Sprachressourcen (Deutsch, Englisch) nicht abgedeckt werden konnten (vgl. Novosad 2016a). Mit 16.04.2016 standen der Leitstelle 33 Dolmetscherinnen und Dolmetscher in elf Sprachen zur Verfügung (siehe Tab. 9) (vgl. Novosad 2016b).

Besondere Voraussetzungen für die Mitwirkung im Telefondolmetschdienst gibt es laut D1 nicht: „Es kann jeder, der möchte, eine E-Mail hinschreiben und sich bewerben.“ (D1 Z. 68f.) Die meisten Dolmetscherinnen und Dolmetscher kommen dennoch aus dem Rettungsdienst (vgl. Novosad 2016a). Eine Überprüfung der Sprachkenntnisse erfolgt nicht (L1 Z. 425). L1 (Z. 420) nennt lediglich die Bereitschaft, mitmachen zu wollen, als Kriterium für die Aufnahme in den Telefondolmetschdienst. Diese wird durch die Beschreibung des Dolmetschdienstes auf der Homepage der Leitstelle wiederum relativiert:

Falls der Übersetzer<sup>30</sup> zu diesem Zeitpunkt gerade nicht kann oder will, oder sich im Ausland befindet und deshalb hohe Roaming-Gebühren anfallen würden, oder der Akku gerade leer

---

<sup>30</sup> Die Begriffe Dolmetscher/in und Übersetzer/in werden bei der Beschreibung des Telefondolmetschdienstes von *Notruf Niederösterreich* synonym verwendet.

wird - bitte einfach nicht abheben, es besteht dazu keinerlei Verpflichtung. [Fußnote durch den Verfasser] (Notruf Niederösterreich 2017h)

**Tab. 9: Notruf Niederösterreich - Dolmetschende im Telefondolmetschdienst (Stand vom 16.04.2016)**

Sprache	Anzahl an zur Verfügung stehenden Dolmetscherinnen und Dolmetschern
Ungarisch	8
Serbokroatisch	5
Slowakisch	5
Russisch	1
Kroatisch	1
Tschechisch	5
Polnisch	2
Türkisch	2
Rumänisch	1
Italienisch	2
Spanisch	1

L1 merkt an, dass man in diesem Zusammenhang nicht vergessen darf, dass der Telefondolmetschdienst „in einem Freiwilligenbereich geregelt [ist].“ (L1 Z. 400) Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden für ihre Tätigkeit nicht bezahlt (vgl. Notruf Niederösterreich 2017h).

Der Umstand, nicht ständig verfügbar sein zu müssen, trug auch maßgeblich zur Motivation von D1 bei, im Telefondolmetschdienst der Leitstelle tätig zu werden:

*Beim Rettungsdienst ist es jetzt nicht bezahlt, was aber für mich auch kein Hindernis war, weil man ja eh auch - wie wir beide wissen - gerne und unentgeltlich Dienst macht beim Roten Kreuz. Da habe ich gesagt: „Warum nicht?“, nachdem das ja nichts Bindendes ist. Das ist ja so, wenn man angerufen wird: Entweder man hat Zeit und Lust und hebt ab oder man hat keine Zeit, es freut einen nicht oder es ist unpassend, dann hebt man einfach nicht ab. Es ist ja nicht etwas Verbindliches, dass man*

*sagt, wenn man in der Datenbank drinnen ist, dann muss man. Dann habe ich gesagt: „Wieso nicht?“ Man kann Leuten damit helfen. (D1 56-62f.)*

Der Telefondolmetschdienst von *Notruf Niederösterreich* ist demnach mit keinen Kosten verbunden. Wie L1 ausführt, ergeben sich die fehlenden Kosten auch daraus, dass wenig forciert wird

*es auch als Angebot an den Rettungsdienst zu sehen: Im Falle des „Ich bin eingetroffen“ und habe erst dort ein Sprachproblem oder ein weiterbestehendes oder wie auch immer. Diese Situation ist de facto nicht sehr offensiv publiziert bzw. sehr offensiv angeboten worden. (L1 Z. 407-409f.)*

Auf die Nachfrage, ob der Telefondolmetschdienst nicht auch den Rettungskräften vor Ort zur Verfügung gestellt werden könnte, antwortet L1:

*Das ist grundsätzlich eine Geschäftsführerentscheidung. Da kann ich mich jetzt nicht darüber hinaus wegbewegen. Aufgrund der kaum vorhandenen Fälle - jetzt zumindest - würde ich das aber schon behaupten, dass man das zur Verfügung stellen kann, (.) weil es eine gute Sache ist. (L1 Z. 414-417)*

Trotz aller Umstände sieht L1 die ganzjährige und zeitlich durchgehende Verfügbarkeit des Telefondolmetschdienstes gegeben, weist aber abermals daraufhin, dass es keine Verpflichtung zum Abheben gibt (L1 Z. 399).

Wie D1 anklingen lässt, müssen Dolmetscherinnen und Dolmetscher vor dem Tätigwerden im Telefondolmetschdienst der Leitstelle noch bestimmte Bedingungen akzeptieren:

*Es ist schon ein bisschen länger her, aber soweit ich mich erinnern kann, ist es da hauptsächlich um Datenschutzbestimmungen gegangen, die Verschwiegenheitspflicht, dass ich eben keine Sachen weiterleiten darf, dass auch die Gespräche aufgezeichnet werden von der Leitstelle, ob ich damit einverstanden bin, dass sie mich auf meinem privaten Telefon jederzeit anrufen können, sowohl Tag als auch Nacht, und das war es eigentlich im Großen und Ganzen. Hauptsächlich eben diese Verschwiegenheitspflicht und Datenschutzbestimmungen.*

Eine Anfrage bei *Notruf Niederösterreich* bestätigte dies (vgl. Novosad 2016a). Die Inhalte der sogenannten Geheimhaltungsvereinbarung betreffen demnach

- den Schutz von Unterlagen, Zugängen und Betriebsmitteln
- die Verschwiegenheitspflicht gegenüber Kenntnissen, die im Rahmen des Dienstes, erworben wurden
- das Anfertigen oder Speichern von Daten
- den Umgang mit technischem und organisatorischem Wissen
- Richtlinien bezüglich der Social Network Policy der Leitstelle
- die Aufzeichnung von Notrufgesprächen

Zum Thema Qualität im Rahmen des Telefondolmetschdienstes nimmt L1 Bezug auf zwei Zertifizierungen, die von der Leitstelle durchlaufen wurden:

*Wir lassen (...) seit 6 Jahren extern die Qualität unserer Arbeit zertifizieren. Eine der Zertifizierungen ist, dass wir ein sogenanntes „Accredited Center of Excellence“ sind. Die Akkreditierungsstelle ist die nordamerikanische international tätige International Academy of Emergency Dispatch. Das haben wir mittlerweile zum dritten Mal gemacht. Dort ist das Thema Fremdsprache oder Dolmetschdienste ein Thema, das nicht sehr streng evaluiert wird, aber doch evaluiert wird. [...]. Es gibt eine zweite Akkreditierungsstelle, die wir erst seit dem vorigen Jahr erstmals beanspruchen. Das ist die European Emergency Number Association EENA mit Sitz in Brüssel, die sich logischerweise als europäische Institution (lacht kurz) noch ein bisschen intensiver mit den Dolmetschdiensten und der Vielsprachigkeit in Europa, die gegenüber Nordamerika ja ein Thema ist, beschäftigt und die schauen sich das natürlich schon auch an. Wir haben die Dolmetschdienste an dieser Stelle schon zweimal im Rahmen des Handlungsfeldes evaluiert und sehr positiv sogar evaluiert. (L1 Z. 361-373f.)*

Bei letzterer Zertifizierung wurde die generelle Fähigkeit der Leitstelle, Notrufe in anderen Sprachen abwickeln zu können, getestet und überprüft, ob die Leitstelle eine spezielle sprachliche und tätigkeitsspezifische Ausbildung für fremdsprachige Notrufe anbietet bzw. seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch regelmäßigen Sprachtest unterzieht (vgl. Novosad 2016a). Worin genau die sprachliche Evaluierung bestand, ist unbekannt.

### **7.2.3. Ablauf einer Telefondolmetschung bei Notruf Niederösterreich**

Zum Ablauf einer Telefondolmetschung bei *Notruf Niederösterreich* äußert sich D1 folgendermaßen:

*Es ist so, dass das Telefon ganz normal läutet, wie wenn man einen Anruf bekommt. Es meldet sich der Leitstellendisponent. Zu diesem Zeitpunkt ist der Patient oder Anrufer noch nicht zugeschaltet. Es kommen nur 1-2 kurze Informationen vom Leitstellendisponenten: „Hallo, Leitstelle hier“- was weiß ich-, damit man weiß, wer anruft. „Ich hätte da einen Patienten, der [Sprache] spricht, hast du kurz Zeit?“ Das ist die minimale Version, die man bekommt. Wenn der Leitstellendisponent motiviert und nett ist, bekommt man noch zusätzliche Informationen: „Ja, ich hätte da einen fremdsprachigen Autofahrer in Sankt Pölten, dem geht es nicht gut“. Damit man in irgendeine Richtung weiß: Okay, das ist etwas Internistisches oder er hat einen Autounfall gehabt oder in diese Richtung. Was der Patient dann selber hat, das erfährt man dann erst im laufenden Gespräch. Nachdem man eben diese Kurzinfor vom Leitstellendisponent bekommen hat, wird gleich der Anrufer zugeschaltet und das ist quasi eine Konferenzschaltung zwischen den dreien. (D1 Z. 146-157)*

Ist die Konferenzschaltung eingerichtet, ergreift normalerweise D1 zuerst das Wort:

*Ich habe es bis jetzt so gehandhabt, dass ich gleich mit [Sprache] angefangen habe, dass ich einmal dem Patienten - der ist aufgeregt und der Anrufer kennt sich eben nicht aus - in einer Sprache, die er versteht, gesagt habe: „Grüß Gott, mein Name ist [Name]. Ich bin ein Dolmetscher. Sie können mit mir auf [Sprache] sprechen. Ich werde jetzt das Gespräch zwischen Ihnen und dem Rettungsnotruf quasi oder der Leitstelle dolmetschen oder werde Ihnen zur Hilfe stehen“. (D1 Z. 160-165)*

Danach wird das Gespräch zwischen der/dem Anrufer/in und der/dem Leitstellenmitarbeiter/in gedolmetscht. Zum Muster der Gesprächskonstellation stellt D1 fest, dass dies variieren kann:

*Also ich habe schon mehrere Situationen erlebt. Einmal da hat ein Kollege von mir einfach das Telefon dem Patienten übergeben und der hat dann bis zum Eintreffen des Rettungswagens mit mir telefoniert. Im anderen Fall war es so, dass ein Passant sein Telefon auf Lautsprecher geschaltet hatte [...]. (D1 245-247f.)*

Dabei können Hintergrundgeräusche laut D1 die ohnehin anspruchsvolle Aufgabe der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers deutlich erschweren:

*Die sind sehr störend, ja. Weil man ist sehr konzentriert und nach dem Telefonat merkt man wirklich: das war anstrengend. (..) Es ist nicht so, dass man dann sagt: Das ist wie ein normales Telefonat, sondern das gleicht einer Prüfung, wie wenn man nach einer Prüfung nach Hause geht. Man ist wirklich ein bisschen erschöpft. (D1 209-212)*

Wie L1 bereits formuliert hat, weiß auch D1 Bescheid, dass er vor allem zur Erhebung weiterer Informationen eingesetzt wird:

*Ich werde dann erst später dazu geholt. Zur Aufklärung quasi. (D1 Z. 272f.)*

Ist die/der Dolmetscher/in einmal mit der/dem Anrufer/in und der/dem EMD verbunden, bleibt dies in der Regel so, bis das Gespräch zu Ende ist, wobei dies, wie D1 berichtet, mitunter sehr abrupt sein kann:

*Es wird dann telefoniert bis zum Eintreffen der Rettung bzw. bis der Leitstellendisponent einfach das Gespräch beendet. Das ist mir auch schon einmal passiert, dass er einfach mitten während des Gesprächs aufgelegt hat und ich dann auch keinen Rückruf bekommen habe oder Ähnliches. Also das war eine sehr komische Geschichte. Da war es einfach aus. (D1 Z. 276-280)*

### **7.3. Ein Telefondolmetschdienst mit professionellen Dolmetschenden?**

Wie in Kapitel 7.2. festgestellt wurde, handelt es sich bei *Notruf Niederösterreich* um eine moderne und professionell agierende Rettungsleitstelle, die zahlreiche Notruf- und Krankentransportnummern betreut. Das Personal weist eine umfassende Ausbildung auf und bearbeitet eingehende Notrufe nach dem AMPDST<sup>TM</sup>-Abfrageschema.

Auch zur Abwicklung von fremdsprachigen Notrufen greift die Leitstelle auf einen verpflichtenden standardisierten Ablauf zurück, wobei die einzelnen Optionen nacheinander abgearbeitet werden:

- 1. Notfallabfrage auf Englisch gemäß AMPDST<sup>TM</sup>
- 2. Abfrage durch bilingualen Leitstellenmitarbeiter/in mit Sprachkenntnissen
- 3. Technische Möglichkeiten (Ortung)
- 4. Telefondolmetscher/in
- 5. RD-32B4 Fremdsprachiger Anrufer wurde nicht verstanden

Anhand der Auflistung wird ersichtlich, dass vor allem bei zeitkritischen Notfallopfern immer zuerst versucht wird, mit den eigenen Ressourcen das Auslangen zu finden. Wenn die internen Möglichkeiten der Leitstelle keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefern, wird laut Standard ein/e Dolmetscher/in per Telefon hinzugezogen, um die Informationslage zu verbessern. Dies erinnert in gewissen Zügen an die Feststellung aus Kapitel 2.3., dass professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher erst nach dem Ausschöpfen anderer Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden, sei jedoch nachvollziehbar, da oft keine Notwendigkeit oder Indikation für den Einsatz des Telefondolmetschdienstes zur qualifizierten Rettungsmittelsendung besteht (vgl. Novosad 2017). Von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Sinne von Pöchlhammer (2000a: 44) kann bei *Notruf Niederösterreich* in der Regel jedoch nicht gesprochen werden. Dessen ist sich auch L1 bewusst:

*Wir reden ja eben nicht von einem professionellen Dolmetschdienst, der sich der Hürden und Problematiken bei der Transformation von Sprache bewusst ist, sondern in der Regel reden wir von einem Freiwilligen, der irgendwann aus seiner Lebensbiographie heraus oder aus welchen Gründen auch immer diese Sprache erlernt hat und weder im Handlungsfeld der Leitstelle noch in dem von professionellen Dolmetschern tätig ist. Zufälle kann es natürlich geben, aber normalerweise ist es eher nicht so. (L1 Z. 485-490f.)*

Gerade deswegen, weil die Sprachkenntnisse der Dolmetscherinnen und Dolmetscher nicht überprüft werden bzw. getestet werden können, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die vorwiegend rettungsdienstlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Telefondolmetschdienstes die notwendigen Kompetenzen für ihre anspruchsvolle Arbeit mitbringen. Man bedient sich hier abermals der Annahme, dass Bilingualität alleine ausreichend sei, um dolmetschen zu können (vgl. Pöllabauer 2003: 23). Dies kann unter anderem schwerwiegende Folgen haben (siehe Kapitel 2.3.).

Äußerst problematisch ist zudem jener Aspekt, dass die Dolmetscherinnen und Dolmetscher des Dienstes nicht verpflichtet sind, bei einem Anruf der Leitstelle abzuheben. Dies scheint gerade im Hinblick auf das Dolmetschen in Notfallsituationen, in denen jede Sekunde zählt, etwas verstörend (siehe Kapitel 3.10.). Wie L1 mehrere Male in seinem Interview feststellt, ergibt sich dieser Umstand gezwungenermaßen aus der ehrenamtlichen Struktur des Dienstes und der fehlenden Bezahlung der Handelnden.

In Bezug auf den Ablauf einer Telefondolmetschung bei *Notruf Niederösterreich* muss zudem der Begriff ‚Dolmetscherdienst‘ (vgl. Notruf Niederösterreich 2017h) relativiert wer-

den. Im Gegensatz zu den in Kapitel 3.3. beschriebenen Telefondolmetschdiensten kommen hier keine Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Call Center oder Heimbüros zum Einsatz, sondern Privatpersonen, die per Mobiltelefon erreicht werden, während sie anderweitigen Tätigkeiten nachgehen. Halten sich diese Personen gerade an einem Ort mit hohem Lärmpegel auf, kann eine qualitativ hochwertige Dolmetschung nicht zustande kommen. Die Verwendung von Mobiltelefonen seitens der Dolmetscherinnen und Dolmetscher wurde in Kapitel 3.6. als problematisch beschrieben. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass mit dem von der Leitstelle verwendeten Begriff *Dolmetscherdienst* keine Institution bzw. Organisation bezeichnet wird, sondern eine Dienstleistung, die ein/e bilinguale Rettungsdienstmitarbeiter/in der Leitstelle bei fremdsprachigen Notrufen von Zeit zu Zeit erweist.

#### **7.4. (Telefon)dolmetschen aus Sicht der Handlungstragenden**

Im Rahmen der durchgeführten Interviews mit den Handlungsträgerinnen und Handlungsträgern bei fremdsprachigen Notfallopfern<sup>31</sup> wurden verschiedene Themen angesprochen, die Rückschlüsse darauf zulassen, inwieweit das Telefondolmetschen und konkret der Telefondolmetschdienst<sup>32</sup> von *Notruf Niederösterreich* im niederösterreichischen Rettungswesen als eine Option für das Heranziehen von Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Frage kommen. Dazu sollen die Ansichten der Leitstelle, des interviewten Dolmetschers und der befragten Rettungskräfte zum Thema Dolmetschen bzw. Telefondolmetschen präsentiert und verglichen werden.

##### **7.4.1. Häufigkeit von Einsätzen mit fremdsprachigen Notfallopfern**

Auf die Frage nach der Häufigkeit von fremdsprachigen Notrufen antwortet L1, dass die Zahl an sich sehr gering ist:

*Wir haben wirklich sehr, sehr wenige Anlassfälle. Es wurde nie untersucht und ich kann es auch nur aus meiner Interpretation heraus wiedergeben, warum in Niederösterreich das Aufkommen oder die Anforderung von Dolmetschdiensten bzw. überhaupt die Notrufabfrage in der fremden Sprache sehr wenig in Anspruch genommen wird. Ich schätze, dass es eine Frage des Tourismus ist oder eben der Bedingungen im Tou-*

---

<sup>31</sup> Richtigerweise muss hier angemerkt werden, dass für die Leitstelle nur der/die fremdsprachige Notfallmelde-rin von Relevanz ist, der/die mitunter nicht das Notfallopfer selbst ist.

<sup>32</sup> Zur Relativierung des Begriffs Telefondolmetschdienst bzw. Dolmetscherdienst siehe Kapitel 7.3.

*asmus, der sicher nicht vergleichbar mit dem Westen ist oder mit der Bundeshauptstadt. (L1 Z. 175-180f.)*

Dies wird, wie D1 schildert, sogleich den freiwilligen Dolmetscherinnen und Dolmetschern nach der Aufnahme in den Dolmetscherdienst kommuniziert:

*Ich habe eine E-Mail bekommen, wo ich ein bisschen grinsen musste, weil da gestanden ist, dass sie sich eben bedanken, dass ich mich beworben habe und sie werden mich in den äußerst seltensten Fällen, wo man überhaupt einen Dolmetscher braucht, verständigen. So quasi habe ich ein wenig das Gefühl gehabt: „Wir danken dir zwar, wir werden dich sowieso nie brauchen, aber gut, dass du dich auch gemeldet hast“. (D1 Z. 120-124f.)*

D1 gibt dabei an, seit dem Beginn seiner Tätigkeit im Sommer 2015 zwei Mal von der Leitstelle und einmal von einem Kollegen aus dem Rettungsdienst kontaktiert worden zu sein (D1 Z. 237).

RD1 bestätigt die Aussage von L1 in Bezug auf fremdsprachige Patientinnen und Patienten und weist auf die geographische Nähe zur Bundeshauptstadt hin:

*Wenn ich das jetzt auf einer Skala betrachten würde, würde ich sagen selten. Aber sehr selten wäre schon untertrieben, weißt du, wie ich das meine? Es kommt schon vor. Und ich glaube eben auch dadurch, weil wir so nah an Wien sind. (RD1 Z. 28-30f.).*

Für RD2 und RD3 steht die Zahl der fremdsprachigen Notfallopfer mit sportlichen und historischen Großereignissen in Verbindung und ist demnach einem ständigen Wandel unterworfen:

*Wenn es nicht gerade irgendeine Großveranstaltung ist, wie damals zum Beispiel die Europameisterschaft 2008 in Wien, - relativ selten. (RD2 Z. 29-31)*

*Okay, also aufgrund des erhöhten Flüchtlingsaufkommens (.....) ist es in den letzten eineinhalb bis zwei Jahren entschieden mehr geworden. [...] Ich würde sagen, ungefähr jeder 20. Einsatz hat irgendetwas mit nicht-deutschsprachigen Patienten zu tun. (RD3 Z. 26-31)*

Die Anzahl an fremdsprachigen Notfallopfern bleibt demnach relativ überschaubar.

#### 7.4.2. Sprachen der fremdsprachigen Notfallopfer

Wie in Kapitel 7.3. bereits beschrieben wurde, ist bei fremdsprachigen Notfallopfern zunächst erforderlich, herauszufinden, welche Sprache sie/er spricht. Die Befragten sollten sich daher dazu äußern, mit welchen Sprachen sie bereits konfrontiert waren bzw. welche Sprachen benötigt werden. L1 sieht den Sprachbedarf vor allem historisch gewachsen:

*Was man natürlich schon deutlich sieht, ist ein gewisser Pool an Sprachen, die für uns auch traditionell als eine lokal am Rande des ehemaligen Eisernen Vorhangs befindliche Leitstelle in Niederösterreich wichtig sind. Wir haben schon sehr viel mehr mit den Ostsprachen, mit den Südostsprachen zu tun als wahrscheinlich mit Englisch. (L1 Z. 384-386f.)*

RD1, RD2 und RD3 stimmen dem zu und nehmen wiederum auf aktuelle Entwicklungen Bezug:

*Lass mich überlegen, da fragst du mich zu schnell. (.....) Naja, was wir jetzt zum Beispiel eben haben, in Purkersdorf und Pressbaum und Umgebung sind doch fast 200 Flüchtlinge aus Syrien und Afghanistan. Da sind sicher bei den Kollegen schon arabische Sprachen vorgekommen. Mir fällt das Ganze Rumänisch, Kroatisch, Bosnisch, eher die Sprachen ein. (RD1 Z. 36-40)*

*Kommt fast auf die Gegend an. Ich sage jetzt einmal, in der Groß Enzersdorfer Gegend ist eher Slowakisch, Tschechisch ziemlich (..) begehrt. Da hatte ich schon ein paar Sachen. Ansonsten jetzt mit der aktuellen Zeit eben sage ich jetzt einmal arabische Sprachen. (RD2 Z. 33-35)*

*Ich habe - glaube ich - zum Beispiel nie jemanden gehabt, dessen Muttersprache Englisch war. Das ist eigentlich sehr interessant. Ja, wir haben dann/ Was sind die Klassiker? Farsi und Arabisch. Das sind - glaube ich- die zwei Klassiker momentan. (RD3 Z. 33-35)*

#### 7.4.3. Herausforderungen bei fremdsprachigen Notfallopfern

Die Versorgung fremdsprachiger Notfallopfer birgt viele Herausforderungen in sich. Auf die Frage, welcher Natur diese Herausforderungen sind, zeigten RD1, RD2 und RD3 verschiedene Problemfelder auf.

Für RD3 ist die fehlende sprachliche Verständigung kein allzu großes Thema:

*Da würde ich jetzt gleich einmal sagen, das ist ja ein ähnliches Problem, wie wenn ein bewusstloser Patient gefunden wird, der ja per Definition auch nicht mit uns spricht. (.....) Ich würde das jetzt gar nicht als großes Problem identifizieren, (..) denn falls es akute gesundheitliche Probleme sind, dann ist es eigentlich meist recht eindeutig erkennbar - auf jeden Fall die grobe Symptomatik. (RD3 Z. 67-70f.)*

Er verweist dabei auf die medizinischen Möglichkeiten des Rettungsdienstes:

*Und nachdem wir ja viele Messwerkzeuge haben - spätestens dann der Notarzt, die Notärztin-, ist das eigentlich alles nicht so tragisch. (RD3 Z. 71f.)*

Gleichzeitig ist sich RD3 aber auch der psychologischen Komponente bewusst:

*Schwieriger wird es dann, wenn man versucht, die Angehörigen und die Freunde irgendwie zu beruhigen, weil die dann sehr oft ziemlich aufgewühlt sind. (RD3 Z. 73f.)*

*Beruhigen, guter Zuspruch. Das ist eigentlich - finde ich - die allerwichtigste Maßnahme, die ein Sanitäter setzen kann: guter Zuspruch, Vertrauen aufbauen und Ruhe vermitteln. Das wäre eigentlich das Allerwichtigste und das ist halt non-verbal möglich, aber schwierig. (RD3 Z. 89-92)*

Auch RD1 nennt als einen wesentlichen Grund, eine/n Dolmetscher/in heranzuziehen, die Psychische Erste Hilfe:

*Weil mir persönlich auch die Psyche meiner Patienten sehr wichtig ist, muss ich sagen. Ich bin da eher sehr einfühlsam (lacht), vielleicht liegt es daran. Also wahrscheinlich würdest du von anderen eine andere Antwort bekommen. Aber mir liegt das einfach am Herzen, dass sich die Patienten auch wohl fühlen, weil es eben eine Ausnahmesituation ist für die Patienten. (RD1 Z. 110-114)*

RD 1 nennt zudem kulturelle Unterschiede, die die Versorgung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten erschweren:

*Weil was ich erlebt habe, ist eben gerade bei manchen kulturellen Hintergründen, wenn dann wirklich die ganze Sippe anwesend ist und du hast 15 Leute in einem Zimmer und alle schreien dich an. (RD1 Z. 141-142f.)*

Auch RD3 führt diesbezüglich zwei Beispiele an:

*Wir haben schon Einsätze gehabt, wo es fraglich war, ob wir als Männer da überhaupt hineingehen dürfen. Da haben wir zum Glück eine weibliche Notärztin mitgebracht, die das dann sehr charmant gelöst hat. Also es ist die Geschlechterfrage, die Frage, wie diese Gäste uns sehen bzw. ob sie sich so schnell anpassen können, falls das bei ihnen zuhause anders gehandhabt wurde: die Geschlechtertrennung. (RD3 Z. 100-103f.)*

*Es sind teilweise auch sehr komplexe Hintergründe: Zum Beispiel muss man verstehen, dass Menschen aus Afghanistan sehr wenig Kontakt haben mit Alkohol. Das heißt, wenn sie nach Österreich kommen und wie das bei uns ist, einen sehr schnellen Kontakt mit Alkohol aufbauen können, dann kann es schon einmal sein (.....), dass sich ziemlich problematische Situationen ergeben können [...]. (RD3 Z. 109-112f.)*

L1 sieht auch die Leitstelle bei fremdsprachigen Notrufen mit dem Thema *Kultur* konfrontiert, warnt jedoch vor Verallgemeinerungen:

*Die Schwelle, Hilfe zu holen oder Situationen darzustellen, ist oftmals eine Frage der eigenen Biographie. Die ist natürlich massiv von der Kultur beeinflusst. Das Schmerzbeispiel ist ein Gutes. Das nehme ich auch sehr oft zur Hand. Oftmals wird das ein bisschen laienhaft unterstellt, dass südost- bzw. osteuropäische Kulturen eine andere Schmerzwahrnehmung per se hätten. Das halte ich für sehr verfänglich. Ich glaube eher, dass auch die zentraleuropäische Kultur - wenn es die überhaupt gibt - eine sehr individuelle ist. (L1 Z. 567-572)*

Für RD2 stehen der Informationsverlust (Z. 143f.), die Identifikation der gesprochenen Sprache (Z. 147-149) und der rechtliche Rahmen im Vordergrund, falls Dolmetschende im Umkreis zum Einsatz kommen:

*[E]s könnten theoretisch rechtliche Probleme auftreten, falls eben Informationen falsch wiedergegeben werden. Da ist eben die Frage nach der Haftung - sprich die Haftungsfrage - sprich, wenn jetzt falsche Allergene des Patienten genannt werden und es wird genau dieses Medikament verabreicht, auf das der Patient allergisch reagiert und es wurde vielleicht irgendwie nicht übersetzt oder falsch gedolmetscht, dann ist eben die Frage nach der Haftung da: Wer haftet dafür? (RD2 Z. 154-158f.)*

In diesem Zusammenhang wirft RD3, der sich sonst keiner rechtlichen Unterschiede bewusst ist (Z. 94-97), auch organisatorische Fragen auf:

*[D]a geht es dann eher um organisatorische Problematiken: Wo kommt man hin? Welchen rechtlichen Status haben die Personen? Wie kommen sie dann wieder zurück, wenn sie im Krankenhaus nur ambulant behandelt werden? Und ganz komplizierte Sachen: alleinerziehende Mutter von drei Kindern, die jetzt selber ins Krankenhaus muss. (RD3 Z. 81-84f.)*

#### **7.4.4. Strategien zur Überbrückung von Sprachbarrieren**

Um herausfinden zu können, ob das Telefondolmetschen im Rettungsdienst bereits eine Rolle spielt, wurden RD1, RD2 und RD3 gebeten, zu Strategien Stellung zu nehmen, die sie zur Überwindung von Sprachbarrieren anwenden.

RD2 als auch RD3 erwähnen zunächst den Einsatz einer lingua franca, wobei RD3 zugleich Angehörige der Patientin bzw. des Patienten in seine Antwort miteinbezieht:

*Ich versuche mit dem Patienten auf Englisch zu kommunizieren und in den meisten Fällen bzw. bis jetzt hat es eigentlich immer geklappt. (RD2 Z. 40-41)*

*Das war grundsätzlich viel Wissen aus Erfahrung, bis ich darauf gekommen bin, dass es auch immer Menschen rund herum gibt, von denen irgendwer sicher zumindest Englisch spricht. Und der muss dann als provisorischer Dolmetscher herhalten. [...] Da haben auch schon Kinder ausgeholfen. (RD3 Z. 41-52)*

RD1 nennt vor dem Einsatz eines vereinfachten Deutsch bzw. des Englischen (Z. 59-60) zunächst den in Kapitel 6.1. angeführten Übersetzungskatalog als Hilfsmittel zur sprachlichen Verständigung (Z. 45-46), den RD2 als letzte Möglichkeit sieht (Z. 64). RD3 (Z.63) ist der Übersetzungskatalog hingegen völlig unbekannt.

Die Einbeziehung von Angehörigen, rettungsdienstlichen Kolleginnen und Kollegen bzw. sprachkundigen Freunden wird im späteren Verlauf auch von RD1 und RD2 angesprochen:

*Also Angehörige oder (...) ja ich weiß nicht, ob ich jetzt wirklich schon den Fall erlebt habe, dass man sich wirklich zu 0% verständigen hätte können, weil eben gerade bei uns im Rettungsdienst viel familiär passiert und - weil die Familie dabei ist - sind einfach Leute da, die auch Deutsch können. (RD1 Z. 72-75)*

*Wenn es auch nicht auf Englisch geht, dann versuche ich einmal im Umkreis zu schauen - vor Ort - ob jemand dolmetschen kann. (RD2 Z. 45f.)*

Eine weitere Strategie, die von RD1 und RD3 beschrieben wird, ist der Einsatz von non-verbaler Kommunikation. RD1 spricht vom Reden „mit Händen und Füßen“ (Z. 56). RD3 zeigt zugleich die Grenzen dieser Methode auf:

*[E]s funktioniert natürlich auch immer: „Wo haben sie Schmerzen?“ So viel deuten kann man dann schon, was aber bei - keine Ahnung - Hypoglykämie dann schon schwer wird. (RD3 Z. 44-45f.)*

RD2 und RD3 verwenden zudem elektronische Hilfsmittel:

*Notfallsmäßig geht's auch noch über eine App [...]. (RD2 Z. 63)*

*[I]ch habe auch schon probiert - recht erfolgreich -, dass ich mit Google Translate gearbeitet habe, wo ich dann nur eingegeben habe: „Krankenhaus“ und dann „Übersetzen auf Farsi“ und dann dem Patienten hingehalten habe. (RD3 Z. 55-58)*

Im Hinblick auf das Thema der Masterarbeit ist interessant, dass RD2 und RD3 angeben, auch telefonisch Dolmetscherinnen und Dolmetscher heranzuziehen. RD2 bezieht sich dabei sogar auf den Telefondolmetschdienst der Leitstelle.

*Wenn nicht, dann bliebe eigentlich noch notfallsmäßig die Option einen Kollegen anzurufen, wo ich weiß, dass er diese Fremdsprache spricht oder eben über Notruf Niederösterreich, dass ich schaue, dass ich einen Dolmetscher an den Apparat bekomme. (RD2 Z. 46-49)*

*Was auch schon vorgekommen ist - des Öfteren - das war, dass die Patienten vor Ort dann jemanden angerufen haben, der dann über das Telefon gedolmetscht hat, also der Freund. (RD3 Z. 46-47f.)*

*Ich habe das selber schon ein paar Mal praktiziert. Das waren Patienten, die russischer Abstammung sind/waren. Da habe ich dann immer einen guten Freund angerufen. (RD3 Z. 127-128)*

#### 7.4.5. Face-to-Face-Dolmetschen vs. Telefondolmetschen

Im Rahmen der Interviews wurden die befragten Personen gebeten, ihre Präferenzen bezüglich der Dolmetschmethode anzugeben. Die Meinungen von RD1, RD2 und RD3 fielen hinsichtlich der Frage, ob sie eine/n Dolmetscher/in per Telefon gegenüber einer/einem Dolmetscher/in vor Ort bevorzugen würden, klar aus. Sie geben dafür die unterschiedlichsten Gründe an.

Für RD1 steht primär der oft schlechte Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten konträr zum Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern über das Telefon:

*Eigentlich nicht, weil ich der Meinung bin, dass gerade im Rettungsdienst, wenn die Leute krank sind, wenn sie einen Unfall gehabt haben, das auch ein bisschen Face-to-Face stattfinden muss und es ist auch die Frage, inwieweit der Patient aufgrund seiner Erkrankung und aufgrund seiner Verletzung überhaupt noch in der Lage ist zu telefonieren. Außerdem hat es ja ein bisschen etwas von Stille-Post-Spiel, weil ich sage dem Dolmetscher etwas, der Dolmetscher sagt ihm etwas und es ist auch die Frage, ob das wirklich zu 100% auch wieder so ankommt. (RD1 Z. 94-100)*

Im späteren Verlauf des Interviews gibt sie jedoch an, dass es auch Situationen gibt, in denen ein/e Telefondolmetscher/in zumindest einer/einem Angehörigen vorzuziehen ist:

*Es kommt wahrscheinlich auf die Situation an. (.)[...] Es passiert gerade bei Leuten mit Migrationshintergrund, was mir auffällt. Da sind meistens die Emotionen höher, wenn es einem Angehörigen nicht gut geht. Und da wäre wahrscheinlich der Telefondolmetsch schon vor einem Angehörigen, weil das einfach auch Ruhe in die Situation bringen könnte. (RD1 Z. 141-147)*

RD2 sieht die Situation ähnlich wie RD1 und gibt als Grund mitunter mögliche technische Probleme an:

*Wenn dann hätte ich gerne einen Dolmetscher hier und jetzt vor Ort - also wirklich in realer Person. (RD2 Z. 115-116)*

*Einerseits weil- ich sage jetzt einmal so - die Kommunikation, wenn ich ihn jetzt am Telefon habe und ich falle in ein Funkloch oder sonst irgendwas, abreißen könnte. Ich habe dann aktiv in diesem Zeitraum keinen Dolmetsch mehr und das ist eben der Vor-*

*teil, wenn die Person wirklich mitfahren sollte, dass sie wirklich vor Ort ist, dass die Person die ganze Zeit da ist und ja immer dolmetschen kann. (RD2 Z. 118-122)*

Für RD2 bietet die/der Dolmetscher/in vor Ort zusätzliche Qualitäten:

*Ja, also das ist wirklich so ein gegenseitiges Sicherheitsgefühl - einerseits für den Patienten, weil die Person, die ihn versteht, fährt mit im Fahrzeug, und andererseits auch für mich oder für uns -besser gesagt -, dass wir eine Person an Bord haben, die dolmetschen kann. (RD2 Z. 124-126).*

Auch RD3 bevorzugt die Anwesenheit einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers vor Ort und spricht sich wiederum für den Einsatz von Angehörigen aus:

*Meine Erfahrung sagt, dass vor allem die jüngere Generation ziemlich gut Englisch spricht - bei den Flüchtlingen wie auch die jungen Österreicherinnen und Österreicher. Dementsprechend würde ich das eher vorziehen, weil sie natürlich auch den Patienten, die Patientin genauer kennen. (RD3 Z. 193-195f.)*

Als Back-up sollte jedoch immer ein/e Dolmetscher/in per Telefon zur Verfügung stehen:

*Ich würde grundsätzlich die Kommunikation mit den Angehörigen bevorzugen und ich persönlich traue mir die Einschätzung zu, ob die Kommunikation gelingt oder im erforderlichen Maß gelingt. Als Notfallkontakt wäre oder ist ein Dolmetscher unerlässlich, würde ich sagen. (RD3 Z. 211-214)*

#### **7.4.6. Der Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich**

Auf die Anschlussfrage, ob RD1, RD2 und RD3 den Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich kennen, meint RD3 sogleich:

*Ich wusste, dass es einen Dolmetschdienst gibt. Meiner Meinung nach funktioniert oder ist der quasi nur freigegeben für den Notruf des Patienten, für die Dolmetschung des Notrufs. Soweit ich informiert bin. (RD3 Z. 187-189)*

RD2 kennt den Dienst (Z. 51), hat ihn jedoch noch nie verwendet:

*Nein, ich habe einmal meine Mutter angerufen, weil die nämlich gebürtige Polin ist und ich hatte eine polnische Patientin im Fahrzeug. Das war aber vor vielen, vielen*

*Jahren, wo glaube ich Notruf Niederösterreich noch nicht einmal diesen Dolmetsch-service hatte. (RD2 Z. 176-178)*

RD1 verneint die Frage (Z. 91) und sieht Aufklärungsbedarf:

*[I]ch bin jetzt das elfte Jahr bei der Rettung und ich habe noch nie etwas von diesem Telefondolmetsch gehört - das auf jeden Fall besser anpreisen. Es bringt ja nichts, wenn der in seinem Büro sitzt und keiner weiß, dass es ihn gibt. Da wäre ja beiden Seiten geholfen. (RD1 Z. 165-168)*

Auch D1 hat nur zufällig vom Telefondolmetschdienst der Leitstelle erfahren:

*Das war eine ganz lustige Geschichte. Das war mehr oder weniger ein ganz ein großer Zufall, weil wir bei der Dienstaufsicht gesessen sind, auf einen Einsatz gewartet haben und irgendwer auf einmal anfängt: „Sag, bist du eigentlich Dolmetscher bei Notruf 144?“ Sage ich: „Was heißt Dolmetscher?“ (D1 [...] Ja, und ich habe gesagt: „Nein“, weil ich ja nicht gewusst habe, dass das möglich ist, dass man da freiwillig tätig ist. (D1 Z. 31- 39f.)*

#### **7.4.7. Zeitkritische Patientinnen und Patienten**

Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind in der Regel zeitkritische Patientinnen und Patienten. D.h., dass sie einer schneller Versorgung bzw. eines schnellen Transports ins Krankenhaus bedürfen. Wie bereits angeführt, versucht die Leitstelle im zeitkritischen Segment mit den internen Ressourcen auszukommen, um nicht noch mehr wertvolle Sekunden zu verlieren (L1 Z. 328-337).

D1 meint zum Vorgehen des Leitstellenpersonals bei kritischen Notfällen:

*Bei zeitkritischen Patienten wird er - glaube ich - eher schon ein Rettungsmittel entsenden, bevor er überhaupt nähere Informationen einholt. (D1 Z. 270-271f.)*

Gleichzeitig berichtet er jedoch auch von seinen eigenen Einsätzen als Dolmetscher:

*Also einmal war der Verdacht auf einen Herzinfarkt. Und einmal ist ein Herr in der Wachau mit dem Rad gestürzt. Also würde ich sagen: Einmal könnte es zeitkritisch gewesen sein und einmal eher nicht. (D1 Z. 260-262)*

RD1, RD2 und RD3 sind sich einig, dass bei stressigen Notfallsituationen die Kommunikation eher zweitrangig ist und die medizinische Behandlung höhere Priorität genießt, auch wenn das mögliche Nachteile mit sich bringt:

*Es kommt auf den Fall an, aber es gilt ja Leben vor Funktion und im Zweifelsfall muss man auch nach medizinischen Gesichtspunkten arbeiten. Die Kommunikation steht dann eher hinten an. (RD1 Z. 127-129)*

*Zeitkritische Patienten - ist eine gute Frage. Interessant wäre das schon betreffend der Information von Medikamenten und Allergien und sonstigem. Das wäre einerseits schon wichtig. Ich sage jetzt einmal, zeitkritische Patienten sollten sich vielleicht eventuell zunächst einmal in Richtung Krankenhaus bewegen und eventuell nachher auf der Anfahrt vielleicht versucht werden, einen Dolmetsch zu bekommen - damit man auch wichtige Infos erfährt. (RD2 Z. 84-88)*

*[J]a ich weiß nicht, ob es bei extremen Akutfällen/ Ja, da hat man sowieso keine Zeit. Da geht es darum Vitalparameter zu erheben, Transport ins Krankenhaus, danke. Da ist Kommunikation und psychische Zuwendung vermutlich auch Freundlichkeit und Etikette hinten anzustellen. Da steht die Medizin im Vordergrund. (RD3 Z. 137-140)*

Gemäß diesen Aussagen kann angenommen werden, dass die Notwendigkeit für eine/n Dolmetscher/in mit zunehmender Schwere des Notfalls sinkt.

#### **7.4.8. Rolle und Erwartungen an Dolmetschende**

L1 stellt an die Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher, die für die Leitstelle tätig sind, mehrere Erwartungen. Zunächst wünscht er sich, die Tätigkeit als Dolmetscher/in auch wirklich ernst zu nehmen:

*Wenn ich mich dazu bereit erkläre, so ein System zu unterstützen, und ein Einsatz ja nicht übertrieben oft vorkommt, dann würde ich mir auch wünschen, dass auch tatsächlich abgehoben wird. (L1 Z. 472-474)*

Zudem soll die/der Dolmetscher/in ihre/seine Sprachkenntnisse selbst einschätzen können:

*Fachlich würde ich mir erwarten, dass er/sie seine Qualifikationen so einschätzt - solange wir das nicht selber evaluieren oder irgendwann einmal extern evaluieren las-*

*sen, was ich mir durchaus gut vorstellen könnte - dass er/sie seine sprachlichen Kenntnisse so einschätzt, dass sie auch tatsächlich ausreichend sind, um uns da wirklich eine Hilfestellung sein zu können. (L1 Z. 475-478f.)*

Zur Rolle der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers während des Notrufgesprächs äußert sich L1 folgendermaßen:

*Was ich mir zusätzlich erwarten würde, ist sozusagen die Rolle der Bereitschaft in einem (...) Team zu arbeiten - das wäre vielleicht das beste Wort - nämlich mit einem Notrufexperten auf der einen Seite, einem Melder auf der anderen Seite und dazwischen die entsprechende Vermittlungsrolle auch tatsächlich als Vermittlungsrolle wahrnehmen [...] Das heißt, diese Bereitschaft, sich da wirklich führen zu lassen, im Team zu agieren [...]. (L1 Z. 481-491f.)*

*Genau, das was gesagt wurde und auch nicht, dass etwas dazugegeben oder weggelassen wird. (L1 Z. 555f.)*

Die klassische Rolle der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers als neutrale Vermittlungsperson betont auch RD2:

*Ich sage das einmal ganz blöd und formal: Wenn ich ihr sage/ Wenn ich z.B. einen deutschen Satz sage oder auf Englisch und eben sage - keine Ahnung - blöde Frage: „Wie geht es Ihnen?“, dann soll sie es eben genau in der Sprache für den Patienten wiedergeben und auch die Antwort vom Patienten mir wieder übergeben - quasi klassischer Dolmetsch. [...] Sie gibt deine Wortmeldung an den Patienten weiter und die Wortmeldung des Patienten an dich. (RD2 Z. 92-100)*

RD1 bezieht sich in diesem Zusammenhang abermals auf die/den Dolmetscher/in vor Ort, und deutet an, dass der/dem Dolmetscher/in im Rettungsdienst mehr als nur eine Vermittlungsrolle zukommt:

*Also was ich mir auf jeden Fall erwarte, ist, dass sie soweit beide Sprachen sprechen kann, dass sie sowohl auf Deutsch dolmetschen kann als auch das, was wir sagen, quasi in die jeweilige Sprache dolmetschen kann und was eben auch wichtig wäre, dass sie auch den Transport begleiten würde ins Spital. Weil es hört ja nicht auf in dem Moment, in dem wir den Patienten aus dem Auto ausladen. (RD1 Z. 80-84)*

*Ich würde ihm da schon mehr Verantwortung zutrauen, ja. Also wenn ich in der Position wäre, dass ich einen Unfall hätte im Ausland, wäre es mir natürlich lieber, es begleitet mich jemand ins Spital, der auch meine Sprache spricht. Weil man einfach auch über die Sprache ein gewisses Vertrauen aufbaut zu den anderen Leuten. (RD1 Z. 105-108)*

RD3 geht einen Schritt weiter und kann sich vorstellen, die/den Dolmetscher/in eigenständig agieren zu lassen:

*Ja, im Idealfall hat er irgendwie ein Schema, nach dem er abfragt. Da gibt es im Rettungsdienst diese tollen ABCDE-Schemata und SAMPLE-Schemata, die man da verwenden kann, die jetzt eigentlich auch nicht allzu aufwendig zu lernen sind. Das wäre natürlich toll, wenn das die Dolmetscher können bzw. was ich vor Ort mich verständigen kann mit dem Patienten, brauche ich dann nicht mehr über den Dolmetscher zu regeln bzw. vielleicht noch einmal, um sicherzugehen, aber dann wären noch vielleicht Spezialauskünfte notwendig, in welchem Krankenhaus der Patient bis jetzt behandelt wurde, welche Vorerkrankungen vorliegen oder so Dinge, bei denen man sich mittels Körpersprache schwer verständigen kann. (RD3 Z. 141-151)*

Auf eine Nachfrage hin nennt RD3 kulturelle Gründe und den Faktor der Zeitersparnis:

*Ja, das wäre für mich sinnvoll bzw. das wäre dann sinnvoll, wenn überhaupt keine Kommunikation möglich ist oder da irgendwie die Kommunikation aufgrund von Missverständnissen oder kulturellen Barrieren so gestört ist, weil man - keine Ahnung - mit dieser Frau nicht sprechen darf. Dann wäre das natürlich schon eine sehr interessante Sache. Weil sonst müsste ich jede Frage dem Dolmetscher stellen und der muss dann jede Frage und Antwort dolmetschen. (RD3 Z. 156-160f.)*

In einer späteren Antwort relativiert RD3 seine Ansicht jedoch:

*Aber ja, auf der anderen Seite könnte die Problematik auch sein, dass dann wieder zu viel (...) medizinisches Laienpersonal eingreift oder einzugreifen versucht. [...] Ja, also vermutlich ist die beste und effizienteste Methode, dass der Sanitäter dem Dolmetscher konkrete Fragen dolmetschen lässt. Wäre wahrscheinlich das Beste. (RD3 Z. 177-184)*

D1 sieht seine Rolle bei seiner Tätigkeit als Dolmetscher keineswegs passiv:

*Ich habe es bis jetzt so gemacht, dass ich einfach lautstark [Sprache] geredet habe, weil man in dem Augenblick, in dem man zum [Sprache] reden anfängt, den Leitstellendisponenten sowieso beiseite geschafft hat, sage ich einmal. Der hört dann einmal zu. Auf den Patienten muss man schon ein bisschen einreden. Der bekommt dann aber relativ schnell mit: Okay, da ist jetzt wer, der meine Sprache spricht und wird dadurch automatisch ruhiger. (D1 Z. 238-287f.)*

Erst wenn die/der Anrufer/in sich beruhigt hat, wäre es möglich, gezielte Fragen zu stellen (D1 Z. 294). D1 sieht dabei vor allem die Koordinierung des Gesprächs als Herausforderung:

*Man versucht dann nicht nur die ganze Zeit mit dem Anrufer zu reden und erst dann dem Leitstellendisponenten Bescheid zu sagen, sondern man versucht immer eine Frage zu stellen und sie dann gleich dem Leitstellendisponenten zu beantworten, wobei da die Schwierigkeit darin besteht: Man stellt jetzt in einer fremden Sprache eine Frage und erhält eine Antwort und redet dann mit dem Leitstellendisponenten. Das verwirrt aber den Anrufer, weil ja gerade einer da war, der [Sprache] spricht, und auf einmal wird wieder Deutsch geredet. (D1 Z. 294-300f.)*

Sein aktives Eingreifen in den Gesprächsinhalt rechtfertigt D1 mit seiner rettungsdienstlichen Ausbildung:

*Ich weiß nicht, ob die das irgendwie hinterlegt haben, dass man Rettungssanitäter ist oder nicht. Die mischen sich meines Erachtens ein bisschen zu viel ein am Anfang. Das kann aber auch sein, dass das auch aus meiner Sicht so ist, weil ich ja wirklich sagen muss, dass ich weiß, was ich fragen muss. Wenn das einer ist, der nicht weiß, was er fragen soll, ist das schön und gut, dass der Leitstellendisponent sagt: „Frag ihn bitte das ...“, „Frag ihn bitte, wieso ...“ und dieses und jenes. Da sollte man vielleicht, wenn man das als Kritikpunkt sehen kann, mehr unterscheiden, zwischen Personal, das in den Rettungsdienst involviert ist oder nicht. Sicher wäre es bei einem rettungsdienstlichen Mitarbeiter produktiver, dass sich der Leitstellendisponent einmal im Hintergrund hält, dass ich die ganze Situation aufklären kann, damit ich mehr Licht ins Dunkle bringen kann und dann dem Leitstellendisponenten sage, worum es sich handelt. (D1 Z. 168-178)*

L1 ist sich der Gefahr, Sanitäterinnen und Sanitäter als Dolmetscherinnen und Dolmetscher einzusetzen, dabei durchaus bewusst:

*Ich bin mir nicht ganz sicher, wie weit die Hilfestellung seitens des Dolmetschers auch das Ergebnis verfälschen kann, weil der Dolmetscher natürlich - wir bedienen uns ja der rettungsdienstlichen Kollegen - das immer auch mit den Rettungsdienstleuten sehen wird. Da sehe ich eine Diskrepanz. (L1 Z. 522-525)*

In diesem Zusammenhang spricht er abermals vom „führen lassen“:

*Mein Wunsch wäre, dass wir zunächst einmal im ersten Versuch bei so einer Dolmetschleistung eine ganz hohe Disziplin beim Führen lassen versuchen umzusetzen. Soll heißen: die deutsche Frage so gut wie es nur geht, mit denselben laienhaften Begriffen in der entsprechenden Fremdsprache zu übermitteln und die Bewertung der Antwort auch in einem ersten Versuch zunächst einmal dem Experten auf der anderen Seite zu überlassen. (L1 Z. 544-547f.)*

Dies ist durch zweierlei Faktoren bedingt:

*Der Standard ist schon so gestaltet, dass er in Laiensprache versucht abzuwickeln. (L1 517f.)*

*Wir persönlich sehen den informationsgewinnenden Teil zwischen zwei Kommunikationsstellen - nämlich einem Laien vor Ort und einem Profi in einem weit entfernten Leitstellenraum - diese Leistung, die dazwischen passiert, eigentlich schon als Dolmetschleistung. [...] Wir dolmetschen nämlich in der Standardsituation schon von Laiensprache (.) in Fachsprache, d.h. in medizinisch verwertbare Kategorien. (L1 Z. 499-504f.)*

Aus diesen Beweggründen heraus formuliert L1 folgende Erwartungen an die Dolmetscherinnen und Dolmetscher:

*Was ich mir nicht wünschen würde, wäre die Frage: „Atmet er normal?“ - als eine der relevanten Fragen, die dann noch viel tiefer geht - ins Ungarische dolmetschen zu lassen und dann käme sozusagen die Antwort des ungarischen Melders, der das beschreibt mit: „Er macht so komische Pausen beim Atmen“ in seiner Sprache und die Antwort des Dolmetschers: „Nein, er atmet nicht normal.“ wäre. (L1 Z. 548-553)*

Erst in einem weiteren Schritt soll die/der Dolmetscher/in durch die persönliche Interpretation der Aussagen eine aktivere Rolle einnehmen (L1 Z. 556-557f.).

#### 7.4.9. Qualitätssicherung und Professionalität

Sowohl für RD2 (Z. 59) als auch für RD3 (Z. 127) sind die Dolmetschungen, die sie im Rahmen eines Einsatzes geliefert bekommen, für die weitere Arbeit brauchbar.

D1 gibt zu erkennen, dass eine qualitativ gute Dolmetschung von mehreren Faktoren abhängt und bezieht sich zunächst auf die Unvorhersehbarkeit der Situation:

*Das ist halt das Schwere daran, weil der Leitstellendisponent kann sich darauf einstellen, sage ich einmal. [...] [A]uch wenn ich sage: „Ich mache Dienst“, ist das nicht so überraschend, wie wenn ich jetzt mit meinem Hund spazieren gehe, auf einmal läutet das Telefon und „Hey, hast du schnell Zeit?“ Dann muss wirklich alles schnell, zack, zack gehen. [...] [W]enn man eben so privat unterwegs ist, du rechnest ja nicht damit. Da würde man wahnsinnig werden, wenn man die ganze Zeit glaubt: Jetzt ist es soweit. Umso wichtiger ist es, dass man dann wirklich schnell umschaltet und mehr oder weniger Ruhe bewahrt und sich ein Bild von der ganzen Situation verschafft. (D1 Z. 91-104).*

Der fehlende visuelle Input macht D1 jedoch zu schaffen:

*Also auf jedem Fall einmal muss man sich von der ganzen Situation ein Bild verschaffen und es ist viel leichter/ es klingt jetzt blöd, dass man sagt, wenn man es sieht, verschafft man sich natürlich leichter ein Bild, aber was ich meine, ist die ganze Mimik und Gestik, wenn der jetzt sagt - weiß ich nicht-: „Mir tut der Kopf weh“ und dann sieht man: Übertreibt er jetzt? Ist das irgend so ein Mensch, der einfach gerne übertreibt, und sollte der Fokus jetzt nicht auf dem Kopfweh liegen oder ist wirklich der Kopf das Primäre, das ihm weh tut. Also am Telefon: Man kann sich ein Bild machen, aber es ist sicher schwerer, als wenn man vor Ort ist. (D1 Z. 197-203f.)*

Als weitere Faktoren, die die Qualität beeinflussen können, nennt D1 die Sprachkenntnisse und die Fähigkeit, Gespräche koordinieren zu können:

*Man muss immer mitdenken: Einerseits ist da eben dieses Dolmetschen, dass ich jetzt sage: Okay, der erzählt mir das, was heißt das auf das - vor allem jetzt wenn ich irgendwelche fachlichen Ausdrücke habe. Wenn er sagt: „Ich habe Kopfweh oder „Mir*

*tut der Magen weh“ oder „Ich habe mir die Hand gebrochen.“ - das kann man schnell dolmetschen. Aber bei irgendwelchen Fachausdrücken, vor allem bei Vorerkrankungen, wenn das nicht lateinische Begriffe sind - wobei ich mich da auch nicht so gut auskenne mit den lateinischen Begriffen - da muss man eben viel überlegen. Man hat ja auch dann keine Möglichkeit, dass man nachschaut. Man versucht das zu umschreiben, wenn man das nicht weiß. Und andererseits muss man parallel dazu denken: Was habe ich ihn schon gefragt? Was muss ich ihn noch fragen? Was ist für den Leitstellendisponenten wichtig? Es sind eigentlich zwei parallele Schienen, die so laufen. Natürlich tut man sich leichter als Zweisprachiger, als wenn man die Sprache erlernt, aber es ist sicher nicht ohne. (D1 Z. 214-225)*

Etwaige Fachausdrücke kommen dabei meist vonseiten der Patientin bzw. des Patienten (Z. 227):

*Der Leitstellendisponent will eher wissen: Hat er zum Beispiel irgendwelche Vorerkrankungen? Oder: Hat er das schon einmal gehabt? Und der Patient kennt sich dann auch nicht wirklich gut aus und hat von seinem Hausarzt gehört, dass er einmal das und das gehabt hat und da ist es dann schwerer. (D1 Z. 228-231f.)*

Die Frage, ob denn auch spezielle Schulungen für die Tätigkeit der Dolmetscherinnen und Dolmetscher der Leitstelle angeboten werden, verneint D1, obwohl er dies als sinnvoll erachten würde:

*Ja, würde ich schon sinnvoll sehen, vor allem für die Personen, die eben nichts mit dem Rettungsdienst am Hut haben. (D1 Z. 130f.)*

*Die ganzen Abläufe sind eben für den Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter klar, aber für einen Außenstehenden schwer verständlich. Da wäre das sicher sinnvoll, wenn man/ und vor allem auch wenn sich der freiwillig meldet dafür, dann rechnet man auch damit, dass er vielleicht - ich weiß nicht - ein paar Stunden für etwaige Schulungen aufbringen würde, weil er es ja von sich aus will. (D1 Z. 137-141)*

Für RD3 ist die Kenntnis der Abläufe zweitrangig:

*Es ist nicht zwingend erforderlich. Es ist auf jeden Fall hilfreich in der Situation, aber nicht zwingend. Denn wenn ein gut ausgebildeter Sanitäter vor Ort ist, dann weiß der*

*selber auch ganz genau, was zu erfragen ist und welche Schlüsselkriterien er jetzt erfragen muss, welche Schlüsselparameter. (RD3 Z. 169-171f.)*

Auch L1 sieht den Schulungsbedarf der Dolmetschenden seitens der Leitstelle eher gering und legt den Fokus auf den Prozess des Dolmetschens:

*Das ist vermutlich schon eine gewisse logistische Herausforderung und das ist jetzt meine persönliche Meinung, weil ich glaube, dass ich wahrscheinlich der Kollegin aus dem Rettungsdienst, die sich als Polnischdolmetscherin zur Verfügung stellt, außer den Abfrageprozess in unserer Sprache nichts lernen kann. Was sie natürlich machen könnte, wäre, sich entsprechend darauf vorzubereiten, wenn dann ein Notruf kommt: Was kommen denn für Fragen? Das ja, aber ich könnte sie sprachlich überhaupt nicht unterstützen. Das heißt, die Schulung, die man anbieten könnte - theoretisch -, wäre ausschließlich auf das Fach bezogen und nicht auf die Sprache natürlich. Da wäre es fast umgekehrt interessanter. (L1 Z. 432-440)*

Eine Qualitätssicherung lässt sich bei gedolmetschten Notrufen laut L1 aber nur schwer durchführen:

*Bei den eigenen, die wir im eigenen Haus abarbeiten, ja. Das betrifft die Kollegen, die das auf Englisch machen oder in einer anderen Sprache, die wir verfügbar haben: der Kollege, der Ungarisch kann oder die Kollegin, die selber sozusagen noch etwas mitbringt. Die schauen wir uns an, wobei wir mit der Bewertung sehr lastig in Richtung Englisch sind. Wenn ich niemanden habe, der das Ungarische bewerten kann (lacht), wird es recht schwierig in der Qualitätsmessung (L1 Z. 581-585f.).*

Aussagen zur Qualität von Telefondolmetschleistungen bei *Notruf Niederösterreich* lassen sich demnach nur mit Einschränkungen treffen und hängen maßgeblich davon ab, ob Ressourcen für die Qualitätsmessung vorhanden sind.

Auch D1 sieht sich primär nicht als professioneller Dolmetscher, der in jeglichen Bereichen auf hohem Niveau arbeiten kann, und hält eine umfassende Ausbildung für wünschenswert:

*Als ganz professionell würde ich mich nicht bezeichnen, weil mir einfach diese Spezialisierung fehlt. Umgangssprachlich und einfach laufende Sachen ja, wobei, wenn man als professionellen Dolmetscher jemanden sehen würde, der wirklich das studiert hat,*

und sich dann auch auf eine Richtung spezialisiert hat, ist das natürlich etwas Anderes. (D1 Z. 308-310f.)

Der Optimalfall wäre natürlich ein Muttersprachler, der noch ein Dolmetscherstudium macht. Das wäre das Nonplusultra. (D1 Z. 324-325)

#### **7.4.10. Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und Verbesserungsbedarf**

Weder L1 noch RD1, RD2 oder RD3 sind mit den Lösungen, die zur Abwicklung von Notfallereignissen mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten Anwendung finden, vollends zufrieden.

RD1 und RD2 sehen im Sinne einer kultursensiblen Versorgung von fremdsprachigen Notfallopfern die/den Sanitäter/in bzw. das Leitstellenpersonal selbst unter Zugzwang:

*Meine persönlich Meinung ist oft, dass schon auch im Rettungsdienst gewisse Vorurteile (...) da sind und - du zeichnest das jetzt auf, das ist ein bisschen blöd - aber ich habe auch schon mitbekommen, dass zum Beispiel bei Notruf 144 über die Alarmierung schon auch so Seitenhiebe kommen - ich weiß nicht, wie ich es erklären soll- also schon auch so Seitenhiebe in Richtung: „Das ist eben ein Ausländer.“ Ich meine jetzt nicht im Sinne von fremdenfeindlich, aber „hat großes Aua“ - einfach so ein bisschen ins Lächerliche gezogen. (RD1 Z. 155-160)*

*Grundsätzlich sind die größten Vorbehalte oder die größten Probleme in der Akzeptanz und der Toleranz der Sanitäter gegenüber den Gästen, die bei uns sind, gegenüber den Flüchtlingen. Das ist die viel größere Problematik - würde ich vermuten - als die Thematik mit der Sprache grundsätzlich. [...] Im schlimmsten Fall ist es eine Katastrophe, falls die falschen Menschen aufeinandertreffen. (RD3 Z. 222-228f.)*

Im Verlauf der Interviews weisen RD1 (Z. 87) und RD2 zudem darauf hin, dass ein vorübergehendes Überwinden der Sprachbarriere am Notfallort zwar oft zufriedenstellend erfolgen kann, in der weiteren Versorgung im Krankenhaus aber erneut zu Problemen führt:

*Jein. Ich muss sagen, jetzt so einmal primär Versorgung im Rettungsdienst kann ich schon mit Ja beantworten. Die andere Frage ist, wie es im Krankenhaus aussieht. Das kann ich eben nicht beurteilen - also wenn man wirklich den allgemeinen Punkt Versorgung hernimmt, dann kann ich das nicht beantworten. Ich weiß nicht, ob das Krankenhaus auf*

*Dolmetscher zugreifen kann, höchstwahrscheinlich ja, aber diesen Punkt kann ich jetzt nicht wirklich zu 100% beantworten. (RD2 Z. 165-169f.)*

RD3 (Z. 234-235) spricht in diesem Zusammenhang wiederum an, dass in der Notfallmedizin die medizinischen Aspekte vordergründig seien und man vieles non-verbal regeln könne.

#### **7.4.11. Professionelle Telefondolmetschdienste**

Auf die Frage, ob man einen landesweiten professionellen Telefondolmetschdienst nach dem Vorbild der Schweiz verwenden würde, antworteten L1 sowie RD1, RD2 und RD3 einstimmig mit „Ja“.

RD 1 meint in diesem Zusammenhang:

*Ich wusste ja bis jetzt nicht, dass wir selbst Telefondolmetscher haben (lacht). Wenn ich es weiß, dass es ihn gibt, würde ich dann auch einen hinzuziehen. (RD1 Z. 137-138)*

RD2 kann sich eine Nutzung des Telefondolmetschdienstes nur vorstellen, wenn im Vorfeld die Sprache der Patientin bzw. des Patienten eruiert werden kann:

*Würde ich in Anspruch nehmen, wenn ich auch wirklich weiß, dass die Sprache auch wirklich abgedeckt wird, die ich jetzt gerade brauche bzw. müsste man zunächst noch eruieren, welche Sprache diese Person vor mir spricht. Das ist die nächste Frage. Wenn ich diese Person nur einzeln antreffe, wie kann ich feststellen, welche Sprache diese Person spricht? Eventuell vielleicht durch den Reisepass wäre es möglich, aber ich würde ihn auf jeden Fall in Anspruch nehmen. (RD Z. 132-137)*

L1 sieht das Hinzuziehen professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher vonseiten der Leitstelle unproblematisch. Eher haben laut seinen Angaben die Telefondolmetschdienste Probleme damit:

*Man würde ihn in Anspruch nehmen. Man würde die Kosten mit Sicherheit auch tragen. Das ist jetzt abhängig vom Detail, aber grundsätzlich ja. Ich weiß allerdings aus Erfahrung, dass es immer wieder schwierig ist oder in der Vergangenheit, bevor wir das System aufgestellt haben, schwierig war, jemanden zu finden. Ab dem Zeitpunkt, wo das Wort „Notruf“ gefallen ist, haben Dolmetschdienste auch Rückzieher gemacht. [...] Da sind wir dann bei einer legislativen Geschichte oder bei einer juristischen Ge-*

*schichte im Sinne von „Können wir das überhaupt? Wollen wir das überhaupt? Wer hat die Verantwortung für was?“ Das mündet oft entweder in einem Preis, der nicht in Relation steht oder überhaupt in Rückziehen, dass man sagt: „Okay, nein, diese spezifischen Gespräche können wir so nicht dolmetschen. Da geht es jetzt nicht um irgendeine Serviceline, sondern da geht es um das menschliche Leben. Das können wir mit unseren Mitarbeitern nicht machen“. Auch solche Dinge haben wir erlebt. Aber ja, wir würden sie beanspruchen. (L1 Z. 622-633f.)*

Zur Professionalisierung des eigenen Telefondolmetschdienstes der Leitstelle meint L1:

*Ich sehe auf jeden Fall Verbesserungsbedarf in den jetzt schon angesprochenen Punkten, im Handlungsrahmen des Freiwilligen, innerhalb des Konstrukts, zu dem man sich freiwillig meldet. Da würde ich mir schon wünschen und das wäre ein Verbesserungspotenzial, dass sie nachweislich von der Sprache bzw. von den Sprachen, die sie anbieten, Kenntnis haben. Auch die Qualitätsbemühungen, die Sie angesprochen haben, sind ein Thema und (.....) ja (...) was mir ganz deutlich während unseres Interviews wurde, sind schlicht und ergreifend so disziplinäre Fragen von Dolmetschdiensten [...] Soll heißen: Der Zugang zu solchen Kollegen, die sich freiwillig dafür melden, könnte im Sinne einer Schulung erfolgen, wie Sie es zunächst schon angedeutet haben: „Hör zu! Wir als Leitstelle erwarten uns das und das.“ Und das Ganze nicht nur verschriftlicht, sondern vielleicht auch einmal in Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung. (L1 Z. 592-605f.)*

Ob in diesem Sinne auch Interesse an einer Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern besteht, antwortet L1:

*Ja. Ich kenne diese Disziplin zu wenig aus der Fachexpertise, aber ich meine, die Fachexpertise Dolmetschexperte und die Fachexpertise Leitstellenexperte zusammenzubringen und da dann - wenn es ein freiwilliger Bereich ist – von beiden Seiten Unterstützung zu liefern, es nur positiv sein kann. (L1 Z. 611-613f.)*

## 8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Masterarbeit hat sich eingangs die Frage gestellt, welchen Beitrag das Telefondolmetschen für Leitstellen und den Rettungsdienst leisten kann. Zur Beantwortung dieser Frage wurde zunächst versucht, den Dolmetschbedarf im österreichischen Rettungsdienst anhand von demographischen Entwicklungen nachzuweisen. Darüber hinaus wurde betont, dass nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren ein gleichberechtigter Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem verwehrt bleibt. Dies geht unter anderem mit einem höheren Gesundheitsrisiko einher und kann zu einem erhöhten Einsatzaufkommen für den Rettungsdienst führen.

Zur Überwindung der oben genannten Barrieren hat sich als Ideallösung der Einsatz von zweisprachigem Fachpersonal herausgestellt. Da es jedoch auch hier aufgrund von logistischen Herausforderungen und der fehlenden Überprüfung von Sprach- und Kulturkenntnissen zu Problemen kommen kann, wurde auf die Notwendigkeit, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher heranzuziehen, verwiesen. Dabei wurde der Begriff der Professionalität genau unter die Lupe genommen und das Fehlen von Ausbildungsmöglichkeiten und Standards für das Dolmetschen im Gesundheitswesen kritisch angemerkt sowie ein Schulungsbedarf hinsichtlich des Einsatzes von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern für das medizinische Personal attestiert. Sowohl für den klinischen als auch für den präklinischen Bereich wurde nachgewiesen, dass vorwiegend Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher (Familienangehörige, Freunde, freiwillige Helferinnen und Helfer etc.) zum Einsatz kommen, die für diese komplexe Aufgabe jedoch denkbar ungeeignet sind.

Demnach wurde das Telefondolmetschen als Verständigungsmethode in Betracht gezogen. Ausgehend von grundlegenden Überlegungen wurden die historische Entwicklung des Telefondolmetschens und seine Anwendungsbereiche beschrieben. Dabei stand das Dolmetschen im Gesundheitswesen im Fokus. Wie des Öfteren angeführt wurde, hängt der erfolgreiche Einsatz von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher maßgeblich von der verwendeten Technik ab. Hinzu kommen besondere Herausforderungen wie der fehlende visuelle Input, zusätzliche Koordinierungsaufgaben, die räumliche Distanz oder die Unvorhersehbarkeit der Aufträge, die spezielle Anforderungen an die Dolmetschenden stellen und das Telefondolmetschen in manchen Situationen „less than ideal“ (Kelly 2008: 9) machen. Gerade das Telefondolmetschen in Notfallsituationen sieht sich des Öfteren mit suboptimalen Bedingungen konfrontiert, bleibt jedoch oft die einzige professionelle Möglichkeit, sodass dieser Tätigkeitsbereich nur erfahrenen Dolmetscherinnen und Dolmetschern überlassen werden sollte.

Um herausfinden zu können, welchen Beitrag das Telefondolmetschen konkret im österreichischen Rettungswesen leisten kann, wurde das einheimische System einer genauen Betrachtung unterzogen. Zu diesem Zwecke wurde nicht nur auf die historische Entwicklung und die rechtlichen Grundlagen eingegangen, sondern auch das Personal, die Ausbildung, die Fahrzeugtypen sowie die Aufgabenbereiche detailliert beschrieben. In einem weiteren Schritt wurde der Begriff *Notfall* definiert und ein typischer Ablauf anhand standardisierter Abfrage- und Behandlungsschemata geschildert, ehe auf die speziellen Herausforderungen bei fremdsprachigen Notfallopfern im österreichischen Rettungsdienst eingegangen wurde.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurde in Kapitel 6.4. zusammenfassend das große Potenzial des Telefondolmetschens für die Leitstelle und den Rettungsdienst erläutert: Professionelle Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher können mit ihrer Dolmetschung dafür sorgen, dass innerhalb kürzester Zeit ein angemessenes Rettungsmittel an den richtigen Ort geschickt wird, am Notfallort eine korrekte Verdachtsdiagnose gestellt wird, indizierte therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden können und die psychologische und kultursensible Betreuung der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist. Die/Der Dolmetscher/in ist demnach maßgeblich für den erfolgreichen Ablauf eines Einsatzes mit fremdsprachigen Notfallmelderinnen und Notfallmeldern bzw. Patientinnen und Patienten verantwortlich.

Im Zuge des empirischen Teils der Arbeit wurde der Telefondolmetschdienst der niederösterreichischen Rettungsleitstelle *Notruf Niederösterreich* untersucht und im Rahmen eines Vergleichs der durchgeführten Interviews mit der Leitstelle, einem Dolmetscher des Telefondolmetschdienstes und der Rettungsmitarbeiterin bzw. den Rettungsdienstmitarbeitern anhand verschiedener Gesichtspunkte der Frage nachgegangen, ob und wie das Telefondolmetschen im Rettungsdienst bereits Anwendung findet oder andere Präferenzen vorherrschen.

Zunächst wurde dabei festgestellt, dass die/der fremdsprachige Patient/in bzw. Anrufer/in sowohl für die Leitstelle als auch für den Rettungsdienst in Niederösterreich eine **Ausnahme** darstellt. Zwar kann die Zahl je nach geographischem Einsatzgebiet und tagespolitischen Ereignissen schwanken, als Hauptgrund für das Ausbleiben fremdsprachiger Notfallopfer werden jedoch die geringen Tourismuszahlen im Bundesland angeführt. Dies bestätigen auch die Angaben der Statistik Austria (2017e) zu den Ankünften und Übernachtungen im Kalenderjahr 2016.

Die **Sprachen**, die vorwiegend in Niederösterreich benötigt werden, sind neben den klassischen Minderheitensprachen auch die Sprachen der Nachbarländer sowie im Hinblick auf das erhöhte Flüchtlingsaufkommen in Österreich arabische Sprachen. Ein Blick in den Dol-

metschpool von *Notruf Niederösterreich* zeigt, dass die Leitstelle zumindest für die beiden erstgenannten Sprachgruppen gut gerüstet ist.

Interessant ist zudem die Anmerkung von RD3, wonach er noch nie mit einer Patientin bzw. einem Patienten mit Muttersprache Englisch zu tun hatte. Werden Notfälle auf Englisch abgewickelt, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Sprache als *lingua franca* dient und weder Patient/in bzw. Anrufer/in noch Leitstellenpersonal bzw. Sanitäter/in eine voll entwickelte Sprachkompetenz aufweisen. Mitunter führt dies zu Missverständnissen und im schlimmsten Fall zu Fehlbehandlungen (siehe Kapitel 2.3.).

Die von den Sanitäterinnen und den Sanitätern genannten **Herausforderungen** bei der Versorgung und Behandlung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten decken sich in groben Zügen mit den Feststellungen in Kapitel 6. Auffallend ist, dass alle Befragten der psychologischen Betreuung der Patientinnen und Patienten eine hohe Priorität einräumen. Bemerkenswert ist zudem die Feststellung von RD3 in Bezug auf die fehlende sprachliche Verständigung. Können nicht kommuniziert werden, komme die Situation dem Vorliegen einer Bewusstlosigkeit bei der Patientin bzw. dem Patienten gleich. Probleme rechtlicher Natur bzw. rechtliche Unsicherheiten könnten demnach zunächst beiseitegelassen werden, indem man sich auf jene Maßnahmen beschränkt, die man bei einem bewusstlosen Notfallopfer machen würde. Wie die Ergebnisse des Weiteren zeigen, kommen sowohl Rettungsdienst als auch die Leitstelle nicht darum herum, sich eingehend mit dem Thema *Kultur und Notfall* auseinanderzusetzen. Dabei lässt sich in den Antworten der Befragten zum Teil auch die Forderung nach einer kultursensiblen Versorgung feststellen (siehe Kapitel 6.3.).

Die **Strategien zur Überbrückung von Sprachbarrieren** entsprechen den in Kapitel 2.3. angeführten ‚Lösungen‘. Nach wie vor wird versucht, mittels *lingua franca* oder in einem vereinfachten Deutsch zu kommunizieren, Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde oder Kolleginnen bzw. Kollegen als Dolmetschende einzusetzen oder sich elektronischer Hilfsmittel bzw. der Zeichensprache zu bedienen. Im Hinblick auf die Masterarbeit ist interessant, dass das Dolmetschen auch immer wieder einmal über das Telefon erfolgt.

Im **Vergleich zum Dolmetschen vor Ort** wird das Telefondolmetschen jedoch eher abgelehnt. Dies fußt u.a. auch auf Fehlvorstellungen der Rettungskräfte, dass das *telephone passing* die einzige mögliche Konstellation für das Telefondolmetschen wäre (vgl. RD1 Z. 97-100). RD1 scheint der/dem Telefondolmetscher/in zudem ein gewisses Maß an Misstrauen entgegenzubringen (siehe Kapitel 2.3.). Klar gegen den Einsatz von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern spricht eine nicht funktionierende Technik. Konträr fallen die Mei-

nungen bei emotional aufgeladenen Situationen aus, wobei auch hier bei Möglichkeit Dolmetscherinnen und Dolmetschern vor Ort der Vorzug gegeben wird.

Vom **Telefondolmetschdienst der Leitstelle** haben die meisten nur zufällig erfahren bzw. benutzen ihn nicht, da dieser entweder gänzlich unbekannt ist bzw. nicht gewusst wird, ob die Dolmetscherinnen und Dolmetscher auch von den Rettungskräften angefordert werden können. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da der Dolmetschdienst, wie in Kapitel 7.2.2. beschrieben, von der Leitstelle selbst nicht beworben wird und momentan nur für die Kommunikation bei fremdsprachigen Notrufen eingesetzt wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Anmerkung von RD1 (Z. 165-168), die sich den Dolmetschdienst gewissermaßen als Call-Center mit Büroräumen vorstellt. Hier besteht demnach Aufklärungsbedarf seitens der Leitstelle.

Bei **zeitkritischen Patientinnen und Patienten** sind sich die Befragten einig, dass die medizinische Behandlung Vorrang hat und die fehlende sprachliche Verständigung in Kauf genommen werden muss. Lediglich RD2 (Z. 154-158f.) weist daraufhin, dass das Einholen von Informationen bezüglich eingenommener Medikamente und Allergien nicht vernachlässigt werden sollte. Dies hängt vermutlich auch mit der Vorgangsweise der Rettungskräfte zusammen, wonach der Primary Survey (ABC) zum Feststellen lebensbedrohlicher Störungen keiner Kommunikation bedarf. Trotzdem sollte im Secondary Survey eine umfassende Patientenanamnese erhoben werden (siehe Kapitel 5.4.1.).

Die **Erwartungen**, die sowohl die Leitstelle als auch einer der befragten Sanitäter an Dolmetscherinnen und Dolmetscher stellen, entsprechen dem in Kapitel 3.4.1. beschriebenen Bild der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers als neutralem Sprachrohr, deren/dessen Kenntnisse in zweierlei Sprachen ausreichend seien, um von A nach B vermitteln zu können. Mit dem Wunsch von RD1 und RD2 nach der Transportbegleitung und Betreuung der Patientin bzw. des Patienten durch die/den Dolmetscher/in gerät dieses Bild der neutralen Vermittlerin bzw. des neutralen Vermittlers jedoch schnell ins Wanken und die/der Dolmetscher/in soll als *patient advocate* für zusätzliche Aufgaben zur Verfügung stehen. Die Anmerkung von RD3, die/den Dolmetscher/in eigenständig handeln zu lassen, erinnert an die in Kapitel 3.4.1. angeführte Rolle des *co-diagnostician* bzw. *co-interviewer*. Auch D1 sieht seine **Rolle** alles andere als passiv. Er steuert den Gesprächsfluss, koordiniert das Gespräch, versucht passende Antworten zu finden und stellt teilweise selber Fragen, die er aus seiner rettungsdienstlichen Expertise heraus für relevant hält. Dabei ist er im Sinne Angelellis (2004) nicht nur als *detective* und *diamond connoisseurs* tätig, sondern in Anlehnung an die Erkenntnisse aus Kapitel 3.4.1. gewissermaßen auch als *co-dispatcher* und *co-paramedic*. Interessanterweise steht das

Rollenverständnis des befragten Dolmetschers damit in krassem Gegensatz zum gewünschten Rollenbild der Leitstelle, die die/den Dolmetscher/in wieder in der klassischen Vermittlungsrolle sieht. Die Dolmetschung soll demnach vollständig und möglichst genau sein und die Interpretation der Aussagen zunächst der Notrufexpertin bzw. dem Notrufexperten überlassen werden. Nur bei Verständnisproblemen seitens der Leitstelle soll die/der Dolmetscher/in im Sinne eines *cultural clarifier* in Aktion treten.

Obwohl RD2 und RD3 die Dolmetschungen von Angehörigen und Kolleginnen und Kollegen als brauchbar bezeichnen, kann die **Qualität** dieser im Hinblick auf Kapitel 2.3.1. doch stark angezweifelt werden. D1 nennt bei seiner Tätigkeit für die Leitstelle viele der in Kapitel 3.8.2. angeführten Nachteile des Telefondolmetschens (Unvorhersehbarkeit, fehlender visueller Input, umfassende Sprachkenntnisse in verschiedenen Fachbereichen, Gesprächskoordination etc.), die eine Dolmetschung zusätzlich erschweren können. Das Fehlen von Schulungsmaterial für Dolmetscherinnen und Dolmetscher gefährde ebenso die Qualität wie auch nicht vorhandene Ressourcen, telefongedolmetschte Gespräche für bestimmte Sprachen evaluieren zu können.

**Verbesserungsbedarf** sehen die befragten Sanitärerinnen und Sanitäter weniger bei den Dolmetscherinnen und Dolmetschern, sondern im Sinne einer kultursensiblen Ausbildung bei ihrem Berufsbild bzw. beim Leitstellenpersonal. Fehlende Verbesserungsvorschläge im Bezug auf das Dolmetschen könnten wiederum ein Hinweis darauf sein, dass der Rettungsdienst den Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher weiterhin als nicht notwendig erachtet (siehe Kapitel 3.2.2.).

Positiv zu sehen sind die Antworten der Leitstelle sowie der Rettungskräfte, bei Verfügbarkeit eines **professionellen Telefondolmetschdienstes** diesen – wenn auch mit Vorbehalten - nutzen zu wollen. Bemerkenswert ist dabei die Äußerung der Leitstelle, auch die Kosten zu übernehmen, wobei dies eingeschränkt nur für Einzelfälle zu gelten scheint. Der Hinweis, dass es vor allem an der ablehnenden Haltung der ortsansässigen Telefondolmetschdienste liege, dass in Notfallsituationen keine professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetscher zum Einsatz kommen, kann ohne weitere Nachforschungen nicht bestätigt werden. Als möglicher Grund könnten der relativ schwach entwickelte Markt des Telefondolmetschens in Österreich und fehlende spezielle Ausbildungsmöglichkeiten gesehen werden. Demnach sind die Bestrebungen von *Notruf Niederösterreich*, den eigens eingerichteten Telefondolmetschdienst mit einer neuen Voraussetzungskette (Nachweis der Sprachkenntnisse) und Schulungen (Ablauf der Notrufabwicklung) zu professionalisieren, zu begrüßen. Besonders erfreulich ist

dabei, dass die Leitstelle großes Interesse an einer Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschexpertinnen und Dolmetschexperten zeigt.

Die Analyse und Diskussion der Ergebnisse lässt die Schlussfolgerung zu, dass das Dolmetschen längst Einzug in den präklinischen Alltag gefunden hat. Gerade weil die Anzahl an fremdsprachigen Notfallopfern gering ausfallen kann, sollte sowohl die Leitstelle als auch der Rettungsdienst bei Patientinnen und Patienten, mit denen in keiner gemeinsamen Sprache kommuniziert werden kann, besondere Vorsicht walten lassen. Zahlreiche Herausforderungen sprachlicher, versorgungstechnischer, rechtlicher und kultureller Natur können eine adäquate Versorgung und Behandlung nachweislich gefährden und sollten zum Wohl der Patientin bzw. des Patienten mit geeigneten Mitteln bzw. auf angemessene Art und Weise bewältigt werden.

Um die stark standardisierten Schemata zur Abwicklung von Notfällen nach bestem Wissen und Gewissen befolgen zu können, empfiehlt sich ein Einsatz von professionellen Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern.

Wie im Rahmen der Untersuchung des Telefondolmetschdienstes von *Notruf Niederösterreich* festgestellt wurde, handelt es sich bei den dort zum Einsatz kommenden Dolmetscherinnen und Dolmetschern nicht um professionelle Dolmetschende, sondern um bilinguale Rettungsdienstmitarbeiterinnen und Rettungsdienstmitarbeiter. Diese werden im Falle eines fremdsprachigen Notrufs erst zur Informationsverbesserung bei meist nicht-zeitkritischen Patientinnen und Patienten herangezogen, nachdem alle internen Ressourcen der Leitstelle ausgeschöpft wurden. Die Sprach- und Kulturkenntnisse der freiwilligen Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden nicht überprüft und momentan noch keine Schulungen zu den Abläufen in der Leitstelle abgehalten. Da es keine Verpflichtung gibt, bei einem Anruf der Leitstelle abzuheben, ist die ständige Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetscher bestimmter Sprachen mitunter nicht gegeben. Die Leitstelle ist sich des problematischen Einsatzes von Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetschern dabei durchaus bewusst. Diese kommen jedoch gerade hinsichtlich fehlender professioneller Telefondolmetschdienste bzw. eines unangemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses zum Einsatz. Welche Folgen dies haben kann, zeigen mitunter die konträren Rollenauffassungen des befragten Leitstellenmitarbeiters sowie des Dolmetschers.

Für Sanitäterinnen und Sanitäter im Fahrdienst steht dieser Pool an Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern in der Regel momentan nicht zur Verfügung. Sie bevorzugen zur Abwicklung von Notfällen mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten andere

Strategien (siehe oben), mit denen sie nach ihren Angaben ausreichend Information für ihre weitere Arbeit erhalten. Da Figl (2011) zu den exakt gleichen Ergebnissen kommt, ist davon auszugehen, dass sich im österreichischen Rettungswesen noch immer kein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines Einsatzes professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher entwickelt hat. Demnach besteht nach wie vor ein großer Schulungsbedarf.

Dass das Telefondolmetschen in den Aussagen der befragten Personen stets nach dem Einsatz anderer Strategien genannt wird, gibt mitunter weitere Hinweise darauf, dass

- die Leitstelle und der Rettungsdienst mit dieser Methode des Dolmetschens nicht sehr vertraut sind und daher Berührungsängste herrschen.
- das in Kapitel 6.4. angeführte Potenzial nicht erkannt wird und andere Möglichkeiten zur Überwindung von Sprachbarrieren den Handlungsträgerinnen und Handlungsträgern aus Zeitgründen zunächst als geeigneter erscheinen bzw. angeblich genauso erfolgsversprechend seien.
- die rasche Verfügbarkeit von Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern für die gewünschte Sprache mitunter nicht gegeben ist.
- dem Rettungsdienst die Methode gänzlich unbekannt ist, ihm vorhandene Ressourcen nicht zur Verfügung stehen bzw. nicht kommuniziert werden.
- für die benötigten Sprachen keine Dolmetscherinnen und Dolmetscher vorhanden sind.
- technische Probleme befürchtet werden und damit das Telefondolmetschen als mögliche Option ausscheidet.
- auch mit den rettungsdienstlichen Kolleginnen und Kollegen des Telefondolmetschendienstes der Leitstelle keine professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur Verfügung stehen und im Einsatz dieser kein Mehrwert gesehen wird.

Abhilfe könnten laut Koppelstätter (2016) die in Österreich aufstrebenden professionellen Videodolmetschdienste, die vor allem in den Bereichen des Community Interpreting tätig sind, schaffen. Auch hier seien jedoch die Finanzierung sowie die Ausbildung und Verfügbarkeit der Dolmetschenden problematisch (vgl. Koppelstätter 2016: 102f.).

Das Telefondolmetschen kann schlussfolgernd als mögliche, wenn auch nicht ideale, Lösung zur Überbrückung von Sprach- und Kulturbarrieren im Rettungswesen eingesetzt werden. Sowohl die Leitstelle als auch die Sanitäterinnen und Sanitäter stehen, wie oben bereits be-

schrieben, einer Nutzung eines professionellen Telefondolmetschdienstes positiv gegenüber, wenn letztere auch Vorbehalte bezüglich der psychischen Versorgung und dem Transport der Patientin bzw. des Patienten hegen und sich in diesen Situationen für das Dolmetschen vor Ort aussprechen. Im Hinblick auf die geringe Anzahl an professionellen Telefondolmetschdiensten in Österreich, wäre es wünschenswert, die momentan vorhandenen ehrenamtlichen Strukturen in den diversen Rettungsleitstellen (vgl. auch Patrascu 2015: 53ff.) weiter zu professionalisieren und die dort agierenden Dolmetscherinnen und Dolmetscher für ihre Tätigkeit zu schulen. Wie dies erfolgen kann, legt das nun folgende Unterkapitel kurz dar.

### **8.1. Handlungsempfehlungen und Ausblick**

Wie im Rahmen der vorliegenden Arbeit mehrmals betont wurde, weisen professionell ausgebildete Dolmetschende im Gegensatz zu bilingualen Sanitäterinnen und Sanitäter bzw. Angehörigen neben einer umfassenden Sprach- und Kulturkompetenz auch eine translatorische Kompetenz auf, mit der sie ihrer schwierigen Aufgabe gerecht werden können. Sie wissen um die bestehenden asymmetrischen Machtverhältnisse bei Gesprächen von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten mit Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens und können ihre Rolle reflektieren bzw. Rollenkonflikte erkennen. Damit eine Dolmetschung im Rettungsdienst reibungslos ablaufen kann, müssen jedoch auch die Kundinnen und Kunden, d.h. Leitstelle und Rettungsdienst, im Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern geschult sein.

Ein erster Schritt in Richtung Professionalisierung der vorhandenen Strukturen in Österreich soll mit den in Anhang 7 präsentierten Handlungsempfehlungen für Telefondolmetschungen gesetzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde zu diesem Zwecke je ein A4-Blatt mit Verhaltenshinweisen für die/den Leitstellenmitarbeiter/in, die/den Sanitäter/in bzw. Notärztin/Notarzt und die/den Dolmetscher/in erstellt. Dabei wurde hauptsächlich Bezug auf die Wünsche der Leitstelle *Notruf Niederösterreich*, die „Model Standards of Practice“ von Kelly (2007a: 117-172) und die Empfehlungen des Nationalen Telefondolmetschdienstes (vgl. Nationaler Telefondolmetschdienst 2017) genommen. Die Blätter wurden nach ihrer Fertigstellung *Notruf Niederösterreich* zur weiteren Nutzung übergeben.

Da zumindest vonseiten der niederösterreichischen Rettungsleitstelle die Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit mit Dolmetschexpertinnen und Dolmetschexperten gegeben ist, könnten sich weitere Maßnahmen (u.a. Schulungen bzw. auf den Einsatzbereich zugeschnittene Sprachkurse) als sehr fruchtbringend erweisen. Dadurch könnte man sicherstellen, dass

zum Dolmetschen in medizinischen Notfallsituationen in Österreich - wenn auch nicht die Besten der Besten – geschultes Personal zum Einsatz kommt. Die Frage einer angemessenen Entlohnung der Dolmetscherinnen und Dolmetscher bleibt dabei vorerst jedoch ungelöst.

## Bibliographie

- Aigner, Gerhard & Koppensteiner, Stefan & Grieb, Andrej (2011) Rechtskunde für Sanitäter. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 40-53.
- Andreas, Felix (2009) *Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens*. Dissertation, Universität Wien.
- Andres, Andres & Falk, Stefanie (2009) Information and Communication (ICT) in Interpreting- Remote and Telephone Interpreting. In: Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.), 9-27.
- Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.) (2009) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. Is everything all topsy turvy in your tummy? Healthcare Interpreting. München: Meidenbauer.
- Angelelli, Claudia V. (2004) *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anzenberger, Judith & Bodenwinkler, Andrea & Breyer, Elisabeth (2015) Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. In: [https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Bericht\\_Migration\\_und\\_Gesundheit.pdf](https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Bericht_Migration_und_Gesundheit.pdf), Stand: 22/07/2016.
- Ärztegesetz (ÄrzteG) (1998) Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998). BGBl. I Nr. 169/1998. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>, Stand: 23/07/2017.
- Azarmina, Pejman & Wallace, Paul (2005) Remote interpretation in medical encounters: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11: 3, 140-145.
- Baker, David W. & Parker, Ruth & Williams, M.V. & Pitkin Derose, Kathryn (1996) Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 275: 10, 783-788.

- Baker, David W. & Hayes, Risa & Fortier, Julia Puebla (1998) Interpreter Use and Satisfaction with Interpersonal Aspects of Care for Spanish-Speaking Patients. *Medical Care* 1998: 36, 1461-1470.
- Behrens, Daniel & Stelzel-Morawietz, Peter (2016) IP-Telefonanschluss – das sind die Vor- und Nachteile. In: [https://www.pcwelt.de/a/ip-telefonanschluss\\_-\\_das\\_sind\\_die\\_vor-\\_und\\_nachteile-voip\\_\\_\\_ngn,3074855](https://www.pcwelt.de/a/ip-telefonanschluss_-_das_sind_die_vor-_und_nachteile-voip___ngn,3074855), Stand: 08/07/2017.
- Bellinger, Eva-Maria (2015) *Rollenbilder im Kommunaldolmetschen - Eine ethnografische Fallstudie*. Masterarbeit, Universität Wien.
- Bengel, Jürgen (2004). Geleitwort. In: Bengel, Jürgen (Hg.), V-VIII.
- Bengel, Jürgen (Hg.) (2004). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bernstein, Judith & Bernstein, Edward & Dave, Ami & Hardt, Eric & James, Thea & Linden, Judith & Mitchell, Patricia & Oishi, Tokiko & Safi, Clara (2002) Trained Medical Interpreters in the Emergency Department: Effects on Services, Subsequent Charges and Follow-up. *Journal of Immigrant Health* 4: 4, 171-176.
- Binder-Fritz, Christine (2009) Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In Rásky, Eva (Hg.), 28-44.
- Binder-Fritz, Christine (2011) Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin. In: Peintinger, Michael (Hg.) *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: facultas.wuv, 119-204.
- Bischoff, Alexander & Grossmann, Florian (2006) Telefondolmetschen im Spital. Universität Basel: Institut für Pflegewissenschaft. In: [http://www.interpret.ch/admin/data/files/editorial\\_asset/file/125/2006\\_bischoff\\_grossmann\\_td\\_spital\\_de.pdf?lm=1447684445](http://www.interpret.ch/admin/data/files/editorial_asset/file/125/2006_bischoff_grossmann_td_spital_de.pdf?lm=1447684445), Stand: 07/07/2017.
- Bischoff, Alexander & Grossmann, Florian (2007) Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? *Schweizerische Ärztezeitung. Bulletin des médecins suisses. Bollettino dei medici svizzeri* 88: 3, 102-105.

- Bischoff, Alexander & Hudelson, Patricia (2009) Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough? *Journal of Travel Medicine* 17: 1, 15-20.
- Bischoff, Alexander & Hudelson, Patricia (2010) Access to Healthcare Interpreter Services: Where are We and Where Do We Need to Go? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010: 7, 2838-2844.
- Bischoff, Alexander & Perneger, Thomas V. & Bovier, Patrick A. & Loutan, Louis & Stalder Hans (2003) Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice* 2003: 53, 541-546.
- Bischoff, Alexander & Steinauer, Regine & Kurth, Elisabeth (2006) *Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*. Institut für Pflegewissenschaft. Forschungsbericht, Universität Basel.
- Bolden, Galina B. (2000) Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies* 2: 4, 387-419.
- Bonacruz Kazzi, G. & Cooper, C. (2003) Barriers of the use of Interpreters in Emergency Room Paediatric consultations. *Journal of Paediatric Child Health* 39: 4, 259-263.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2014) Nationaler Telefondolmetschdienst. In: <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/weitere-downloads/downloads-1/Nationaler%20Dolmetscherdienst.pdf/view>, Stand: 23/07/2017.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017) Nationaler Telefondolmetschdienst. In: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/interkulturelles-dolmetschen/nationaler-telefondolmetschdienst.html>, Stand: 23/07/2017.
- Bundeskanzleramt Österreich (2016) Migration und Integration in Österreich. In: <http://www.zukunfteuropa.at/site/7216/default.aspx>, Stand: 02/08/2016.

Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2008) Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. In:

[https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 02/08/2016.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) (2017) Richtlinie 2002/22/EG; Universaldienstrichtlinie. In: <https://www.bmvit.gv.at/telekommunikation/recht/europa/richtlinien/rl2002-22.html>, Stand: 23/07/2017.

Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) (1999) Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) BGBl. Nr. 194/1999 (DFB) In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000138>, Stand: 23/07/2017.

Bundeszentrale für politische Bildung (2009) Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit. In:

<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/57308/erklaerungsmodelle>, Stand: 02/08/2016.

Cady, Geoff (2017) The Medical Priority Dispatch System. A System and Product Overview. In: [https://www.emergencydispatch.org/articles/ArticleMPDS\(Cady\).html](https://www.emergencydispatch.org/articles/ArticleMPDS(Cady).html), Stand: 23/07/2017.

Carrasquillo, Olveen & Orav, John & Brennan, Troyen A. & Bustin, Helen R. (1999) Impact of Language Barriers on Patient Satisfaction in an Emergency Department. *Journal of General Internal Medicine* 1999: 14, 82-87.

Christophersen, L. (2015) Die standardisierte Notrufabfrage – ein Szenario in der Leitstelle. *Rettungsdienst* 2015: 4, 78-80.

Clawson, Jeff J. (1988) Emergency Medical Dispatching. In: <https://www.emergencydispatch.org/articles/EMDarticle.pdf>, Stand: 08/07/2017.

Clawson, Jeff J. & Dernocoeur, Kate Boyd & Rose, Benjamin (2009) *Die Grundsätze der Medizinischen Notfalldisposition. V12.0 (Deutsch)*. Salt Lake City: Liberty Press.

- Crossman, Kirsten L. & Wiener, Ethan & Roosevelt, Genie & Bajaj, Lalit & Hampers Louis C. (2010) Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers. *Pediatrics* 125: 3, 631-638.
- David, Rand A. & Rhee, Michelle (1998) The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 65: 5-6, 393-397.
- Davidson, Brad (2000) The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics* 4: 3, 379-405.
- DocCheck Flexikon (2017a) Präklinisch. In: <http://flexikon.doccheck.com/de/Präklinisch>, Stand: 23/07/2017.
- DocCheck Flexikon (2017b) Notfall. In: <http://flexikon.doccheck.com/de/Notfall>, Stand: 23/07/2017.
- Domnich, Alexander & Panatto, Donatella & Gasparini, Roberto & Daniela, Amicizia (2012) The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health* 9: 3, 1-7.
- Döring, Nicola & Bortz, Jürgen (<sup>5</sup>2015) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Naturwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Duden (2017) Leitstelle. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Leitstelle>, Stand: 23/07/2017.
- Dysart-Gale, Deborah (2005) Communication Models, Professionalization, and the Work of Medical Interpreters. *Health Communication* 17: 1, 91-103.
- Erim, Yesim & Möllering, Andrea (<sup>2</sup>2004) Psychologische Betreuung von Migranten. In: Bengel, Jürgen (Hg.), 175-182.
- EUR-Lex (2015) Faire Verfahren: das Recht verdächtiger Personen auf Dolmetschleistungen und Übersetzungen in Strafverfahren. In: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=LEGISSUM:jl0047>, Stand: 23/07/2017.

- European Emergency Number Association (EENA) (2012) Multilingual Emergency Calls. In: [http://www.eena.org/uploads/gallery/files/operations\\_documents/2012-03-02\\_multilingualemergencycalls.pdf](http://www.eena.org/uploads/gallery/files/operations_documents/2012-03-02_multilingualemergencycalls.pdf), Stand: 08/07/2017.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2013) Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. In: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf), Stand: 02/08/2016.
- Fagan, Mark J. & Diaz, Joseph A. & Reinert, Steven E. & Sciamanna, Christopher N. & Fagan, Dylan M. (2003). Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length. *Journal of General Internal Medicine* 2003: 18, 634-638.
- Favaron, Roberta (2010) *Interpreting in a bilingual healthcare facility: An ethnographic and corpus-based analysis*. Dissertation, Universität Wien.
- Felgner, Lars (2009) Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.), 45-70.
- Fennelly, Katherine (2005) The 'Healthy Migrant' Effect. *Healthy Generations* 5: 3, 1-4.
- Figl, Sabine (2011) *Dolmetschen im Gesundheitswesen - Kommunikationsschwierigkeiten im österreichischen Rettungsdienst*. Masterarbeit, Universität Wien.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (1998) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Flores, Glenn & Laws, M. Barton & Mayo, Sandra J. & Zuckerman, Barry & Abreu, Milagros & Medina, Leonardo & Hardt, Eric (2003) Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics* 2003: 111, 6-14.
- Froschauer, Ulrike & Lueger, Manfred (2003) *Das qualitative Interview*. Wien: facultas.wuv.
- Garber, Nathan (2000) Community Interpreting: A Personal View. In: Roberts, Roda P. & Carr, Silvana E. & Abraham, Diana & Dufour, Aideen (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the 2<sup>nd</sup> International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-20.

- Gorgaß, Bodo & Ahnefeld, Friedrich W. & Rossi, Rolando & Lippert, Hans-Dieter & Krell, Werner & Weber, Georg (2007) *Das Rettungsdienst-Lehrbuch*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Gracia-Garcia, Roberto A. (2002) Telephone Interpreting: a review of pros and cons. In: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=B5D446448929B969C4181D79B3E4611A?doi=10.1.1.570.5429&rep=rep1&type=pdf>, Stand: 07/07/2017.
- Hackstein, Achim (2010) Einsatztaktik und Einsatzorganisation. In: Luxem, Jürgen et al. (Hg.), 461-467.
- Hackstein, Achim (2015) Telefonreanimation: Der aktuelle Stand. *Rettungsdienst* 2015: 4, 26-30.
- Haffner, Linda (1992) Cross-cultural medicine: A decade later. Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *The Western Journal of Medicine* 1992: 157, 255-259.
- Hampers, L.C. & Cha, S. & Gutglass, D.J. & Binns, H.J. & Krug, S.E. (1999) Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric Emergency Department. *Pediatrics* 1999: 103, 1253-1256.
- Hannich, Hans Joachim (2004) Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel, Jürgen (Hg.), 1-11.
- Hansak, Peter (2010a) Rettungswesen. In: Hansak, Peter et al. (Hg.) (2010b), 1141-1188.
- Hansak, Peter (2010b) Einsatztaktik. In: Hansak, Peter et al. (Hg.) (2010b), 1189-1219.
- Hansak, Peter (2014) Blick über die Grenze – Teil 3: Rettungsdienst in Österreich. *Rettungsdienst* 2014:4, 24-28.
- Hansak, Peter & Bärnthaler, Martin & Pessenbacher, Klaus & Petutschnigg, Berthold (Hg.) (2010a) *LPN Notfall-San Österreich. Lehrbuch für Notfallsanitäter, Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen und Lehrsanitäter. Band 1*. Edwecht: Stumpf und Kossendey.
- Hansak, Peter & Bärnthaler, Martin & Pessenbacher, Klaus & Petutschnigg, Berthold (Hg.) (2010b) *LPN Notfall-San Österreich. Lehrbuch für Notfallsanitäter, Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen und Lehrsanitäter. Band 2*. Edwecht: Stumpf und Kossendey.

- Hansak, Peter & Weinberger, D. (2010) Berufsspezifische rechtliche Grundlagen. In: Hansak, Peter et al. (Hg.) (2010a), 1-24.
- Hausmann, Clemens (2004) Psychologische Betreuung von Angehörigen. In: Bengel, Jürgen (Hg.), 183-190.
- Herzog, G. (2010) Angewandte Psychologie und Stressbewältigung. In: Hansak, Peter et al. (Hg.) (2010b), 1107-1131.
- Hornberger, John C. & Gibson Jr., Count D. & Wood, William & Dequeldre, Christian & Corso, Irene & Palla, Barbara & Bloch, Daniel A. (1996) Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients. *Medical Care* 34: 8, 845-856.
- Hsieh, Elaine & Hong, Soo Jung (2010) Not All are Desired: Providers' View on Interpreters' Emotional Support for Patients. *Patient Education and Counseling* 81: 2, In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924452/pdf/nihms202429.pdf>, Stand: 08/07/2017.
- Hsieh, Elaine (2006) Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine* 2006: 62, 721-730.
- Hsieh, Elaine (2007) Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine* 2007: 64, 924-937.
- Jacobs, Elizabeth A. & Diamond, Lisa C. & Stevak, Lisa (2010) The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. *Patient Education and Counseling* 2010: 78, 149-153.
- Jacobs, Elizabeth A. & Lauderdale, Diane S. & Meltzer, David & Shorey, Jeanette M. & Levinson, Wendy & Thisted, Ronald A. (2001) Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patients. *Journal of General Internal Medicine* 2001: 16, 468-474.
- Jacobs, Elizabeth A. & Shepard, Donald S. & Suaya, Jose A. & Stone, Esta-Lee (2004) Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *American Journal of Public Health* 94: 5, 866-869.

- Jänig, Christoph & Schwietring, Jens (2014) Teil 5: Das ABCDE-Schema: Algorithmenbasierte Behandlung von Notfallpatienten. *Rettungsdienst* 2014: 5, 49-59.
- Kappus, S. (2010) SMAP- Standardisierte medizinische Notrufabfrage in der Rettungsleitstelle der Feuerwehr Hamburg. *Notfall + Rettungsmedizin* 2010: 13, 789-794.
- Karl-Trummer, Ursula & Novak-Zezula, Sonja (2009) Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky, Eva (Hg.), 367-375.
- Karter, A.J. & Ferrara, A. & Darbinian, J.A. & Ackerson, L.M. & Selby, J.V. (2000) Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000: 23, 477-483.
- Kelly, Nataly (2007a) *Telephone Interpreting. A Comprehensive Guide to the Profession*. Bloomington: Trafford Publishing.
- Kelly, Nataly (2007b) Telephone Interpreting in Health Care Settings: Some Commonly Asked Questions. In: [https://www.atanet.org/chronicle/feature\\_article\\_june2007.php](https://www.atanet.org/chronicle/feature_article_june2007.php), Stand: 08/07/2017.\*
- Kelly, Nataly (2008) A Medical Interpreter's Guide to Telephone Interpreting. In: [http://www.imiaweb.org/uploads/pages/307\\_2.pdf](http://www.imiaweb.org/uploads/pages/307_2.pdf) , Stand: 08/07/2017.
- Khwaya, Nadeem & Scharma, Saroj & Wong, Julian & Murray, David & Ghosh, Jonathan & Murphy, Michael O. & Halka, Anastassi T. & Walker, Michael G. (2006) Interpreter Services in an Inner City Teaching Hospital: A 6-Year Experience. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 88: 7, 659-662.
- Kletečka-Pulker, Maria & Parrag, Sabine (2015) Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Endbericht. In: [http://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht\\_QVC.pdf](http://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht_QVC.pdf), Stand: 02/08/2016.
- Ko, Leong (2006) The need for long-term empirical studies in remote interpreting research. A case study of telephone interpreting. *Linguistica Antverpiensia. New Series* 5, 325-338.

- Koppelstätter, Christiane (2016) *Interkulturelle Kommunikation im Österreichischen Roten Kreuz. Analyse der Problematik und Lösungsansätze anhand des Tiroler Rettungsdienstes*. Masterarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.
- Korak, Christina (2010) *Remote Interpreting via Skype. Anwendungsmöglichkeiten von VoIP-Software im Bereich Community Interpreting – Communicate everywhere?* Berlin: Frank & Timme.
- Ku, Leighton & Flores, Glenn (2005) Pay Now or Pay Later: Providing Interpreter Services In Health Care. *Health Affairs* 24: 2, 435-444.
- Kuljuh, Emir (2003) Kinder als Dolmetscher. In: Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.), 143-148.
- Kuo, David & Fagan, Mark J. (1999) Satisfaction with Methods of Spanish Interpretation in an Ambulatory Care Clinic. *Journal of General Internal Medicine* 1999: 14, 547-550.
- Kurz, Ingrid (2000) „Tagungsort Genf/Nairobi/Wien: Zu einigen Aspekten des Teledolmetschens“. In: Kadrić, Mira & Kaindl, Klaus & Pöchhacker, Franz (Hg.) *Translationswissenschaft. Festschrift für Mary Snell-Hornby zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Stauffenburg, 291-302.
- Land Vorarlberg (2017) RFL (Rettungs- und Feuerwehrleitstelle). In: [https://www.vorarlberg.at/vorarlberg/sicherheit\\_inneres/sicherheit/landeswarnzentrale/weitereinformationen/rfl/organisation/rfl\\_rettungs-undfeuerwehr.htm](https://www.vorarlberg.at/vorarlberg/sicherheit_inneres/sicherheit/landeswarnzentrale/weitereinformationen/rfl/organisation/rfl_rettungs-undfeuerwehr.htm), Stand: 23/07/2017.
- Language Line Solutions (2017) Phone Interpreting. In: <https://www.language.com/interpreting/phone>, Stand: 23/07/2017.
- Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (2004) Psychische Erste Hilfe. In: Bengel, Jürgen (Hg.), 45-59.
- Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (2011) Definitionen. In: Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (Hg.), 19-28.
- Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (Hg.) (2011) *Notfallpsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin.

- Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (2011) Psychische Erste Hilfe. Modifikationen bei speziellen Notfallopfern. In: Lasogga, Frank & Gasch, Bernd (Hg.), 85-93.
- Lee, Jieun (2007) Telephone Interpreting – seen from the interpreters' perspective. *Interpreting* 9: 2, 231-252.
- Leischner-Lenzhofer, Aline (2013) Die ärztliche Aufklärung bei fremdsprachigen Patienten. *Recht der Medizin* 2013: 4.\*
- Leman, P. (1997) Interpreter use in an inner city accident and emergency department. *Journal of Accident & Emergency Medicine* 1997: 14, 98-100.
- Leman, P. & Williams, D. J. (1999) Questionnaire survey of interpreter use in accident and emergency departments in the UK. *Journal of Accident & Emergency Medicine* 16: 4, 271-274.
- Lentz, Dennis & Luxem, Jürgen (2010) Organisation des Rettungsdienstes. In: Luxem, Jürgen et al., 441-459.
- Loutan, Louis & Farinelli, Tiziana & Pampallona, Sandro (1999) Medical interpreters have feelings too. *Sozial- und Präventivmedizin* 1999: 44, 280-282.
- Luxem, Jürgen & Kühn, Dietmar & Runggaldier, Klaus (2010) *Rettungsdienst RS/RH*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machado, Carl (2013) *Patienten aus fremden Kulturen im Notarzt- und Rettungsdienst. Fallbeispiele und Praxistipps*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Malzer, Reinhard (2009) Rettung, Notruf: Wo genau ist der Notfallort. Das Advanced Medical Priority Dispatch System - AMPDS. *Die Berufsretter* 2009: 15, 8-10.
- Manson, Aaron (1988) Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma. *Medical Care* 26: 12, 1119-1128.
- Mayring, Philipp (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

- Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen (2014) Anwerbe-Abkommen mit Türkei - geschichtlicher Hintergrund. In:  
[http://medienservicestelle.at/migration\\_bewegt/2014/05/07/anwerbe-abkommen-mit-tuerkei-geschichtlicher-hintergrund/](http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2014/05/07/anwerbe-abkommen-mit-tuerkei-geschichtlicher-hintergrund/), Stand: 02/08/2016.
- Meyer, Bernd (2009) Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.), 139-157.
- Meyer, Oliver (2014) Struktur statt Bauchgefühl: Das ABCDE-Schema in der studentischen Lehre. *Rettungsdienst* 2014: 5, 40-44.
- Mikkelson, Holly (2003) Telephone Interpreting: Boon or Bane? In:  
<https://acebo.myshopify.com/pages/telephone-interpreting-boon-or-bane>, Stand: 08/07/2017.\*
- Mintz, David (1998) Hold the phone. Telephone interpreting scrutinized. *Proteus* VII/1 Winter 1998.
- Münster, Sacha (2015) Disposition mittel GPS-Position: Der Nutzen der Leitstellen. *Rettungsdienst* 2015: 4, 22-25.
- Nadler, Gerhard (2014) Blick über die Grenze: Rettungsdienst-Systeme im Vergleich. *Rettungsdienst* 2014: 10, 16-18.
- National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) (Hg.) (2013). *Advanced Medical Life Support. Präklinisches und klinisches Notfallmanagement*. München: Elsevier.
- Nationaler Telefondolmetschdienst (2017) Nationaler Telefondolmetschdienst. In:  
<http://0842-442-442.ch/der-nationale-telefondolmetschdienst.html>, Stand: 23/07/2017.
- Nestler, Fredo (1957) Tel-Interpret. Begründung und Grundlagen eines deutschen Telefondolmetschdienstes. *Lebende Sprachen* 2: 1, 21-23.
- Notruf Niederösterreich (2017a) Statistik. In: <https://notrufnoe.com/ueber/statistik>, Stand: 23/07/2017

- Notruf Niederösterreich (2017b) Wie wird ein Notruf abgearbeitet? In: <https://notrufnoe.com/2017/01/01/notrufbearbeitung>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017c) Sie wollen einen Notfall melden? In: <https://notrufnoe.com/2017/01/01/sie-wollen-einen-notfall-melden>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017d) Ausrückordnung. In: <https://notrufnoe.com/2017/01/02/ausrueckordnung>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017e) Welche Alarmierungsmöglichkeiten gibt es? In: <https://notrufnoe.com/2017/01/01/welche-alarmierungsmoeglichkeiten-gibt-es>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017f) Können die Notrufe auch geortet werden? In: <https://notrufnoe.com/2016/01/01/koennen-die-notrufe-auch-geortet-werden>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017g) Ausrückordnung. In: <https://notrufnoe.files.wordpress.com/2017/07/ausrueckordnung.pdf>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017h) Gibt es einen Dolmetscherdienst? In: <https://notrufnoe.com/2014/07/01/gibt-es-einen-dolmetscherdienst>, Stand: 23/07/2017.
- Notruf Niederösterreich (2017i) Standorte. In: <https://notrufnoe.com/ueber/standorte/>, Stand: 23/07/2017.
- Novak, Katja & Sterz, Fritz (2011) Geschichte des Rettungswesens. Vom griechischen Äskulap bis zum österreichischen Sanitätergesetz. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 58-64.
- Novosad, Heinz (2012) *Sprache und Kultur eines globalisierten Lebens- und Arbeitsumfeldes und ihr Verhältnis zu sprachtheoretischen und anthropologischen Schriften von Wilhelm v. Humboldt*. unveröffentlichte Proseminar-Arbeit, Universität Wien.
- Novosad, Heinz (2016a) Masterarbeit Telefondolmetschdienst Notruf Niederösterreich. E-Mail vom 16.04.2016.

- Novosad, Heinz (2016b) Re: Masterarbeit Telefondolmetschdienst Notruf Niederösterreich – Transkript Interview + Fragen. E-Mail vom 08.06.2016.
- Novosad, Heinz (2017) AW: Masterarbeit - Telefondolmetschen im Rettungsdienst. E-Mail vom 03.08.2017.
- Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK) (2014a) *Sanitätshilfe. Ausbildungsmappe*. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
- Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK) (2014b) Zahlen. *Henri* 2014: 17, 73.
- Oviatt, Sharon L. & Cohen, Phillip R. & Podlozny, Ann (1990) Spoken Language in Interpreted Telephone Dialogues. In:  
<https://www.sri.com/sites/default/files/uploads/publications/pdf/477.pdf>, Stand: 08/07/2017.
- Ozolins, Uldis (2010) Review of Nataly Kelly. Telephone Interpreting: A comprehensive guide to the profession. [Bloomington:] Trafford Publishing, 2008. *Interpreting* 12: 12, 259-262.
- Ozolins, Uldis (2011) Telephone interpreting: Understanding practice and identifying research needs. *Translation & Interpreting* 3: 1, 33-47.
- Ozolins, Uldis & Pointon, Tom & Doucouliagos, Chris (1999) The Market for Telephone Interpreting Services in Australia. *Economic Papers: A Journal of Applied Economics and Policy* 18: 1, 83-94.
- Patrascu, Andreea Celina (2015) *Dolmetschen in Notfallsituationen. Chancen und Grenzen des Telefondolmetschens bei Alpinnotfällen*. Masterarbeit, Universität Wien.
- Phelan, Michael & Parkman, Sue (1995) Work with an interpreter. *British Medical Journal* 1995: 311, 555-557.
- Phillips, Christine (2013) Remote Telephone Interpretation in Medical Consultations with Refugees: Meta-communications about Care, Survival and Selfhood. *Journal of Refugee Studies* 26: 4, 505-523.

- Pitkin Derose, Kathryn & Baker, David W. (2000) Limited English proficiency and Latinos' use of physician services. *Medical Care Research and Review* 57: 1, 76-91.
- Plattform Patientensicherheit (2017) Pilotprojekt Videodolmetschen. In: [http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/themen\\_004.htm](http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/themen_004.htm), Stand: 23/07/2017.
- Pluntke, Steffen (2014) Interkulturelle Kompetenz im Rettungsdienst: Offenheit im Umgang mit anderen. *Rettungsdienst* 2014: 7, 23-31.
- Pöchhacker, Franz & Kadric, Mira (1999) The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. *The Translator* 5: 2, 161-178.
- Pöchhacker, Franz (2000a) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (2000b) Language Barriers in Vienna Hospitals. *Ethnicity & Health* 5: 2, 113-119.
- Pöchhacker, Franz (2004) *Introducing Interpreting Studies*. London: Routledge.
- Pöchhacker, Franz (2009) Krankenhausdolmetscherinnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven. In: Rásky, Eva (Hg.), 117-123.
- Pointon, Tom (1996) Telephone interpreting service is available. *British Medical Journal (BMJ)* 1996: 312, 53.
- Pöllabauer, Sonja (2002) Community Interpreting: Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: Kurz, Ingrid & Moisl, Angela (Hg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: WUV, 196-204.
- Pöllabauer, Sonja (2003) Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich - eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.), 17-35.
- Pöllabauer, Sonja (2005) *"I don't understand your English, Miss": Dolmetschen bei Asylanhörungen*. Tübingen: Narr.

- Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.) (2003) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft.
- Praetz, Michael & Rall, Marcus & Hackstein, Achim (2015) Optimierung der menschlichen Faktoren in der Leitstelle: Das CRM-Konzept. *Rettungsdienst* 2015: 4, 18-21.
- Price, Erika Leemann & Pérez-Stable, Eliseo J. & Nickleach, Dana & López, Monica & Karliner, Leah S. (2012) Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 87: 2, 226-232.
- Putsch, R. W. (1985) Cross-cultural communication. The special case of interpreters in health care. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 254: 23, 3344-3348.
- Rásky, Eva (Hg.) (2009) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Wien: facultas.wuv.
- Rásky, Éva & Ressi, Gerald & Anderwald, Christine (2003) Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg.), 107-126.
- Redelsteiner, Christoph (2011a) Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 179-185.
- Redelsteiner, Christoph (2011b) Der Notfalleinsatz – Das System Rettungsdienst. Mit einem Blick in die Zukunft. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 3-8.
- Redelsteiner, Christoph (2011c) Qualitätsmanagement und Dokumentation. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 32-39.
- Redelsteiner, Christoph & Kuderna, Heinz & Kühberger, Rudolf & Lütgendorf, Philipp & Schreiber, Wolfgang (Hg.) (2011). *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter: Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Wien: Braumüller.
- Redelsteiner, Christoph & Vergeiner, Gernot (2011) Kommunikation und Interaktion mit Leitstellen, anderen Berufsgruppen und Einsatzdiensten. In: Redelsteiner, Christoph et al. (Hg.), 186-193.

- Reisinger, Armin (2012) *Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung*. Masterarbeit, Body & Health Academy GmbH.
- Riesenfelder, Andreas & Schelepa, Susanne & Wetzel, Petra (2011) Beschäftigungssituation von Personen mit Migrationshintergrund in Wien. Endbericht. In: [http://medienservicestelle.at/migration\\_bewegt/wp-content/uploads/2012/01/IBIB\\_AK\\_BeschaeftigungvonMigranteninWien.pdf](http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/wp-content/uploads/2012/01/IBIB_AK_BeschaeftigungvonMigranteninWien.pdf), Stand: 02/08/2016.
- Rivadeneira, Rocia & Elderkin-Thompson, Virginia & Silver, Roxane Cohen & Waitzkin, Howard (2000) Patient Centeredness in Medical Encounters Requiring an Interpreter. *The American Journal of Medicine* 2000: 108, 470-474.
- Rohrweg, Magdalena (2005) *Belastung, Burnout, Sense of Coherence: eine Untersuchung am Beispiel von Call Center Agents und Disponenten im Rettungs- und Krankentransportwesen*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Rosenberg, Brett A. (2007) A data driven analysis of telephone interpreting. In: Wadensjö, Cecilia & Dimitrova, Birgitta E. & Nilsson, Anna-Lena (Hg.) *The critical link 4: professionalization of interpreting in the community: selected papers from the 4<sup>th</sup> International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 65-75.
- Saint-Louis, Loretta & Friedman, Elisa & Chiasson, Emily & Quessa, Aviot & Novaes, Fernando (2003) Testing New Technologies in Medical Interpreting , In: <http://www.challiance.org/Resource.ashx?sn=CommunityAffairstnthdbk>, Stand: 08/07/2017.
- Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) (2003) Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter – Sanitäter-Ausbildungsverordnung – San-AV. BGBl. II Nr. 420/2003, In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002916>, Stand: 23/07/2017.

- Sanitätergesetz (SanG) (2002) Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz - SanG) BGBl. I Nr. 30/2002, In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001744>, Stand: 23/07/2017.
- Santer, Michael (2010) *Businessplan. Telefonischer Dolmetschdienst für Spitäler. Eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren*. Diplomarbeit, Fachhochschule Oberösterreich.
- Sarver, Joshua & Baker, David W. (2000) Effect of Language Barriers on Follow-up Appointments After an Emergency Department Visit. *Journal of General Internal Medicine* 15: 4, 256-264.
- Saß, A.C. & Wurm, S. & Scheidt-Nave C. (2010) Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt* 2010: 53, 404-416.
- Schnelle, Ralf (2015) Rettungsdienstliche Einsatztaktik Teil 1: Gesamtübersicht. *Rettungsdienst* 2015: 9, 65-71.
- Schöffel, Liesmarie (2017) Die standardisierte Rettungskette und ihre Normen. In: <https://www.austrian-standards.at/ueber-standards/nutzen-von-standards/nutzen-im-alltag/die-standardisierte-rettungskette-und-ihre-normen>, Stand: 08/07/2017.
- Scholl, Holger (2014) Krankentransportwagen: Eine Aufgabe, vier Typen. *Rettungsdienst* 2014: 12, 12-16.
- Seleskovitch, Danica (1988) Der Konferenzdolmetscher. *TEXTconTEXT* Beiheft 2. Heidelberg: Roos.
- Semmel, Thomas (2014) Die Geschichte des ABC(DE). *Rettungsdienst* 2014: 5, 30-31.
- Siamu, Thierry C. (2010) 112 ETS. Interpretation of calls to the Brussels 100/112 call center. End of Project Evaluation. In: [http://www.eena.org/ressource/static/files/2012\\_08\\_12\\_112ets\\_projectreportfinal-en.pdf](http://www.eena.org/ressource/static/files/2012_08_12_112ets_projectreportfinal-en.pdf), Stand: 08/07/2017

Sørensen, Kristine & Van den Broucke, Stephan & Fullam, James & Doyle, Gerardine & Pelikan, Jürgen & Slonska, Zofia & Brand, Helmut & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMedCentral Public Health* 12: 80, 1-13.

SpracheDirekt (2017a) Ihre Vorteile. In: <http://sprachedirekt.at/vorteile>, Stand: 23/07/2017.

SpracheDirekt (2017b) Wenn ihr Geschäftspartner kein Deutsch spricht. In: <http://sprachedirekt.at>, Stand: 23/07/2017.

SpracheDirekt (2017c) Kosten. In: <http://sprachedirekt.at/kosten>, Stand: 23/07/2017.

Stadler, Manuela (2013) Aufklärung von fremdsprachigen Patienten. *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht* 2013: 4.\*

Statistik Austria (2017a) Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2017 nach detaillierter Staatsangehörigkeit. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html), Stand: 08/07/2017.

Statistik Austria (2017b) Bevölkerung am 1.1.2017 nach Staatsangehörigkeit bzw. Geburtsland und Gemeinden. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html), Stand: 08/07/2017.

Statistik Austria (2017c) Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2016). In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html), Stand: 08/07/2017.

Statistik Austria (2017d) Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 2002 nach zusammengefasster Staatsangehörigkeit – Niederösterreich. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html), Stand: 08/07/2017.

- Statistik Austria (2017e) Ankünfte und Nächtigungen nach Herkunftsländern, Kalenderjahr 2016. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/beherbergung/ankuenfte\\_naechtigungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/beherbergung/ankuenfte_naechtigungen/index.html), Stand: 08/07/2017.
- Statistik Austria & Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (KMI ÖAW) (2015) migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2015. In: [http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/Downloads/Publikationen/Statistisches\\_Jahrbuch\\_migration\\_integration\\_2015\\_.pdf](http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/Downloads/Publikationen/Statistisches_Jahrbuch_migration_integration_2015_.pdf), Stand: 02/08/2016.
- Statistik Austria & Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (KMI ÖAW) (2016) migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2016. In: <http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/migrationintegration-2016.pdf>, Stand: 08/07/2017.
- Sudowe, Hendrik (2015) Wenn der Disponent im Mittelpunkt steht: Die Reanimation beginnt in der Leitstelle. *Rettungsdienst* 2015: 12, 26-28.
- Tebble, Helen (1999) The Tenor of Consultant Physicians: Implications for Medical Interpreting. *The Translator* 5: 2, 179-200.
- Tolk-en Vertaalcentrum Nederland (TVcN) (2017) About us. In: <http://www.tvcn.nl/en/about-us/>, Stand: 23/07/2017.
- Torres, Brunilda (2000) Best Practice Recommendations for Hospital-Based Interpreter Services. In: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/health-equity/best-practices.pdf>, Stand: 02/08/2016.
- Translating and Interpreting Service (TIS) (2017) History of TIS National. In: <https://www.tisnational.gov.au/en/About-TIS-National/History-of-TIS-National>, Stand: 23/07/2017.
- Tschiesche, Peter (2006) Notarzteinsatzindikation und AMPDS. In: [http://www.kamptaldoktor.at/pdf-notarzkripten/2011-04b\\_EINSATZINDIKATION-AMPDS.pdf](http://www.kamptaldoktor.at/pdf-notarzkripten/2011-04b_EINSATZINDIKATION-AMPDS.pdf), Stand: 23/07/2017.

- U.S. Code Title 42 §2000d (2000) Prohibition against exclusion from participation in, denial of benefits of, and discrimination under federally assisted programs on ground of race, color, or national origin. In: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/2000d>, Stand: 23/07/2017.
- UNHCR (2016) Flüchtlinge. In: <http://www.unhcr.de/mandat/fluechtlinge.html>, Stand: 02/08/2016.
- Universität Augsburg (2017) Besondere Interview-Formen. In: <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/563>, Stand: 23/07/2017.
- Universität Wien (2017a) Dolmetschen mit neuen Medien. In: <http://www.postgraduatecenter.at/weiterbildungsprogramme/kommunikation-medien/dolmetschen-mit-neuen-medien>, Stand: 23/07/2017.
- Universität Wien (2017b) Dolmetschen für Gerichte und Behörden. In: <https://www.postgraduatecenter.at/weiterbildungsprogramme/kommunikation-medien/dolmetschen-fuer-gerichte-und-behoerden>, Stand: 23/07/2017.
- Vasquez, C. & Javier R. (1991) The Problem with Interpreters: Communicating with Spanish-Speaking Patients. *Hospital & Community Psychiatry* 42: 2, 163-165.
- Viaggio, Sergio (1997) Kinetics and the simultaneous interpreter, The advantages of listening with one's eye and speaking with one's body. In: Poyatos, Fernando (Hg.) *Nonverbal Communication and Translation. New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 283-295.
- Vidal, Mirta (1998) Telephone Interpreting: Technological Advance or Due Process Impediment? *Proteus* 7: 3, In: [http://najit.org/proteus/back\\_issues/vidal3.htm](http://najit.org/proteus/back_issues/vidal3.htm), Stand: 02/08/2016.\*
- Videodolmetschen (2017) Über uns. In: <http://www.videodolmetschen.com/ueber-uns/>, Stand: 23/07/2017.
- Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia (1999) Telephone Interpreting and the Synchronization of Talk in Social Interaction. *The Translator* 5: 2, 247-264

- Walzer, Nora-Magdalena (2011) *Telefondolmetschen im Krankenhaus - sinnvolle Alternative oder Ergänzung zum Dolmetschen vor Ort? Eine Fallstudie zu Durchführbarkeit, persönlicher Befindlichkeit und Qualität*. Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Waxmann, Matthew A. & Levitt, Andrew (2000) Are Diagnostic Testing and Admission Rates Higher in Non-English-Speaking Versus English-Speaking Patients in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 36: 5, 456-461.
- Wikimedia Commons (2011) Rettungskette. In: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bb/Rettungskette.svg>, Stand: 23/07/2017.
- Woloshin, Steven & Schwartz, Lisa M. & Katz, Steven J. & Welch, H. Gilbert (1997) Is Language a Barrier to the Use of Preventive Services? *Journal of General Internal Medicine* 1997: 12, 472-477.
- Yu-Feng, Chan & Alagappan, Kumar & Rella, Joseph & Bentley, Suzanne & Soto-Greene, Marie & Martin, Marcus (2010) Interpreter Services in Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine* 38: 2, 133-139.

\* Die im Fließtext angegebene Seitenzahl entspricht der Seitennummerierung des Word-Dokuments, da die Texte dem Verfasser nur als Word-File vorlagen bzw. lange Texte von der jeweiligen Webseite mit Schriftgröße 12 (Times New Roman) in MS Word kopiert wurden.

## Abstract

Fremdsprachige Patientinnen und Patienten sind im Rettungsdienst keine Seltenheit mehr. Aufgrund von Migration, Mobilität und einem stetig wachsenden Tourismus müssen sich sowohl Leitstellen als auch Rettungsdienstorganisationen auf die sprachlichen und kulturellen Besonderheiten dieser Patientengruppe einstellen, um einen hohen Versorgungsstandard gewährleisten zu können. In zahlreichen Ländern kommen zu diesem Zwecke professionelle Telefondolmetschdienste zum Einsatz, die rund um die Uhr in einer Vielzahl von Sprachen verfügbar sind. Da das Telefondolmetschen in Österreich kaum Verwendung findet, wurde in der vorliegenden Masterarbeit der Frage nachgegangen, welchen Beitrag diese Dolmetschmethode für Rettungsleitstellen und den Rettungsdienst leisten kann. Dabei wurde festgestellt, dass professionelle Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher sowohl bei der Notrufabfrage als auch bei der Beurteilung des Patientenzustandes und der psychologischen Betreuung der Notfallopfer einen großen Einfluss auf den erfolgreichen Ablauf eines Einsatzes haben können. Die im Rahmen der Arbeit durchgeführte empirische Untersuchung zeigt, dass im Rettungsdienst in Österreich vorwiegend Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher zum Einsatz kommen. Dies trifft auch auf den beschriebenen freiwilligen Telefondolmetschdienst der niederösterreichischen Rettungsleitstelle zu, bei dem bilinguale Sanitäterinnen und Sanitäter im Rahmen der Notrufabfrage zur Informationsverbesserung herangezogen werden. Um hinsichtlich fehlender professioneller Telefondolmetschdienste für den Rettungsdienst in Österreich die Qualität von gedolmetschten Notrufen dennoch zu verbessern, wurde vorgeschlagen, die vorhandenen ehrenamtlichen Strukturen zu professionalisieren und auch dem Rettungsdienst vor Ort anzubieten, damit eine fach- und zeitgerechte Versorgung von fremdsprachigen Notfallopfern sichergestellt werden kann.

In today's ever-changing world, foreign-language speaking patients are no longer exceptional in the emergency medical services (EMS). High levels of immigration, mobility and a continued growth in tourism make it necessary for public-safety answering points (PSAP) and emergency services to prepare for the linguistic and cultural challenges these patients bring along. To tackle these issues and to ensure the best possible patient care, professional telephone interpreting services, which frequently operate 24/7 and offer a wide range of languages, are commonly used in many countries. In Austria, telephone interpreting is hardly provided, which leads to this thesis' research question of how this interpreting mode contrib-

utes to the high quality of the work of PSAPs and emergency services. In this regard, it was found that professional telephone interpreters used for translating emergency calls and assessments of patients have a great impact on an individual's physical and psychological outcome. The empirical research carried out within the scope of this thesis showed that interpreting for emergency services in Austria is primarily done by ad hoc interpreters. This is also true for the investigated voluntary telephone interpreting service maintained by the Lower Austrian PSAP for medical emergencies, where bilingual emergency medical technicians are used to gather further information from foreign-language speaking callers. Given the fact that big telephone interpreting services are still missing in the country, it was proposed to improve the quality of interpreted calls by professionalizing existing voluntary structures, allowing for a timely and adequate treatment of foreign-language speaking patients.

# Anhang

**Anhang 1** - Interviewleitfaden für das Gespräch mit dem Ausbildungsleiter von *Notruf Niederösterreich* (nach Patrascu 2015: 88)

---

## Einstiegsfragen

Notruf Niederösterreich

- Betreute Notrufnummern
- Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (CCA, EMD)
- Telefondolmetschdienst  
Aufbau/ Verfügbarkeit/ Kosten  
Dolmetschende und Sprachenangebot  
Voraussetzungen für die Dolmetschenden

*Professionelle Dolmetschende oder Fachpersonal* (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes) mit Fremdsprachenkenntnissen? Gibt es eine Überprüfung der Fremdsprachenkenntnisse?

*Schulung und Fortbildung der Dolmetschenden*

Bietet die Leitstelle den Dolmetschenden Schulungen für ihre Einsatzzwecke an?  
Falls ja, welcher Art? (z.B. zum Thema Notfallabwicklung bzw. AMPDS™)

## Abwicklung eines Notrufs

- Vorgehensweise beim Eingehen eines Notrufs
- Vorgehensweise bei fremdsprachigen Anruferinnen und Anrufern  
Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Englisch?)

## Zusammenarbeit mit Dolmetschenden

Wenn ja:

- Wie werden Dolmetschende von der Leitstelle kontaktiert?
- Wie sollen sich Dolmetschende bei ihrer Tätigkeit verhalten?

Wenn nein:

- Aus welchen Gründen (keine Ressourcen, kein Bedarf etc.)?
- Wann kommt es zur Aussendung des RD-Codes 32B4 („Fremdsprachiger Anrufer wurde nicht verstanden“)?
- Würde die Leitstelle einen (bundes-/landesweiten) Telefondolmetschdienst in Anspruch nehmen, wenn es ihn gäbe?
- Zufriedenheit damit, wie derzeit fremdsprachige Notrufe abgewickelt werden; Verbesserungsbedarf?
- Gibt es Bemühungen zur Qualitätssicherung bei gedolmetschten Notrufen?

## Technische Ausstattung

- Ist es für die Leitstelle technisch möglich, Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit den Einsatzkräften vor Ort (z.B. mittels Konferenzschaltung) in Verbindung zu setzen?
- Wird der Telefondolmetschdienst durch den Fahrdienst angefordert? Wenn ja, wie oft?

### **Einstiegsfragen**

- Eigene Sprachbiographie
- Selbst im Rettungsdienst tätig? Wenn ja, welche Qualifikation?
- Wie hat die/der Dolmetschende vom Telefondolmetschdienst (=TDD) erfahren? Worin bestand die Motivation sich an diesem Dienst zu beteiligen?
- Wie lange bereits im TDD tätig?
- Wie oft bereits für den TDD gedolmetscht? (Leitstelle/ Fahrdienst)

### **Voraussetzungen, Anforderungen und weitere Ausbildung der Dolmetschenden**

- Welche Voraussetzungen müssen für die Aufnahme in den TDD erfüllt werden?
- Gibt es spezielle Schulungen für Dolmetschende im TDD (z.B. zum Thema Notrufabwicklung)?

### **Abwicklung eines fremdsprachigen Notrufs**

- Welche Herausforderungen treten beim Dolmetschen eines fremdsprachigen Notrufs über das Telefon auf? (Störgeräusche durch Umgebungslärm, emotionale Situation, sprachliche/ kulturelle Barrieren, Koordinierung des Gesprächs, fehlender Sichtkontakt, Rollenkonflikte → neutral?)

### **Einstiegsfragen**

- Wie lange im Rettungsdienst tätig?
- Qualifikation?
- Wie oft Dienst im Monat?
- Einsätze pro Tag?

### **Einsätze mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten**

- Wie oft kommen Einsätze mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten vor? Welche Sprachen sprechen sie? Worin bestehen die Schwierigkeiten einer solchen Situation?
- Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten  
Englischkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes  
Wie gut funktioniert die Kommunikation mit vereinfachtem Deutsch oder auf Englisch? Kommt es zu Problemen aufgrund der sprachlichen Barriere?
- Werden auch Dolmetschende hinzugezogen?
  - Falls nein:  
Aus welchen Gründen (kein Bedarf, zu hoher Zeitaufwand, Verständigung auch ohne Dolmetschung)?  
Telefondolmetschdienst bekannt?
  - Falls ja:  
Wie hat es funktioniert? (Art u. Weise - Face-to-face oder remote interpreting; Angehörige/ mehrsprachige MitarbeiterInnen, professionelle DolmetscherInnen)  
Was wird von einer Dolmetscherin bzw. einem Dolmetscher erwartet?  
Welche Anforderungen und Aufgaben soll sie/er erfüllen?  
Wurde die Dolmetschung als hilfreich empfunden?  
Falls Angehörige bzw. MitarbeiterInnen dolmetschen: Warum wird der Telefondolmetschdienst nicht genutzt?
- Telefondolmetschen als passable Lösung? Vorteile/ Nachteile? Alternativen?
- Würde der Rettungsdienst einen (bundes-/landesweiten) Telefondolmetschdienst in Anspruch nehmen, wenn es ihn gäbe?
- Zufriedenheit damit, wie derzeit nicht-deutschsprachige Patientinnen und Patienten versorgt werden können
  - Verbesserungsbedarf?

## Anhang 4

Transkript  
Leitstelleninterview

### Interview L1

Dauer der Aufnahme: 0:58:05

Interviewer: I1

Befragte Person: L1

\_\_\_\_\_ besonders betontes Wort  
(.) Pause (pro Punkt je eine Sekunde)  
/ (vollständig) abgebrochener Satz  
(unv.) unverständlich in der Aufnahme

1 I1: Ja, dann starten wir das Interview. Nochmal herzlichen Dank, dass Sie mich heute  
2 eingeladen haben. Die erste Frage, die mich interessieren würde, ist: Wie ist denn Notruf  
3 Niederösterreich überhaupt entstanden?

4 L1: (..) Notruf Niederösterreich ist vor mittlerweile 14 Jahren aus einem Interesse der  
5 öffentlichen Hand - vor allem durch die öffentlichen Gelder der Geldgeber, der Financiers,  
6 der Präklinik, d.h. hauptsächlich des Rettungsdienstes (...) entstanden, um die Leitstellen  
7 mehr zu vernetzen. Aus einem sehr kleinräumigen und auch disziplinar sehr abgeschlossenen  
8 und organisatorisch sehr abgeschlossenen Bereich (..), meistens auf kommunaler, manchmal  
9 auf Bezirksebene, wo es kleinräumige Journaldienste gab, die sowohl von den  
10 unterschiedlichen Organisationen betrieben wurden als auch von unterschiedlicher regionaler  
11 Größe waren, wurde eine große Leitstelle mit mehreren Standorten. Zu jenem Zeitpunkt als  
12 diese Diskussion begann - das war Anfang des 21. Jahrhunderts, 2001, hat man ziemlich  
13 intensiv begonnen zu diskutieren. Es stand hauptsächlich die Problematik der Vernetzung im  
14 Vordergrund: Wie weiß denn ein RK-Journaldienst von einem anderen, vielleicht räumlich  
15 auch gar nicht so weit entfernten - vom Nachbarn möglicherweise - ,was denn gerade im  
16 Nachbarbezirk an Aufgaben und an Ressourcen vorhanden sind. Das gilt aber natürlich auch  
17 über die Organisationsgrenzen hinaus. Also es ist nicht nur innerhalb einer Organisation nicht  
18 bekannt gewesen, sondern auch (..) klarerweise aufgrund der Technik noch zusätzlich über die  
19 andere Organisation hinaus, die eine andere Technik verwendet hat, andere Funksysteme  
20 usw., andere Einsatzleitsysteme. Da begannen die Diskussionen. Es gab dann im Jahre 2003  
21 eine konkrete Prüfung zweier Institutionen, einerseits des Landesrechnungshofes, andererseits  
22 des (..) Kostenträgers NÖGKK, der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die  
23 sozusagen den Rettungsdienst evaluiert haben und dabei zu der Erkenntnis gekommen sind,  
24 dass es auf jeden Fall in einem Teil des Rettungsdienstes - nämlich in der Leitstelle -  
25 Verbesserungsbedarf gäbe. Hauptsächlich wurde das aus einem ökonomischen Aspekt  
26 zunächst einmal in Richtung der Verrechnung eines der Bereiche, für die der Rettungsdienst  
27 in Niederösterreich zuständig ist, nämlich der Krankentransporte, der darauf ausgelegt ist,  
28 sozusagen Ressourcen sinnvoll zu verbinden, Patienten im weitesten Sinne, dort wo es  
29 möglich ist zusammenzulegen und Leerfahrten zu vermeiden, gesehen. Auf diesem Prinzip ist  
30 die Vergütung der Krankentransporte ausgelegt.

31 I1: Das heißt: auf ökonomische Gesichtspunkte ausgelegt?

32 L1: (nickend) Ökonomische, ganz genau, ja. Und das steht fast ein bisschen konträr zu einem  
33 relativ autarken, kleinräumigen und schlicht und ergreifend nur organisationspezifischen  
34 Interesse. Neben diesem ökonomischen Aspekt gab es natürlich auch den Aspekt der  
35 Effizienz bzw. der Qualität im Rettungsdienst selber. So nach der Devise: Wie kann ich denn  
36 wirklich herausfinden, wenn im Bezirk „xy“ vielleicht gerade ein Krankentransportwagen  
37 bzw. ein Rettungswagen einer anderen Wache, der vielleicht nicht vernetzt ist mit dieser  
38 Bezirksleitstelle, unterwegs ist und sozusagen am Notfallort vorbeifahren würde? Weder für  
39 einen Journdienst noch für das Fahrzeug wäre erkennbar, dass das Fahrzeug in der Nähe ist  
40 und damit vielleicht eine schnellere Hilfe darstellen würde. Das war so der zweite Aspekt. Ja,  
41 diese Fragen hat man aufgeworfen, dann ein entsprechendes Projekt entwickelt, wo die  
42 letztlich heute noch bestehende Struktur - damals hat es anders geheißen, nämlich Lebig –  
43 Leitstellen-, Entwicklungs-, Betriebs- und Integrationsgesellschaft - unter der Federführung  
44 von Ingenieur Chwojka, den Sie ja schon kennengelernt haben, entwickelt wurde und  
45 gemeinsam mit dem Landesverband des Roten Kreuzes und dem Landesverband des  
46 Samariterbundes dann umgesetzt wurde. 2003 wurde begonnen. Aus 90 Leitstellen reduzierte  
47 man zunächst einmal auf 9. Reduzieren heißt sie zu vernetzen, bis in die heutige Struktur  
48 hinein. Die heutige Struktur, wenn die jetzt noch zur Frage dazu gehört?

49 I1: (bejahend) Ja, genau. Also wie sieht der Aufbau der Leitstelle jetzt aus?

50 L1: Verändert hat sich in der Zwischenzeit, dass aus diesen 9 Standorten - wenn man so will -  
51 in einem Netzwerk heute ein Netzwerk von weniger Standorten geworden ist. De facto sind es  
52 vier Standorte. Auch der organisatorische Rahmen hat sich etwas verändert. Die zunächst von  
53 den Landesverbänden in der GmbH - in der gemeinnützigen GmbH gegründete Organisation  
54 LEBIG - wurde im Jahr 2006 wurde - also 3 Jahre nach der Gründung - in ihrer Struktur  
55 insofern verändert, dass das Land Niederösterreich zum Eigentümervertreter wurde und zwar  
56 zum mehrheitlichen Eigentumsvertreter und der „Rest der Anteile“ in den  
57 Landesorganisationen der niederösterreichischen Rettungsdienste inklusive dem  
58 Christophorus Flugrettungsverein verblieben ist. Es haben sich die Anteile also sozusagen  
59 etwas gestreut und das Land Niederösterreich hat den Hauptanteil übernommen. Das ist seit  
60 2006 der Ist-Stand. Gekoppelt ist dabei die Namensänderung gewesen, von dem sehr  
61 sperrigen Begriff Lebig hin zu einem gut nachvollziehbaren Begriff (schmunzelt) Notruf  
62 Niederösterreich oder 144 Notruf Niederösterreich. Die Form der Organisation hat sich dabei  
63 aber nicht geändert. Es ist noch immer eine GmbH.

64 I1: Ja, vielen Dank für diese Antwort. Gleich die Anschlussfrage: Wir haben zum Beispiel in  
65 den USA diese integrierten Leitstellen, die alles bearbeiten - von Feuerwehr, Polizei über  
66 Rettungsdienstnotrufe. Welche Notrufnummern betreut jetzt dezidiert 144 Notruf  
67 Niederösterreich?

68 L1: Wir betreiben grundsätzlich alle Notrufnummern und Telefonnummern - ich nehme die  
69 gleich jetzt vorsichtshalber mit hinein, um die Antwort möglichst umfassend zu geben - die  
70 im weitesten Sinn alles, was Gesundheit betreffen kann, abdecken. Dazu gehört natürlich die

71 144, dazu gehört der Bergrettungsnotruf, dazu gehören der Ärztenotdienst und alle grenznah  
72 an die Disziplin angeschlossenen Kurznummern.

73 I1: Mhm. Das heißt auch Kurznummern für Krankentransporte?

74 L1: Ja genau. Alle Krankentransportnummern, auch die bundesweiten. Unter anderem gibt es  
75 eine europaweite Krankentransportnummer, die für ganz Österreich bei Notruf  
76 Niederösterreich aufläuft - die 116 117 - und darüber hinaus und deshalb ist die Antwort so  
77 umfassend, versuchen wir, aus einem Service-Gedanken heraus, durch eine möglichst  
78 niedrige Schwelle alle Nummern bei uns zentral einmal anlaufen zu lassen, angedockt zu  
79 haben, abzubilden. Das bedeutet: Bis auf nicht publizierte Garagen- oder Büro nummern der  
80 Rettungswachen, bis auf irgendwelche lokalen Umstände, die es eben nicht möglich machen,  
81 haben wir - deswegen kann ich die Antwort gar nicht auf Nummern bezogen geben, weil es so  
82 viele sind - alle Nummern seit der Zeit, als wir das für Niederösterreich übernommen haben,  
83 in die Leitstelle geschaltet, mit dem Hintergrund einen Service-Level anzubieten, der es  
84 ermöglicht, auch steuern zu können, um auch zu sehen: Was geht denn wirklich im gesamten  
85 Umfeld des Krankentransports und des Rettungsdienstes ab? Sozusagen: Was passiert denn?  
86 Wo haben wir da einen Aufwand? Wir wollen natürlich auch allen die Qualität zukommen  
87 lassen und nicht über irgendwelche Shunts sozusagen von außen herum nur das System  
88 bedienen. Das war nicht unser Ansatz.

89 I1: Mhm. Okay. Gibt es Bestrebungen, dass aus der spezifischen Rettungsleitstelle eine  
90 integrierte wird?

91 L1: (lächelt) Gute Nachfrage auf Ihre Frage, weil die natürlich schon ein wenig darauf  
92 abgezielt hat, andere Disziplinen hereinzunehmen. Es gab Bestrebungen seitens der  
93 Feuerwehr - gar nicht so sehr von uns - auch in Systemen mit uns gemeinsam zu arbeiten. Das  
94 hat in drei Pilotprojekten in Niederösterreich gemündet, die aktuell noch immer am Laufen  
95 sind, bei denen wir auch die 122 und die Feuerwehr als Disziplin in unserem Netzwerk  
96 operieren lassen. Das heißt jetzt nicht, dass wir die Leitstellen betreiben, sondern sie arbeiten  
97 in unserem System, bedienen sich sozusagen unserer Technik und unserer Standards - wenn  
98 man so will. Der momentane Stand ist, dass das drei Piloten sind und die weitere Entwicklung  
99 sehr offen ist. Seitens der Exekutive, um diese Disziplin vielleicht noch hineinzunehmen, sind  
100 keine wie auch immer gearteten Bestrebungen erkennbar.

101 I1: Obwohl die Exekutive ja den 112-Notruf übernimmt?

102 L1: Ganz genau. In Österreich ist 112 definitiv ein System, das aufgrund der bundesweiten  
103 Zuständigkeit bei der Exekutive aufläuft. Selbstverständlich. Das bedeutet ganz konkret: 112  
104 bedienen wir nicht.

105 I1: Okay. Gut, Sie haben gesagt, Sie haben 4 Standorte momentan in Niederösterreich und  
106 natürlich auch eine Menge an Personal. Wer arbeitet denn überhaupt in der Rettungsleitstelle?  
107 Was sind das für Leute?

108 L1: Vielleicht noch eine kurze Gegenfrage, damit ich mir sicher bin, die Frage richtig zu  
109 verstehen. Die Qualifikationen, die die Kollegen mitbringen?

110 II: Ja, genau. Also ganz kurz umrissen, nicht im Detail.

111 L1: Grundsätzlich ist es so: In meine Abteilung fällt auch das Recruitment. Ich kann die Frage  
112 also sehr gut beantworten: Wir haben (...) eine unglaublich hohe Anzahl an Bewerbungen - ob  
113 jetzt dann, wenn wir ausgeschrieben haben oder dann, wenn sich jemand sozusagen initiativ  
114 bewirbt - im Bereich des Rettungsdienstes. Das ist das, was man beobachten kann. Die  
115 „Rekrutierungsquelle“ Rettungsdienst ist (..) über all die Jahre nicht versiegt, was sehr  
116 interessant ist. (holt tief Luft) Das bedeutet aber per se nicht, dass wir nur aus dieser Quelle  
117 rekrutieren. Sondern es gibt schon grundsätzlich auch die Möglichkeit als Quereinsteiger in  
118 dem einen oder anderen Aufgabenbereich, vor allem niederschwelligen  
119 Krankentransportbereichen, Servicelines etc. - auch den rettungsdienstlichen Quereinsteiger -  
120 bei uns anzustellen. Das ist nicht die große Mehrheit. Die meisten Kollegen kommen aus dem  
121 Rettungsdienst und behalten das auch über die Jahre bei, aber es gibt auch die Quereinsteiger.  
122 Sonst ist es ein sehr junges Team - vielleicht ist das noch ein Thema (unv.). Die Bewerber  
123 kommen häufig nach Präsenz-, Zivildienstleistung und sind zwischen 18 und 25 im großen  
124 Mittel. Das ist sicher der Schwerpunkt. Wiedereinsteiger, ältere Bewerber haben wir sehr,  
125 sehr selten.

126 II: Welche Funktionen übernehmen diese Mitarbeiter jetzt in der Leitstelle?

127 L1: Von Beginn an?

128 II: Ja, wie sieht eine Laufbahn jetzt aus? Wenn ich es sagen darf, vom Calltaker bis zum  
129 Dispatcher?

130 L1: Sehen wir uns eine Musterbiographie an. So eine Musterbiographie beginnt ausnahmslos -  
131 es sei denn, es geht um einen Verwaltungsjob, das ist wirklich die einzige Ausnahme - mit  
132 einem Modul, das wir „Call Center Agent Basic“ nennen, der in seiner Zuständigkeit dann  
133 eben für die vorher schon genannten Krankentransportaufnahmen ausschließlich im  
134 aufnehmenden Bereich, möglicherweise auch im beratenden usw., also im unterstützenden,  
135 aber nicht im verwaltenden, d.h. nicht im disponierenden Bereich tätig ist. Da gehören  
136 natürlich dann alle Servicelines und (..) niederschwelligen, also nicht notfallbezogenen  
137 Rufnummern dazu. Das wäre der erste Bereich. Er kann sich dann, wenn er Erfahrung im  
138 Feuerwehr- und Rettungsdienstbereich mitgebracht hat - aus seiner vorherigen Biographie -  
139 weiterqualifizieren. Wir schicken niemanden aktiv zu einer rettungsdienstlichen Ausbildung.  
140 Wir fördern, indem wir Stunden im Bereich der Fortbildung usw. zur Verfügung stellen, aber  
141 wir schicken niemanden aktiv zu einer rettungsdienstlichen Ausbildung. Wenn er die  
142 mitbringt, in einem der Bereiche der Disziplinen, dann kann er zum sogenannten Emergency  
143 Medical Dispatcher ausgebildet werden oder „Feuer“ oder „Police“, also in der Disziplin. Es  
144 gibt dann zum EMD noch den EPD und den EFD. Das ist sozusagen diese diszipliniäre  
145 Berücksichtigung und damit kann er in diesem Bereich - wir arbeiten in einem horizontalen  
146 Dispositionsprinzip, d.h. Aufnahme-Weitergabe-Prinzip - in diesem Aufgabenbereich so  
147 ziemlich alles bedienen, bis auf einige wenige spezifische Skills, die wir nur mit  
148 Sonderausbildungen anbieten – z.B. den Alpinnotruf. Da gibt es ein paar spezifische  
149 Ausbildungen oder eben den Skill Fremdsprache. Das ist vielleicht noch ein Thema an dieser  
150 Stelle. Die ist per se nicht dabei. Das möchte ich damit zum Ausdruck bringen. Die

151 Biographie würde dann noch weitergehen: Wenn er ein paar Jahre - die ist nicht näher  
152 definiert diese Regel - Erfahrung gesammelt hat - in diesem aufnehmenden Teil -, dann kann  
153 er sozusagen in den nächsten Ausbildungslevel gehen. Das wäre dann die Disposition.  
154 Darüber hinaus gibt es dann noch einen Bereich, der so einer Standardbiographie entsprechen  
155 würde: Das wäre dann der Supervisor, also Überwachungsaufgaben im Rettungsdienst in ganz  
156 Niederösterreich und in Spezialbereichen wie Alpindisposition, Flugrettung etc.

157 I1: Das heißt: Wer nimmt meinen Notruf entgegen? Ist das ein EMD?

158 L1: Die zweite Stufe.

159 I1: Das heißt, Calltaker sind hier ausgeschlossen?

160 L1: Was man nicht standardisieren kann, ist und da möchte ich jetzt gar nicht über die Gründe  
161 „schimpfen“, warum das so ist, aber was man nicht standardisieren kann, ist, dass natürlich  
162 über diverse Krankentransportlines, über irgendwelche niederschwelligen Nummern, Notfälle  
163 sozusagen - da muss man mit dem Begriff Notfälle aufpassen, sagen wir noch nicht versorgte  
164 medizinische Probleme - an einen Basis-Calltaker herangetragen werden, bei dem aber die  
165 Prozesse oder für den aber die Prozesse ohne Zeitverlust sozusagen, das der richtigen Person  
166 zukommen zu lassen, klar sind. Wir leisten uns trotzdem den Calltaker, auch wenn diese  
167 Dinge nicht ganz so wirklich 100% steuerbar sind, weil sie natürlich melderbezogen sind und  
168 ja - leider Gottes - die Bekanntheit der Notrufnummern und Krankentransportnummern und  
169 Servicenummern und deren richtige Verwendung nicht sehr weit verbreitet ist. Das passt aber  
170 zu unserem Servicegedanken. Wir wollen das nur bedingt verändern. Uns ist wichtig, dass der  
171 Melder die Hilfe kriegt, die er braucht.

172 I1: Sie haben gerade die Fremdsprachenausbildung angesprochen: Für welche Sprachen  
173 werden Disponenten ausgebildet?

174 L1: Grundsätzlich machen wir die Fremdsprachenausbildung nur in Englisch - als  
175 pragmatischen Zugang zu der Thematik, da es (..) wenige Anlassfälle gibt. Wir haben  
176 wirklich sehr, sehr wenige Anlassfälle. Es wurde nie untersucht und ich kann es auch nur aus  
177 meiner Interpretation heraus wiedergeben, warum in Niederösterreich das Aufkommen oder  
178 die Anforderung von Dolmetschdiensten bzw. überhaupt die Notrufabfrage in der fremden  
179 Sprache sehr wenig in Anspruch genommen wird. Ich schätze, dass es eine Frage des  
180 Tourismus ist oder eben der Bedingungen im Tourismus, der sicher nicht vergleichbar mit  
181 dem Westen ist oder mit der Bundeshauptstadt. Auf der anderen Seite stehen die Sprachen,  
182 die es unserer Meinung nach tatsächlich brauchen würde und mit denen wir konfrontiert  
183 werden, leider Gottes auch nicht von unseren Standardanbietern zur Verfügung. Soll heißen,  
184 dass die Standards der Notrufbearbeitung bzw. der Notrufoommunikation nicht in  
185 tschechischer Sprache verfügbar sind. Sie sind nicht in den Sprachen der jetzt gerade  
186 bestehenden Flüchtlingsthematik vorhanden. In diesen Sprachen gibt es - leider Gottes - noch  
187 nicht diese Protokollversionen. (..) Ich würde sagen, aus diesen beiden Gründen ergibt sich  
188 die Tatsache, dass wir die pragmatische Lösung genommen haben und schon seit Jahren  
189 übrigens zumindest versuchen mit der englischen Sprache in der Leitstelle selber das  
190 Auslangen zu finden. Das bedeutet: Die Kollegen werden auf Englisch aus- und fortgebildet.

191 Die Kollegen melden sich freiwillig dazu. Es ist sozusagen ein zusätzlicher Skill. Auch das ist  
192 eine pragmatische Lösung, weil wir kein Grundlagen-Englisch unterrichten.  
193 Selbstverständlich nicht. Also derjenige Kollege, der sich selber berufen fühlt, macht das.  
194 Übrigens schauen wir das schon im Assessment - sehr basal aber doch -, dass derjenige  
195 ausreichend gut Englisch beherrscht. Den testen wir dann noch, bevor wir ihn zur Ausbildung  
196 und Fortbildung schicken, aber der Rest ist dann fachspezifisches Englisch und sehr praktisch  
197 bezogenes. Das ist unser pragmatischer Zugang.

198 I1: Das heißt, dass andere Sprachen, die die Leitstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter  
199 mitbringen würden - auch jetzt Minderheitensprachen zum Beispiel - eben nicht verwendet  
200 werden können, weil das Abfrageprotokoll in der jeweiligen Sprache nicht verfügbar ist?

201 L1: In einer zweiten Welle.

202 I1: In einer zweiten Welle?

203 L1: Ich kann es natürlich dann nicht mehr dem Standard entsprechend machen. Natürlich  
204 kann der Kollege, der dann sozusagen einspringt und - ja, Ungarisch wär so ein Thema, weil  
205 es mir gerade spontan einfällt. Auch in einer ungarischen Sprachversion sind die Standards  
206 derzeit nicht verfügbar. Aber der Kollege, der Ungarisch beherrscht - wir haben ein paar  
207 Kollegen und Kolleginnen, die das können - würde aufgrund seiner Protokollkenntnis, die er  
208 ja auch in deutscher und englischer Sprache routiniert mitbringt - er macht ja nichts anderes  
209 den ganzen Tag - sozusagen dann frei dolmetschen. Selbstverständlich würde er sich an die  
210 Standards halten, aber er hat das nicht im geschriebenen Wort vor sich und kann weder die  
211 Frage oder die Anleitung in Ungarisch ablesen noch die Antwort in der entsprechenden  
212 Sprache eingeben. Er kann dann nur Deutsch oder Englisch wählen. Das ist die Auswahl, die  
213 er hat. Aber in einer zweiten Welle machen wir das. Ganz genau.

214 I1: Gut, kommen wir zur Abwicklung eines Notrufes: Wie funktioniert denn das überhaupt?  
215 Ich setze einen Notruf ab. Wie ist der Ablauf? Ein ganz normaler. Ich bin ein  
216 deutschsprachiger Patient.

217 I1: Grundsätzlich möchte ich Ihnen anbieten - vielleicht gleich im Interview jetzt - dass ich  
218 Ihnen diesen Standardapproach auch gerne schicken kann, damit Sie ihn auch zusätzlich als  
219 Screenshot verwenden können, wenn Sie das wollen.

220 L1: Gerne.

221 I1: Ich mache mir nur eine kleine Notiz (tippt auf der PC-Tastatur). Der Ablaufprozess ist wie  
222 gesagt ein klar strukturiertes und ergibt sich grundlegend durch dieses horizontale Prinzip. Es  
223 gibt sozusagen auf der einen Seite jemanden - eine Person, grundsätzlich eine Person, es gibt  
224 auch Ausnahmefälle, wo das mehrere sind -, der die Melderseite, die laienhafte Seite, den  
225 Kunden - wenn man so will - bedient. Und dann gibt es die zweite Seite, die mit den  
226 Ressourcen, mit der Reaktion darauf arbeitet. Normalerweise ist es so, dass der Prozess damit  
227 beginnt, dass der Notruf bei uns aufläuft. Brauchen wir die technischen Details dazu?

228 I1: Nein, technische Details müssen wir jetzt nicht behandeln.

229 L1: Okay, also der Notruf läuft im System auf. Das ist ein Netzwerk. Da gibt es dann eben  
230 noch die technischen Besonderheiten: Wo läuft es auf? Warum läuft es gerade dort auf? usw.  
231 Wenn Sie sagen, dass es vernachlässigungswürdig ist, dann würde ich nur den Aspekt  
232 einbringen, dass diese technische Regelung hauptsächlich unter dem Aspekt steht, keine  
233 Wartezeiten bei den hochwertigen Skills zu haben. Das heißt: Wir halten unsere Ressourcen  
234 so vor und wir verteilen die Notrufe so, dass das nach diesem Prinzip möglich ist. Der  
235 Kollege, der den Notruf technisch automatisiert zugestellt bekommt ist im entsprechenden  
236 Ausbildungslevel, hat diesen Skill, hat diese Ausbildung - auch die Ausnahmen haben wir  
237 hier schon besprochen, wenn etwas über andere Nummern käme - nimmt den Notruf für den  
238 Melder entgegen, folgt einem sehr standardisierten (schmunzelt), dem absolut strikten  
239 Procedure in der Informationsgewinnung.

240 I1: Das ist dieses ...

241 L1: AMPDS. Genau. Wir verwenden dazu ausschließlich Softwarelösungen. Diese Standards  
242 gibt es in Handklappkarten-Versionen, wobei diese schon lange nicht mehr wirklich verfügbar  
243 gemacht werden.

244 I1: Das wäre das Rückfallsystem?

245 L1: Ganz genau. (..) Wir verwenden natürlich in unserem Netzwerk und mit unseren  
246 Werkzeugen kompatible Softwarelösungen. Hauptteil ist zunächst die  
247 Informationsgewinnung. Das heißt: Es gibt einen Block und dann noch Prioritäten bei der  
248 Informationsgewinnung und der erste Block ist der sogenannte Einstiegsfragenblock, der sehr  
249 universell ist und sich damit beschäftigt, Informationen zu generieren, die für jeden Notfall  
250 gelten, unabhängig davon, was jetzt tatsächlich für ein Geschehen vorliegt. Das ist  
251 selbstverständlich die ganze Demographie, soll heißen: Adresse, Rückrufnummer etc.  
252 Manches davon ist Verifizierung. Soll heißen: Manches davon wird zur Vorsicht noch einmal  
253 erhoben, auch wenn wir manche Dinge technisch angezeigt bekommen oder automatisiert  
254 mitübertragen werden, wie die Rückrufnummer zum Beispiel. Auch da könnten wir tagelang  
255 darüber reden. Das bilde ich auch seit Jahren aus. Danach geht es sozusagen um den Kern des  
256 Geschehens. Und das ist eine der wenigen offenen Fragen. Unsere Kommunikation ist auch  
257 sehr durchstrukturiert. Wir haben ganz wenige offene Fragestellungen, hauptsächlich  
258 geschlossene Fragen. Die Frage nach dem Geschehen ist natürlich eine offene. Und dann sind  
259 wir schon bei Alter, Nähe zum Patienten und Vitalfunktionen. Damit ist der Einstiegsblock  
260 eigentlich erledigt. Nach dem Einstiegsblock passiert so etwas wie eine erste Kategorisierung  
261 in sogenannte Hauptbeschwerden. Davon gibt es in den aktuellen Systemen 33, die wir  
262 verwenden. Für Sie als Rettungsdienstmitarbeiter: Das ist diese Kennzahl, die nach RD steht  
263 und diese erste Kategorisierung ist eine Grobkategorisierung, aus der sich ergibt, dass dann  
264 natürlich weitere Informationen zu erheben sind, abhängig von dieser Kategorisierung. Es ist  
265 eine andere Information, die wesentlich ist, wenn ein Patient einen Krampfanfall hat oder  
266 wenn es um eine Reanimationssituation geht oder wenn es um eine Gefahrensituation geht.  
267 Insgesamt gibt es drei große Gruppen, die noch so darüberhängen über diese 33 Beschwerden:  
268 Das ist sozusagen alles Traumatologische, alles Medizinische und zu guter Letzt noch die  
269 Gruppe der Protokolle, die sich mit lebensbedrohlichen Notfällen auseinandersetzt. Also das  
270 sind die drei großen Übergruppen. Abhängig jetzt, in welcher Gruppe sich das befindet, sind

271 die Fragen unterschiedlich auf die Situation bezogen - im Gegensatz zum Einstieg, okay?  
272 Dort finden sich so Dinge wie Sicherheitsaspekte. Dort finden sich so Dinge wie Qualität der  
273 Vitalfunktionen - im Gegensatz zum Einstieg: Da geht es um das grundsätzliche  
274 Vorhandensein, die Quantität, wenn man so will. Aber dort geht es dann um Dinge, die  
275 spezifisch auf die Traumamechanik bezogen sind, spezifisch auf Symptome und Zeichen  
276 beim Notfall usw. Das Zusammenfassen der bisher zusammengetragenen Informationen  
277 mündet dann in einen sogenannten Einsatzcode und mit diesem Einsatzcode bzw. mit der  
278 „Vergabe“ dieses Einsatzcodes ist die Arbeit auf der aufnehmenden Seite bis zur Alarmierung  
279 zumindest abgeschlossen. Das heißt: Der Code würde dann dem gebietszuständigen  
280 Disponenten in unserem Netzwerk, in dem Moment, in dem er zur Verfügung steht und die  
281 letztgültige Kategorisierung gewählt wurde zur Disposition freigegeben werden. Das kann zu  
282 unterschiedlichen Zeitpunkten passieren. Das kann in einem Reanimationsfall schon am  
283 Anfang sein. Damit geht das viel schneller natürlich. Das kann bei nicht Vitalbedrohungen am  
284 Ende dieses Schlüsselfragenteils - so heißt er - erfolgen. Dann geht es um die Disposition.  
285 Den will ich jetzt gar nicht näher beleuchten, weil ich glaube, der ist - naja, könnte auch  
286 relevant für Ihre Arbeit sein -, aber ich bleibe noch ganz kurz auf dem linken Teil, nämlich  
287 diesen den Melder betreffenden Teil. Damit ist sozusagen alles Taktische, alles  
288 Kommunikative in Richtung Rettungsdienst von dem ersten Bearbeiter weg. Er braucht sich  
289 damit nicht beschäftigen, sondern kann - das ist ein wesentlicher Teil unserer Approaches  
290 bzw. unserer Vorgangsweise - dem Melder für sogenannte Erste Hinweise und für sogenannte  
291 Anleitungen zu Sofortmaßnahmen auch weiter zur Verfügung zu stehen und das therapiefreie  
292 Intervalls bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrücken. Die sind auch standardisiert.  
293 Ein paar Szenarien ganz kurz in zwei, drei Worten: Das betrifft Dinge wie  
294 Sicherheitshinweise. Das betrifft natürlich Dinge wie Anleitungen im Falle einer  
295 geburtshilflichen Notfallsituation, aber auch die Geburt selber, Ersticken, Bewusstlosigkeit,  
296 Reanimation etc. - in manchen Fällen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes. Begleitend  
297 übernimmt sozusagen der zweite Teil den Fall mit seinen Dispositionsaufgaben. Der  
298 gebietszuständige Disponent entscheidet unter Zuhilfenahme der Technik - aufgrund der  
299 Menge, der Größe, der Vernetzung ist vieles nur mit technischer Unterstützung möglich -, wer  
300 letztlich zum Einsatz kommt - die Art und Anzahl der Mittel und - wahrscheinlich brauche ich  
301 Ihnen das als Rettungsdienstkollege nicht erläutern - alarmiert dann auf verschiedensten  
302 Kommunikationswegen unter Nutzung möglichst aller verfügbarer technischer Wege die  
303 entsprechenden Ressourcen. De facto passiert alles auf Knopfdruck. De facto ist es nicht mehr  
304 als eine technische Applikation, die wir dann benutzen. Und dann betreut, überwacht und  
305 dokumentiert der Disponent den restlichen Verlauf.

306 II: Gut, das wäre also jetzt der Paradefall. Wie sieht es jetzt aus, wenn ein Anrufer den Notruf  
307 wählt und er kann sich nicht auf Deutsch verständigen?

308 II: (...) Zwei Dinge. Zum Ersten: Die erste Problematik, die sich immer stellt, ist: Kann ich  
309 denn überhaupt herausfinden, welche Sprache er spricht. Das ist unser Hauptproblem. An der  
310 Ecke stehen wir manchmal an. Wenn ich nicht identifizieren kann, in welcher Sprache wir  
311 überhaupt kommunizieren können, sehe ich den Handlungsrahmen der Leitstelle im  
312 Standardapproach oder beim Einhalten eines weiteren Standardapproaches relativ schnell  
313 gesättigt. Da gibt es meiner Meinung nach kaum die Möglichkeit, das noch über Sprache oder

314 über den Standardapproach abzubilden. Wir helfen uns in solchen Ausnahmesituationen,  
315 wenn die passieren, mit gängigen Sprachen wie Englisch, Französisch und dem, was meine  
316 Kollegen beherrschen und wir an eigenen Ressourcen vorhalten. Das endet an dieser Stelle.  
317 Dann helfen wir uns zumindest mit einem abgewandelten Approach, der bedeutet: Wir  
318 benutzen die Technik, um festzustellen, wo der Anrufer herkommt.

319 II: Das wäre eine Ortung?

320 L1: Wäre eine Ortung. Ganz genau. An der Stelle, wo wir mit der Sprache an ein Ende  
321 kommen, greift natürlich die Technik oder wäre der nächste Approach - ob die Technik greift,  
322 hängt wieder vom Fall ab. Fallanzahl - maximal selten. Wir sind jetzt nicht in einer  
323 quantitativen Arbeit. Ich könnte es auch ad hoc nicht festmachen. Das müssten wir erheben,  
324 wenn Sie diese Zahlen brauchen. (..) Der bessere Weg ist: Wir können uns mit den  
325 vorgehaltenen Sprachen helfen oder wir erkennen, dass es Ungarisch oder Französisch oder  
326 was auch immer ist. Als vorgehaltene Sprache meine ich jetzt Englisch und die, die wir  
327 sozusagen im rettungsdienstlichen, freiwilligen Dolmetschangebot verfügbar haben. Dann  
328 würde der Approach folgendermaßen ausschauen: Wir würden zunächst trotzdem versuchen,  
329 die Information mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekommen, zumindest bis  
330 zur Alarmierung. Gerade im zeitkritischen Segment weiß ich zunächst ja noch nicht, um was  
331 es geht. Wir versuchen da also selber mit den vorgehaltenen Sprachen innerhalb der Leitstelle  
332 eine gewisse Grobkategorisierung durchzuführen: eine Reanimation von einem „Ich hätte  
333 gerne gewusst, wann der nächste Hausarzt Dienst hat und wer das ist“ zu differenzieren.  
334 Macht den Sinn, dass wir die Zeit für eine (.) Dolmetschleistung, die uns wahrscheinlich dann  
335 noch mehr Details bringen würde, aber trotzdem nicht mehr liefern würde, als „Wir wissen  
336 schon, dass es eine Reanimation ist“, nicht missen, die wir brauchen, um sie anderweitig zu  
337 nutzen. Wenn uns das gelingt, dann würden wir sozusagen mit den eigenen Ressourcen das  
338 Auslangen finden und würden im gegebenen Fall zur Informationsverbesserung, zur  
339 Hilfeleistung am Telefon und zur Unterstützung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes - das  
340 sind die einzigen zwei Punkte - zu diesen zwei Punkten noch zusätzlich nach der ersten  
341 Kategorisierung einen Dolmetschdienst heranziehen. Im eigenen Haus oder darüber hinaus.

342 II: Dieser Dolmetscherdienst, den Sie auf Ihrer Homepage beschreiben, der greift nur in  
343 diesen zwei Punkten?

344 L1: Der greift per se momentan nur in diesen beiden Punkten.

345 II: Das heißt: quasi ab Alarmierung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes.

346 L1: Ganz genau. Er greift auch dann, wenn ich zu wenig zum Alarmieren hätte, aber ich die  
347 Sprache kenne. Das gibt es schon auch.

348 II: Das heißt: Der Dolmetscher wäre bei der Befragung durch das Protokoll dabei und würde  
349 hier auch bei der Erstellung des Einsatzcodes mitwirken?

350 L1: Genau. Also auch diese Situationen sind standardmäßig vorgesehen. Nehmen wir  
351 absichtlich nicht Englisch, weil wir das selber lösen. Nehmen wir Ungarisch. Wir haben  
352 keinen Kollegen im Dienst, der Ungarisch spricht, allerdings einen ungarischen Dolmetscher

353 aus dem Rettungsdienst zur Verfügung. Wir wissen, es geht sicher nicht um ein  
354 lebensbedrohliches Problem. So viel konnte uns der Anrufer vielleicht mit gebrochenem  
355 Englisch oder was auch immer mitteilen. Dann würden wir, weil der Zeitverlust jetzt - das  
356 Zeitkritische - nicht mehr vorhanden ist, versuchen, den Dolmetscher ins Boot zu holen, um  
357 an dieser Stelle noch vor der Kategorisierung eine bessere Information zu erhalten.

358 II: Wie sieht denn der Pool aus, den Sie an verfügbaren Dolmetscherinnen und Dolmetscher  
359 haben? Wie viele sind es ca.? Welche Sprachen können Sie da anbieten?

360 L1: So. Ich versuche jetzt den schnellstmöglichen Weg. Auswendig weiß ich es leider nicht.  
361 (summt) Nehmen wir diese Dokumentation. Vielleicht für Sie nicht unwesentlich: Wir lassen  
362 (...) seit 6 Jahren extern die Qualität unserer Arbeit zertifizieren. Eine der Zertifizierungen ist,  
363 dass wir ein sogenanntes „Accredited Center of Excellence“ sind. Die Akkreditierungsstelle  
364 ist die nordamerikanische international tätige International Academy of Emergency Dispatch.  
365 Das haben wir mittlerweile zum dritten Mal gemacht. Dort ist das Thema Fremdsprache oder  
366 Dolmetschdienste ein Thema, das nicht sehr streng evaluiert wird, aber doch evaluiert wird.  
367 Wesentlich ist das deshalb, weil ich an dieser Stelle jetzt gerade die Dokumente suche. Es gibt  
368 eine zweite Akkreditierungsstelle, die wir erst seit dem vorigen Jahr erstmals beanspruchen.  
369 Das ist die European Emergency Number Association EENA mit Sitz in Brüssel, die sich  
370 logischerweise als europäische Institution (lacht kurz) noch ein bisschen intensiver mit den  
371 Dolmetschdiensten und der Vielsprachigkeit in Europa, die gegenüber Nordamerika ja ein  
372 Thema ist, beschäftigt und die schauen sich das natürlich schon auch an. Wir haben die  
373 Dolmetschdienste an dieser Stelle schon zweimal im Rahmen des Handlungsfeldes evaluiert  
374 und sehr positiv sogar evaluiert. Jetzt schaue ich gerade in diesen Dokumenten, was da der  
375 letzte Stand war. Geben Sie mir eine Sekunde, bitte.

376 II: Mhm.

377 L1: (.....) (summt) So. Der letzte Stand: (..) Ich habe jetzt gerade Ende 2015. Ich  
378 kann es Ihnen auch noch tagesaktuell schicken. Wenn Sie das brauchen, suche ich es Ihnen  
379 dann aus den Live-Systemen heraus, nur dauert das jetzt ein bisschen, bis ich eingestiegen  
380 wäre. (zählt bis Elf) Das wären elf Sprachen. Ich kann es Ihnen gerne aufzählen. Ich denke,  
381 ich stelle Ihnen das einfach zur Verfügung. Das machen wir dann noch tagesaktuell. Ich  
382 glaube, das wäre vernünftig, oder?

383 II: Danke.

384 L1: Was man natürlich schon deutlich sieht, ist ein gewisser Pool an Sprachen, die für uns  
385 auch traditionell als eine lokal am Rande des ehemaligen Eisernen Vorhangs befindliche  
386 Leitstelle in Niederösterreich wichtig sind. Wir haben schon sehr viel mehr mit den  
387 Ostsprachen - mit den Südostsprachen - zu tun als wahrscheinlich mit Englisch. Deshalb ist es  
388 sehr günstig, dass wir hier mit Rumänisch, Türkisch, Polnisch und Tschechisch an dieser  
389 Stelle viele Möglichkeiten haben.

390 II: Bevor wir jetzt kurz noch zum Telefondolmetschdienst von 144 Notruf Niederösterreich  
391 kommen: Sie haben gesagt, wenn die eigenen Ressourcen nicht ausreichen, man auch zu

392 externen Dolmetscherinnen und Dolmetscher übergeht? Wird da ein bestimmter Dienst  
393 angerufen?

394 L1: Nein, mit extern meinte ich genau diesen Dienst.

395 I1: Diesen Dienst haben Sie gemeint. Okay, gut.

396 L1: Mit extern meine ich also nicht in der Leitstelle angestellt.

397 I1: Verstehe. Wie sieht denn die Verfügbarkeit von diesem Dienst aus? Kann ich den Dienst  
398 wirklich 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr anrufen?

399 L1: Grundsätzlich ja. Das Reglement sieht es vor. Allerdings man darf natürlich nicht  
400 vergessen: Es ist in einem Freiwilligenbereich geregelt. Es gibt keine Verpflichtung dazu.

401 I1: Das heißt: Wenn jetzt ein Anruf kommt, man muss nicht anheben?

402 L1: Man muss nicht abheben. Ganz genau.

403 I1: Sind irgendwelche Kosten für die Leitstelle mit dem Betrieb des Telefondolmetschdienstes  
404 verbunden?

405 L1: Nein. (.) Was wir bisher wenig forcieren und wo wir kaum Fälle haben - momentan  
406 würde ich nicht einmal einen im Gedächtnis haben, wobei das müsste man aufgrund der  
407 Menge und der Größe des Bundeslandes noch im Detail erheben - es auch als Angebot an den  
408 Rettungsdienst zu sehen: Im Falle des „Ich bin eingetroffen“ und habe erst dort ein  
409 Sprachproblem oder ein weiterbestehendes oder wie auch immer. Diese Situation ist de facto  
410 nicht sehr offensiv publiziert bzw. sehr offensiv angeboten worden. Aber es ist eine gute  
411 Sache. Absolut.

412 I1: Das heißt: Sie würden auch, wenn es notwendig ist, diesen Telefondolmetschdienst zur  
413 Verfügung stellen?

414 L1: Das ist grundsätzlich eine Geschäftsführerentscheidung. Da kann ich mich jetzt nicht  
415 darüber hinaus wegbewegen. Aufgrund der kaum vorhandenen Fälle - jetzt zumindest - würde  
416 ich das aber schon behaupten, dass man das zur Verfügung stellen kann, (.) weil es eine gute  
417 Sache ist.

418 I1: Welche Voraussetzungen muss ich denn mitbringen, damit ich bei Ihrem Dolmetschdienst  
419 dabei sein kann?

420 L1: Die Bereitschaft.

421 I1: Und darüber hinaus? Sprachkenntnisse?

422 L1: Diese werden bekannt gegeben. Der Dolmetscher, der sich freiwillig meldet, sagt: „Ich  
423 beherrsche diese oder jene Sprache“. Wir evaluieren es nicht.

424 I1: Es gibt also keine Überprüfung der Sprachkenntnisse?

425 L1: Nein, keine Überprüfung.

426 I1: Was mich dann interessieren würde: Wenn ich jetzt mein Interesse bekundet habe,  
427 bekomme ich irgendetwas von der Leitstelle - Informationen, Schulungen in diese  
428 Richtungen? Wir haben das Protokoll besprochen, das ja stark standardisiert ist. Es kommen  
429 immer die gleichen Fragen, wenn man das so sagen kann. Das wäre vielleicht eine  
430 Hilfestellung für den Dolmetscher bzw. die Dolmetscherin. Gibt es da etwas in die Richtung?  
431 Schulungen, Fortbildungen?

432 L1: Nein, also jetzt aktuell definitiv nicht. Das ist vermutlich schon eine gewisse logistische  
433 Herausforderung und das ist jetzt meine persönliche Meinung, weil ich glaube, dass ich  
434 wahrscheinlich der Kollegin aus dem Rettungsdienst, die sich als Polnischdolmetscherin zur  
435 Verfügung stellt, außer den Abfrageprozess in unserer Sprache nichts lernen kann. Was sie  
436 natürlich machen könnte, wäre, sich entsprechend darauf vorzubereiten, wenn dann ein Notruf  
437 kommt: Was kommen denn für Fragen? Das ja, aber ich könnte sie sprachlich überhaupt nicht  
438 unterstützen. Das heißt, die Schulung, die man anbieten könnte - theoretisch -, wäre  
439 ausschließlich auf das Fach bezogen und nicht auf die Sprache natürlich. Da wäre es fast  
440 umgekehrt interessanter.

441 I1: Das heißt: Wenn wir einen fremdsprachigen Patientin oder Patienten haben, die Sprache  
442 erkannt wird und ich momentan keine Ressource intern vorhanden habe, wird der Fall extern  
443 an den Telefondolmetschdienst weitergegeben. Der Dolmetscher wird einfach angerufen und  
444 wenn er abhebt, hebt er ab und wenn nicht, hebt er nicht ab.

445 L1: Genau.

446 I1: Gut. Sie haben in Ihrer Ausrückordnung den Code 32B4 „Fremdsprachiger Anrufer wurde  
447 nicht verstanden“. Wie kommt es zu diesem Code, wenn ich quasi eigentlich jemanden  
448 hinzuziehen könnte?

449 L1: Das ist dann sozusagen der letzte Ausweg für den Fall, den wir vorhin konstruiert haben,  
450 wo wir geortet haben oder wo ich diesen freiwilligen Dolmetschdienst nicht bei der Hand  
451 habe und auch intern keine Möglichkeit habe. Dann greift sozusagen immer die Backup-  
452 Ebene. Die Backup-Ebene bildet sich in diesem Fall auf dem Protokoll 32 ab und enthält auch  
453 eine Ausrückordnung, die nach Backup-Prinzipien, d.h. nach Ausnahmeprinzipien, gestaltet  
454 ist. Das ist nicht die höchste Beschickung, aber sie agiert natürlich auch vorsichtig. Daher  
455 kommt dieser Code. (...) Wir überwachen dezidiert im Rahmen unseres  
456 Qualitätsmanagementprozesses, dass dieser Code nicht zur Pauschalargumentation eines  
457 Mitarbeiters, der sich nicht damit auseinandersetzen möchte, wird. Manchmal schwierig. Es  
458 wäre natürlich leicht, sozusagen fire-and-forget zu machen und diesen Code einfach  
459 auszugeben, obwohl man es gar nicht versucht hätte. Das überwachen wir ganz dezidiert.

460 I1: Es gibt also schon das Bewusstsein dafür, dass, wenn ein fremdsprachiger Notruf aufläuft,  
461 alles Mögliche gemacht wird?

462 L1: Ganz genau. Das wollte ich damit zum Ausdruck bringen. Weil das wäre natürlich eine  
463 Möglichkeit: Wenn ich einen eigenen Code dafür vorhalte, überfahre ich alle Strukturen und  
464 gebe diesen Code automatisch aus, wenn jemand ausländisch am Telefon klingen würde. Das  
465 versuchen wir im Rahmen unseres QM-Prozesses zu verhindern.

466 II: Gut, wenn wir jetzt doch einen Dolmetscher finden: Was würden Sie aus der Sicht eines  
467 Leistellendisponenten sagen? Wie soll der Dolmetscher agieren? Was ist seine Rolle beim  
468 Dolmetschen des Notrufes? Was brauchen Sie von ihm?

469 L1: Was brauche ich vom Dolmetscher? (...) Vielleicht etwas Grundsätzliches zuerst. Wenn  
470 ich mich für dieses System melde, würde ich mir wünschen, dass es eine Bereitschaft gibt, die  
471 bedeutet auch wirklich abzuheben. Also das, was wir jetzt ein wenig kritisch angesprochen  
472 haben, liegt auf der Seite des Dolmetschers, nicht auf der Seite der Leitstelle. Wenn ich mich  
473 dazu bereit erkläre, so ein System zu unterstützen, und ein Einsatz ja nicht übertrieben oft  
474 vorkommt, dann würde ich mir auch wünschen, dass auch tatsächlich abgehoben wird.  
475 Schwierig, aber ja. Das würde ich mir am ehesten erwarten. Fachlich würde ich mir erwarten,  
476 dass er/sie seine Qualifikationen so einschätzt - solange wir das nicht selber evaluieren oder  
477 irgendwann einmal extern evaluieren lassen, was ich mir durchaus gut vorstellen könnte -  
478 dass er/sie seine sprachlichen Kenntnisse so einschätzt, dass sie auch tatsächlich ausreichend  
479 sind, um uns da wirklich eine Hilfestellung sein zu können. Das sage ich jetzt nicht deshalb,  
480 weil wir damit schlechte Erfahrungen hätten, sondern, weil ich ganz offensiv versuche, die  
481 Erwartungen zu formulieren und völlig objektiv zu sein. Was ich mir zusätzlich erwarten  
482 würde, ist sozusagen die Rolle der Bereitschaft in einem (...) Team zu arbeiten - das wäre  
483 vielleicht das beste Wort - nämlich mit einem Notrufexperten auf der einen Seite, einem  
484 Melder auf der anderen Seite und dazwischen die entsprechende Vermittlungsrolle auch  
485 tatsächlich als Vermittlungsrolle wahrnehmen. Wir reden ja eben nicht von einem  
486 professionellen Dolmetschdienst, der sich der Hürden und Problematiken bei der  
487 Transformation von Sprache bewusst ist, sondern in der Regel reden wir von einem  
488 Freiwilligen, der irgendwann aus seiner Lebensbiographie heraus oder aus welchen Gründen  
489 auch immer diese Sprache erlernt hat und weder im Handlungsfeld der Leitstelle noch in dem  
490 von professionellen Dolmetschern tätig ist. Zufälle kann es natürlich geben, aber  
491 normalerweise ist es eher nicht so. Das heißt, diese Bereitschaft, sich da wirklich führen zu  
492 lassen, im Team zu agieren, ist wahrscheinlich für mich gleich der dritte Punkt der  
493 Erwartungen an einen Dolmetscherdienst in diesem sensiblen Handlungsumfeld.

494 II: Sie haben die Vermittlungsrolle angesprochen. Dolmetschende werden oft gerne als  
495 Personen gesehen, die einfach nur die Sprache hin und her übertragen, aber Sie haben gesagt,  
496 dass er im Team dabei ist. Inwieweit darf der Dolmetschende einen Einfluss haben - auf die  
497 ganze Situation gesehen? Darf er dem Leitstellendisponenten helfen, damit er die  
498 Informationen bekommt, die der Dispo benötigt? Inwieweit ist sein Einfluss gewünscht?

499 L1: Schwer zu sagen. Ich nehme als Gegenpendant die (..) Normalsituation. Wir persönlich  
500 sehen den informationsgewinnenden Teil zwischen zwei Kommunikationsstellen - nämlich  
501 einem Laien vor Ort und einem Profi in einem weit entfernten Leitstellenraum - diese  
502 Leistung, die dazwischen passiert, eigentlich schon als Dolmetschleistung. Aus dem heraus  
503 resultiert dann meine spätere Antwort, wie ich das in Richtung Dolmetschdienst sehe. Wir  
504 dolmetschen nämlich in der Standardsituation schon von Laiensprache (.) in Fachsprache, d.h.  
505 in medizinisch verwertbare Kategorien. Das ist ein wenig dieser Standards-Ausschuss bzw.  
506 Kultur- und Sprachausschuss, von dem ich gesprochen habe. Wir sind lange weg von dem  
507 Verwenden der Fachsprache in der telefonischen Untersuchung, weil wir naturgemäß darauf

508 gekommen sind, dass das nichts bringt. Aber selten beschäftigt man sich wirklich außerhalb  
509 des Handlungsfeldes damit. Ein Beispiel: Schön, dass wir wissen, wie eine agonale Atmung  
510 theoretisch aussieht. Ich habe selbst im Rettungsdienst und im Leitstellenumfeld  
511 Kolleginnen und Kollegen, die das noch nie gesehen haben, weil wir normalerweise damit  
512 nicht konfrontiert sind im Rettungsdienst. Aus der Erfahrung können wir nicht schöpfen.  
513 Deshalb ist es vernünftig, dass wir uns bei der Beschreibung und beim Hinterfragen, ist das  
514 eine agonale Atmung oder nicht, so weit wie möglich auf das Niveau der Laiensprache  
515 begeben und an dieser Stelle diese Dolmetschleistung stattfindet. Trotz meinem  
516 medizinischen Know-how oder manchmal, weil dieses gerade eben nicht selber vorhanden ist  
517 und nur der Standard vorhanden ist, diese beiden Dinge zu transformieren. Der Standard ist  
518 schon so gestaltet, dass er in Laiensprache versucht abzuwickeln. [Tür öffnet sich und wird  
519 sogleich wieder geschlossen] Und jetzt kommt noch etwas dazu und jetzt kommen wir zu  
520 Ihrer Frage: Wie passt denn eine echte Dolmetschleistung von unterschiedlichen Sprachen  
521 neben diese Dolmetschleistung unterschiedlicher Fachtermini - vielleicht kann man das so  
522 sagen - noch gut hinein? Ich bin mir nicht ganz sicher, wie weit die Hilfestellung seitens des  
523 Dolmetschers auch das Ergebnis verfälschen kann, weil der Dolmetscher natürlich - wir  
524 bedienen uns ja der rettungsdienstlichen Kollegen - das immer auch mit den Rettungsdienst-  
525 Augen sehen wird. Da sehe ich eine Diskrepanz.

526 II: Das heißt, er wird auch selbst interpretieren?

527 L1: Ganz genau. Also ich bilde sehr lange aus. (.) Es ist nicht an den Haaren herbeigezogen.  
528 Ein Beispiel, das das eben dokumentiert, ist im Rahmen meiner Ausbildung die folgende  
529 Frage: Selbst wenn ich an der medizinischen Universität für den Wolfgang Schreiber bei den  
530 Jungärzten vortrage und dort frage - die meisten kommen aus dem Rettungsdienst -: „Wer von  
531 Ihnen hat jemals schon eine agonale Atmung gesehen?“, dann zeigen in einem Auditorium  
532 von 30 Leuten zwei Leute auf. Und mein Problem ist: Der Rettungssanitäter bzw.  
533 Notfallsanitäter, der für uns dolmetscht, kann es sich zwar vorstellen, er hat es nur noch nie  
534 gesehen, während sich das Handlungsfeld der Leitstelle seit weit über 30 Jahren ganz intensiv  
535 damit beschäftigt - in ganz unterschiedlichen Sprachen selbstverständlich, in der deutschen  
536 Sprache auch in der Laiensprache -, wie ich einem Laien beschreiben lassen kann, wie ich ihn  
537 fragen kann, um das herausfinden, trotzdem er noch nie eine agonale Atmung gesehen hat.  
538 Und da gibt es schon einen gewissen Einfluss durch den, der eine agonale Atmung  
539 rettungsdienstlich interpretiert. Und Sie würden staunen, welche Antworten man da oft  
540 bekommt (lacht). Wenn ich das dann noch ein bisschen verfeinere und danach frage, ob das  
541 etwas Hochfrequentes oder vielleicht doch etwas Niederfrequentes ist, bekomme ich etwa  
542 50:50 falsche Antworten. Da hätte ich ein bisschen Sorge. Ich weiß nicht, ob es Ihnen  
543 aufgefallen ist, aber ich habe bei der ersten Formulierung von „führen lassen“ gesprochen.  
544 Mein Wunsch wäre, dass wir zunächst einmal im ersten Versuch bei so einer  
545 Dolmetschleistung eine ganz hohe Disziplin beim Führen lassen versuchen umzusetzen. Soll  
546 heißen: die deutsche Frage so gut wie es nur geht, mit denselben laienhaften Begriffen in der  
547 entsprechenden Fremdsprache zu übermitteln und die Bewertung der Antwort auch in einem  
548 ersten Versuch zunächst einmal dem Experten auf der anderen Seite zu überlassen. Was ich  
549 mir nicht wünschen würde, wäre die Frage: „Atmet er normal?“ - als eine der relevanten  
550 Fragen, die dann noch viel tiefer geht - ins Ungarische dolmetschen zu lassen und dann käme

551 sozusagen die Antwort des ungarischen Melders, der das beschreibt mit: „Er macht so  
552 komische Pausen beim Atmen“ in seiner Sprache und die Antwort des Dolmetschers: „Nein,  
553 er atmet nicht normal.“ wäre. Wissen Sie, was ich meine?

554 I1: Sie wollen genau das, was gesagt wurde?

555 L1: Genau, das was gesagt wurde und auch nicht, dass etwas dazugegeben oder weggelassen  
556 wird. Erst wenn es noch notwendig ist zu hinterfragen, muss man meiner Meinung nach mehr  
557 die Dolmetschleistung ins Boot nehmen und sagen: „Okay, du musst mir jetzt aber auch beim  
558 Interpretieren helfen.“ Aber im ersten Versuch - auch aus Sicht der Zeitkritik, um die es mir  
559 zunächst einmal geht – ist es wichtig, das Ergebnis nicht zu verfälschen und die Antwort  
560 genauso zu bekommen. Es ist eben ein Hinweis darauf, wenn - bleiben wir bei der agonalen  
561 Atmung - Pausen zwischen den Atemzügen entstehen, das wir dann von einer agonalen  
562 Atmung sprechen können, die der Kollege Rettungssanitäter bzw. Notfallsanitäter vielleicht  
563 noch nie live gesehen hat.

564 I1: Glauben Sie, dass generell - wenn eben so etwas beschrieben wird - auch kulturelle  
565 Aspekte eine Rolle spielen, wie man zum Beispiel Schmerzen beschreibt?

566 L1: Ganz sicher. Natürlich wird oft zum Thema Schmerz dazu gesprochen, aber es gibt auch  
567 Vieles darüber hinaus. Die Schwelle, Hilfe zu holen oder Situationen darzustellen, ist oftmals  
568 eine Frage der eigenen Biographie. Die ist natürlich massiv von der Kultur beeinflusst. Das  
569 Schmerzbeispiel ist ein Gutes. Das nehme ich auch sehr oft zur Hand. Oftmals wird das ein  
570 bisschen laienhaft unterstellt, dass südost- bzw. osteuropäische Kulturen eine andere  
571 Schmerzwahrnehmung per se hätten. Das halte ich für sehr verfänglich. Ich glaube eher, dass  
572 auch die zentraleuropäische Kultur - wenn es die überhaupt gibt - eine sehr individuelle ist.  
573 Wenn der Papa oder die Mama zu mir gesagt hat: „Ein Indianer kennt kein Schmerz“ und mir  
574 das lange genug gesagt wurde, dann werde ich vielleicht einen Schmerz als Erwachsener auch  
575 ganz anders wahrnehmen und schildern als ein anderer Mensch, der anders erzogen wurde.  
576 Also das ist schon sehr individuell. Aber Kultur ist dabei, auf jeden Fall.

577 I1: Wir haben gerade darüber gesprochen: Sie wünschen sich, dass genau das rüberkommt,  
578 was der Notfallmelder von sich gibt. Gibt es irgendwelche Bemühungen in Richtung  
579 Qualitätssicherung bei den gedolmetschten Notrufen? Sie machen ja sehr viel  
580 Qualitätssicherung bei normalen deutschsprachigen Notrufen.

581 L1: Bei den eigenen, die wir im eigenen Haus abarbeiten, ja. Das betrifft die Kollegen, die das  
582 auf Englisch machen oder in einer anderen Sprache, die wir verfügbar haben: der Kollege, der  
583 Ungarisch kann oder die Kollegin, die selber sozusagen noch etwas mitbringt. Die schauen  
584 wir uns an, wobei wir mit der Bewertung sehr lastig in Richtung Englisch sind. Wenn ich  
585 niemanden habe, der das Ungarische bewerten kann (lacht), wird es recht schwierig in der  
586 Qualitätsmessung. Die sind Teil der Standardstichprobe in unserem  
587 Qualitätsmanagementapproach. Das heißt: wir nehmen eine bestimmte Anzahl an Fällen nach  
588 dem Zufallsprinzip heraus und die fallen dann in die Bewertung hinein.

589 I1: Gleich eine Anschlussfrage: Wie sind Sie denn damit zufrieden, wie derzeit  
590 fremdsprachige Notrufe abgewickelt werden, d.h. bei Notruf Niederösterreich? Wo sehen Sie  
591 einen Verbesserungsbedarf?

592 L1: Ich sehe auf jeden Fall Verbesserungsbedarf in den jetzt schon angesprochenen Punkten,  
593 im Handlungsrahmen des Freiwilligen, innerhalb des Konstrukts, zu dem man sich freiwillig  
594 meldet. Da würde ich mir schon wünschen und das wäre ein Verbesserungspotenzial, dass sie  
595 nachweislich von der Sprache bzw. von den Sprachen, die sie anbieten, Kenntnis haben. Ich  
596 wünsche mir da also ein wenig mehr als die Bereitschaft. Nochmal: Ich sage es immer sehr  
597 kritisch, aber es findet eben auf freiwilliger Basis statt. Das ist immer diese Balance, die man  
598 finden muss. Auch die Qualitätsbemühungen, die Sie angesprochen haben, sind ein Thema  
599 und (.....) ja (...) was mir ganz deutlich während unseres Interviews wurde, sind schlicht  
600 und ergreifend so disziplinäre Fragen von Dolmetschdiensten bzw. von Dolmetschexperten,  
601 wie Sie einer sind. Die kommen schon zu kurz, eben in jenem Sinne, dass sie mit den  
602 Notwendigkeiten aus dem Handlungsumfeld verbunden werden. Soll heißen: Der Zugang zu  
603 solchen Kollegen, die sich freiwillig dafür melden, könnte im Sinne einer Schulung erfolgen,  
604 wie Sie es zunächst schon angedeutet haben: „Hör zu! Wir als Leitstelle erwarten uns das und  
605 das.“ Und das Ganze nicht nur verschriftlicht, sondern vielleicht auch einmal in Rahmen einer  
606 Fortbildungsveranstaltung. Das finde ich eine gute Geschichte. Dieses Potenzial ist auf jeden  
607 Fall gegeben.

608 I1: Wäre es da auch interessant, von Dolmetscherseite professionelle Kollegen einzuladen und  
609 diese über das Verhalten von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sprechen zu lassen? Also  
610 z.B. wie man sich vorstellt oder welche Dinge man zu beachten hat?

611 L1: Ja. Ich kenne diese Disziplin zu wenig aus der Fachexpertise, aber ich meine, die  
612 Fachexpertise Dolmetschexperte und die Fachexpertise Leitstellenexperte  
613 zusammenzubringen und da dann - wenn es ein freiwilliger Bereich ist – von beiden Seiten  
614 Unterstützung zu liefern, es nur positiv sein kann. Das ist auf jeden Fall verbesserungswürdig.

615 I1: Das heißt, Sie würden diesen Dolmetschdienst gerne professioneller gestalten, auch wenn  
616 er jetzt freiwillig bleibt, wie es momentan der Fall ist.

617 L1: Mhm (bejahend).

618 I1: Wenn es jetzt einen bundesweiten bzw. landesweiten Telefondolmetschdienst geben  
619 würde - wie in der Schweiz zum Beispiel, der 2011 eingerichtet wurde - würde man diesen in  
620 Anspruch nehmen, auch wenn er etwas kosten würde. Das ist die zweite Frage. Würde man  
621 ihn überhaupt in Anspruch nehmen und würde man diese Kosten auch tragen?

622 L1: Man würde ihn in Anspruch nehmen. Man würde die Kosten mit Sicherheit auch tragen.  
623 Das ist jetzt abhängig vom Detail, aber grundsätzlich ja. Ich weiß allerdings aus Erfahrung,  
624 dass es immer wieder schwierig ist oder in der Vergangenheit, bevor wir das System  
625 aufgestellt haben, schwierig war, jemanden zu finden. Ab dem Zeitpunkt, wo das Wort  
626 „Notruf“ gefallen ist, haben Dolmetschdienste auch Rückzieher gemacht.

627 I1: In dem Sinne, dass sie sich nicht gewachsen sehen?

628 L1: Da sind wir dann bei einer legislativen Geschichte oder bei einer juristischen Geschichte  
629 im Sinne von „Können wir das überhaupt? Wollen wir das überhaupt? Wer hat die  
630 Verantwortung für was?“ Das mündet oft entweder in einem Preis, der nicht in Relation steht  
631 oder überhaupt in Rückziehen, dass man sagt: „Okay, nein, diese spezifischen Gespräche  
632 können wir so nicht dolmetschen. Da geht es jetzt nicht um irgendeine Serviceline, sondern da  
633 geht es um das menschliche Leben. Das können wir mit unseren Mitarbeitern nicht machen“.  
634 Auch solche Dinge haben wir erlebt. Aber ja, wir würden sie beanspruchen. Eher hat die  
635 andere Seite das Problem.

636 I1: Okay, gut. Dann wäre ich am Ende meines Interviews angekommen. Vielen Dank für die  
637 Beantwortung der Fragen. Danke sehr!

638 L1: Bitte.

## Anhang 5

Transkript

Interview mit einem Dolmetscher des Telefondolmetschdienstes der Rettungsleitstelle

### Interview D1

Dauer der Aufnahme: 0:27:03

Befragte Person: D1

Interviewer/in: I1

\_\_\_\_\_ besonders betontes Wort  
(.) Pause (pro Punkt je eine Sekunde)  
/ (vollständig) abgebrochener Satz

- 1 I1: Vielen Dank, dass du dich bereit erklärt hast, an diesem Interview teilzunehmen. Ich  
2 würde gerne am Anfang einmal von dir selbst erfahren, wie deine Sprachbiographie aussieht.  
3 Welche Sprachen sprichst du und wo hast du sie gelernt und wie gut kannst du sie?
- 4 D1: Also ich fange einmal an - ganz klassisch- mit Deutsch. Ich sage lustigerweise immer  
5 Vatersprache dazu, weil ich eben auch noch [Sprache] kann und das eben von meiner Mutter  
6 gelernt habe, mehr oder weniger mitbekommen habe als kleines Kind, weil sie eben aus  
7 [Land] stammt und der Papa Österreicher ist. Ja im Prinzip: [Sprache] und Deutsch sind quasi  
8 meine Muttersprachen, beherrsche ich beide gleich gut, schon seit klein auf. Da habe ich kein  
9 Problem. Ich habe noch Verwandte in [Land], Verwandte in Österreich. Sprich da kann ich  
10 wirklich sagen: „Das kann ich“. Dann habe ich Englisch in der Schule gelernt und was ich  
11 dann auch noch 4 Jahre gehabt habe, war Französisch, wobei das eher nicht so das meine war.  
12 Das war eher der schulische Zwang, sage ich einmal (lacht).
- 13 I1: Okay, die Sprachen, die du wirklich gut beherrscht, wo du auch hin und her wechseln  
14 kannst, das sind Deutsch und [Sprache]?
- 15 D1: Ja, auf jeden Fall. Ganz klar. Da muss ich auch sagen, dass ich viel meinen Eltern zu  
16 verdanken habe, weil die Mama nur [Sprache] mit mir geredet hat, wie ich klein war, und der  
17 Papa nur Deutsch. Wenn man das irgendwie zum Mischen anfängt/ Eine Freundin von der  
18 Mama zum Beispiel hat eben mit den Kindern nicht zur [Sprache] geredet, sondern auch  
19 Deutsch und die können jetzt nicht vernünftig [Sprache] und in Deutsch haben sie auch  
20 Schwierigkeiten in der Schule.
- 21 I1: Okay. Ja, wir beide sind ja Kollegen. Wir beide sind bei einer Rettungsorganisation in  
22 Österreich tätig. Seit wann bist denn du dabei?
- 23 D1: Ich bin seit 2013 dabei. Zuerst Zivildienst, dann gleich im Anschluss an den Zivildienst  
24 den Notfallsanitäter und jetzt ca. seit einem guten Jahr freiwillig nach dem Zivildienst und  
25 hoffentlich noch länger.
- 26 I1: Hoffentlich noch länger. Das heißt: Qualifikationsmäßig bist du Notfallsanitäter  
27 momentan.

28 D1: Genau.

29 I1: Gut. Wir wissen auch beide, dass du dich beim Telefondolmetschdienst von 144 Notruf  
30 Niederösterreich beworben hast. Wie hast du denn überhaupt davon erfahren?

31 D1: Das war eine ganz lustige Geschichte. Das war mehr oder weniger ein ganz ein großer  
32 Zufall, weil wir bei der Dienstaufsicht gesessen sind, auf einen Einsatz gewartet haben und  
33 irgendwer auf einmal anfängt: „Sag, bist du eigentlich Dolmetscher bei Notruf 144?“ Sage  
34 ich: „Was heißt Dolmetscher?“ Die Leitstellendisponenten können mehrere Sprachen und  
35 können hin und her schalten, wenn einer - weiß ich jetzt nicht - sagen wir einmal Arabisch  
36 kann, aber der sitzt jetzt nicht in Zwettl, sondern in Korneuburg und es wird ein Einsatz in  
37 Zwettl disponiert, können sie das ja genauso umschalten, dass das eben ein anderer disponiert.

38 I1: Du weist jetzt darauf hin, dass Leitstellendisponenten manchmal auch mehrsprachig sind?

39 D1: Ja, und ich habe gesagt: „Nein“, weil ich ja nicht gewusst habe, dass das möglich ist, dass  
40 man da freiwillig tätig ist. Ich habe mich dann näher informiert, habe das ziemlich schnell  
41 gefunden auf der Homepage von 144. Ja, wie war der Vorgang? War mehr oder weniger  
42 einfach. Ich habe einfach nur eine E-Mail hinschreiben müssen, dass eine meiner  
43 Muttersprachen [Sprache] ist, dass ich beide Sprachen beherrsche und dann war noch der  
44 Hinweis, wenn man rettungsdienstlich tätig ist, dass man ihnen die Mitgliedsnummer schickt.  
45 Ich habe einfach eine E-Mail hingeschrieben mit den ganzen Informationen. Dann ist eine  
46 Antwort zurückgekommen mit den ganzen Bedingungen, ob ich damit einverstanden bin.  
47 Nachdem ich das bejaht habe, bin ich in die Datenbank aufgenommen worden.

48 I1: Woran bestand die Motivation für dich mitzumachen? Was war der ausschlaggebende  
49 Grund, dass du sagst: „Ja, das möchte ich machen“?

50 D1: Also ich habe schon länger mit dem Gedanken gespielt, allerdings nicht im  
51 Rettungsdienst, sondern bei der Polizei, weil meine Mama dort auch offiziell als  
52 Dolmetscherin gemeldet ist. Es ist - das muss man sagen - finanziell ziemlich attraktiv, weil,  
53 wenn man zum Beispiel in der Nacht zu einer Schlägerei gerufen wird - am Wochenende  
54 vielleicht auch noch-, ist das sehr gut bezahlt bei der Polizei und deshalb wollte ich immer  
55 schon bei der Polizei eben dolmetschen. Beim Rettungsdienst ist es jetzt nicht bezahlt, was  
56 aber für mich auch kein Hindernis war, weil man ja eh auch - wie wir beide wissen - gerne  
57 und unentgeltlich Dienst macht beim Roten Kreuz. Da habe ich gesagt: „Warum nicht?“,  
58 nachdem das ja nichts Bindendes ist. Das ist ja so, wenn man angerufen wird, entweder man  
59 hat Zeit und Lust und hebt ab oder man hat keine Zeit, es freut einen nicht oder es ist  
60 unpassend, dann hebt man einfach nicht ab. Es ist ja nicht etwas Verbindliches, dass man sagt,  
61 wenn man in der Datenbank drinnen ist, dann muss man. Dann habe ich gesagt: „Wieso  
62 nicht?“ Man kann Leuten damit helfen. Ich habe das quasi in die Kinderwiege gelegt  
63 bekommen - gratis - eine zweite Sprache. Das war dann eben aus Liebe zum Menschen  
64 (lacht).

65 I1: Ja, schön. Du hast gesagt, dass, wenn man rettungsdienstlich aktiv ist, soll man bei der  
66 Bewerbung die Nummer mitschicken. Ist das jetzt eine Voraussetzung, dass man im  
67 Rettungsdienst aktiv ist?

68 D1: Nein, es war keinesfalls eine Voraussetzung. Es kann jeder, der möchte, eine E-Mail  
69 hinschreiben und sich bewerben. Was ich aber persönlich glaube, ist, dass es sehr von Vorteil  
70 ist, wenn man von den rettungsdienstlichen Abläufen eine Ahnung hat, weil ich ja auch schon  
71 zweimal angerufen worden bin von 144 und da hat sich wirklich herausgestellt, dass, wenn  
72 man diese ganzen Vorgänge und Behandlungsschemata nicht kennt, sich das sehr schwer  
73 gestaltet.

74 I1: Mhm. Welche Behandlungsschemata meinst du?

75 D1: Überhaupt den Ablauf für die Leitstelle einerseits. Welche Fragen für die Leitstelle  
76 wichtig sind: Wo befindet sich der Notfallort? - jetzt zum Beispiel einen Klassiker beim  
77 Verkehrsunfall - Ist Gefahrgut beteiligt? Das sind so einmal die ersten Fragen der Leitstelle.  
78 Andererseits dann auch, wenn man das abgeklärt hat, was den Patienten betrifft, dass man  
79 jetzt wirklich eben mit dem bekannten sanitätstechnischen ABCDE-Schema anfängt, damit  
80 der Leitstellendisponent dann dementsprechende Rettungsmittel alarmieren kann und vor  
81 allem geeignete.

82 I1: Es ist also ein großer Vorteil, wenn man dieses Backgroundwissen hat?

83 D1: Auf jeden Fall, weil das Ganze - ich weiß nicht, ob du dann noch näher darauf eingehen  
84 möchtest-, wenn man angerufen wird, immer sehr hektisch ist, weil du hast auf der einen  
85 Seite/ - es ist eine Konferenzschaltung zwischen Leitstellendisponent, Patient oder Anrufer  
86 eben und dem Dolmetscher -und es herrscht einfach völliges Chaos: Der Leitstellendisponent  
87 will unbedingt seine Infos wissen, weil der hat seine Vorgaben, der muss nach seinem  
88 Schema vorgehen. Der Anrufer ist meistens entweder nervös, das ist die eine Geschichte, weil  
89 er eben in einer außergewöhnliche Situation ist oder er kann nicht einmal was sagen, weil er  
90 eben selbst der Patient ist und er hat Atembeschwerden oder Sonstiges. Und dann eben auf  
91 der dritten Leitung: du als Dolmetscher hast kein Bild davon, keine Ahnung. Das ist halt das  
92 Schwere daran, weil der Leitstellendisponent kann sich darauf einstellen, sage ich einmal.  
93 Wenn jemand anruft, dann versucht der zunächst einmal auf Englisch irgendwas und der hat  
94 auch eine Ahnung: Okay, es handelt sich um einen Verkehrsunfall oder irgendwas und der  
95 rechnet auch in einer gewissen Hinsicht damit, dass er angerufen wird. Es ist wirklich so,  
96 auch wenn ich sage: „Ich mache Dienst“, ist das nicht so überraschend, wie wenn ich jetzt mit  
97 meinem Hund spazieren gehe, auf einmal läutet das Telefon und „Hey, hast du schnell Zeit?“  
98 Dann muss wirklich alles schnell, zack, zack gehen. Wenn ich hier Dienst mache, dann rechne  
99 ich damit, dass es jeden Augenblick so weit sein kann, dass ich ausfahre. Wenn es dann  
100 piepst, dann horchen wir auch auf - ich möchte jetzt nicht sagen, dass sich jemand schreckt -  
101 man wird aufmerksam darauf, aber wenn man eben so privat unterwegs ist, du rechnest ja  
102 nicht damit. Da würde man wahnsinnig werden, wenn man die ganze Zeit glaubt: Jetzt ist es  
103 soweit. Umso wichtiger ist es, dass man dann wirklich schnell umschaltet und mehr oder  
104 weniger Ruhe bewahrt und sich ein Bild von der ganzen Situation verschafft.

105 I1: Ich möchte noch einmal kurz zurückkommen zu den Bedingungen, zu den  
106 Voraussetzungen. Du hast gesagt, du hast ein Antwort-E-Mail bekommen, wie du dich  
107 beworben hast, mit Bedingungen. Was waren das für Bedingungen, die du akzeptieren  
108 musstest, damit du mitmachen kannst?

109 D1: Es ist schon ein bisschen länger her, aber soweit ich mich erinnern kann, ist es da  
110 hauptsächlich um Datenschutzbestimmungen gegangen, die Verschwiegenheitspflicht, dass  
111 ich eben keine Sachen weiterleiten darf, dass auch die Gespräche aufgezeichnet werden von  
112 der Leitstelle, ob ich damit einverstanden bin, dass sie mich auf meinem privaten Telefon  
113 jederzeit anrufen können, sowohl Tag als auch Nacht, und das war es eigentlich im Großen  
114 und Ganzen. Hauptsächlich eben diese Verschwiegenheitspflicht und  
115 Datenschutzbestimmungen.

116 I1: Und wie du das Ganze akzeptiert hast, hast du dann noch irgendwelche zusätzlichen  
117 Materialien bekommen? Du hast angesprochen, wenn du jetzt nicht aus dem Rettungsdienst  
118 kommen würdest, würdest du diese Schemata nicht kennen. Hat es da irgendwelche  
119 Dokumente gegeben, wie eine Abwicklung eines Notrufs funktioniert?

120 D1: In dieser Hinsicht gar nichts. Ich habe eine E-Mail bekommen, wo ich ein bisschen  
121 grinsen musste, weil da gestanden ist, dass sie sich eben bedanken, dass ich mich beworben  
122 habe und sie werden mich in den äußerst seltensten Fällen, wo man überhaupt einen  
123 Dolmetscher braucht, verständigen. So quasi habe ich ein wenig das Gefühl gehabt: „Wir  
124 danken dir zwar, wir werden dich sowieso nie brauchen, aber gut, dass du dich auch gemeldet  
125 hast“. So auf die Art. Aber irgendeine Vorbereitung in jeglicher Hinsicht war keinesfalls  
126 vorhanden.

127 I1: Würdest du das als sinnvoll sehen? Also spezielle Schulungen für die  
128 Rettungsdienstmitarbeiterinnen und Rettungsdienstmitarbeiter oder generell die Personen, die  
129 sich für diesen Dienst melden?

130 D1: Ja, würde ich schon sinnvoll sehen, vor allem für die Personen, die eben nichts mit dem  
131 Rettungsdienst am Hut haben. Wenn man wirklich im Rettungsdienst tätig ist, ist es jetzt nicht  
132 ein so großer Aufwand - sage ich jetzt einmal -, weil die Sprache an sich beherrscht man ja,  
133 da braucht man nicht nachdenken, da muss man sich keine Sorge machen, außer vielleicht bei  
134 irgendwelchen Fachausdrücken. [Tür geht auf, Rettungsdienstkollege stellt D1 eine Frage und  
135 schließt die Tür wieder.]Wo war ich?

136 I1. Dass man die Sprache beherrscht.

137 D1: Genau, dass man die Sprache beherrscht. Die ganzen Abläufe sind eben für den  
138 Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter klar, aber für einen Außenstehenden schwer  
139 verständlich. Da wäre das sicher sinnvoll, wenn man/ und vor allem auch wenn sich der  
140 freiwillig meldet dafür, dann rechnet man auch damit, dass er vielleicht - ich weiß nicht - ein  
141 paar Stunden für etwaige Schulungen aufbringen würde, weil er es ja von sich aus will.

142 I1: Okay, gut. Dann würde ich gerne dazu übergehen, wie jetzt so ein Notruf abgewickelt  
143 wird, bei dem ein Melder den Notruf wählt, der eben jetzt nicht Deutsch kann und es ist in  
144 deinem Fall jetzt [Sprache]. Wie bekommst du überhaupt mit, dass jetzt auf einmal ein  
145 [Sprache]-Dolmetscher gebraucht wird?

146 D1: Es ist so, dass das Telefon ganz normal läutet, wie wenn man einen Anruf bekommt. Es  
147 meldet sich der Leitstellendisponent. Zu diesem Zeitpunkt ist der Patient oder Anrufer noch

148 nicht zugeschaltet. Es kommen nur 1-2 kurze Informationen vom Leitstellendisponenten:  
149 „Hallo, Leitstelle hier“- was weiß ich-, damit man weiß, wer anruft. „Ich hätte da einen  
150 Patienten, der die Sprache xy spricht, hast du kurz Zeit?“ Das ist die minimale Version, die  
151 man bekommt. Wenn der Leitstellendisponent motiviert und nett ist, bekommt man noch  
152 zusätzliche Informationen: „Ja, ich hätte da einen fremdsprachigen Autofahrer in Sankt  
153 Pölten, dem geht es nicht gut“. Damit man in irgendeine Richtung weiß: Okay, das ist etwas  
154 Internistisches oder er hat einen Autounfall gehabt oder in diese Richtung. Was der Patient  
155 dann selber hat, das erfährt man dann erst im laufenden Gespräch. Nachdem man eben diese  
156 Kurzinfo vom Leitstellendisponent bekommen hat, wird gleich der Anrufer zugeschaltet und  
157 das ist quasi eine Konferenzschaltung zwischen den dreien.

158 II: Wie gehst du jetzt vor? Wer spricht dann das erste Wort, wenn jetzt alle drei beinander  
159 sind?

160 D1: Ich habe es bis jetzt so gehandhabt, dass ich gleich mit der [Sprache] angefangen habe,  
161 dass ich einmal dem Patienten - der ist aufgeregt und der Anrufer kennt sich eben nicht aus -  
162 in einer Sprache, die er versteht, gesagt habe: „Grüß Gott, mein Name ist [Name]. Ich bin ein  
163 Dolmetscher. Sie können mit mir auf [Sprache] sprechen. Ich werde jetzt das Gespräch  
164 zwischen Ihnen und dem Rettungsnotruf quasi oder der Leitstelle dolmetschen oder werde  
165 Ihnen zur Hilfe stehen“.

166 II: Du stellst dich also vor?

167 D1: Genau. Es ist dann aber relativ rasch immer so gewesen, dass sich der  
168 Leitstellendisponent gleich eingeschaltet hat. Ich weiß nicht, ob die das irgendwie hinterlegt  
169 haben, dass man Rettungssanitäter ist oder nicht. Die mischen sich meines Erachtens ein  
170 bisschen zu viel ein am Anfang. Das kann aber auch sein, dass das auch aus meiner Sicht so  
171 ist, weil ich ja wirklich sagen muss, dass ich weiß, was ich fragen muss. Wenn das einer ist,  
172 der nicht weiß, was er fragen soll, ist das schön und gut, dass der Leitstellendisponent sagt:  
173 „Frag ihn bitte das ...“, „Frag ihn bitte, wieso ...“ und dieses und jenes. Da sollte man  
174 vielleicht, wenn man das als Kritikpunkt sehen kann, mehr unterscheiden, zwischen Personal,  
175 das in den Rettungsdienst involviert ist oder nicht. Sicher wäre es bei einem  
176 rettungsdienstlichen Mitarbeiter produktiver, dass sich der Leitstellendisponent einmal im  
177 Hintergrund hält, dass ich die ganze Situation aufklären kann, damit ich mehr Licht ins  
178 Dunkle bringen kann und dann dem Leitstellendisponenten sage, worum es sich handelt.

179 II: Du siehst dich also in einer recht aktiven Rolle? Und nicht unbedingt als jemanden, der  
180 nur zwischen A und B dolmetscht?

181 D1: Genau. Obwohl sich das bei mir so ergeben hat. Ich habe ja gar nicht darüber  
182 nachgedacht, dass ich da jetzt nur quasi von A nach B dolmetsche, sondern es hat sich so  
183 ergeben, dass, wenn man dieses sanitätstechnische in sich mitträgt, man da gleich mitwirken  
184 will und nicht darauf wartet, was der Leitstellendisponent von einem verlangt.

185 II: Okay, du hast einen interessanten Satz gesagt: „Man hat als Dolmetscher kein Bild vom  
186 Notfall“. Hast du auch face-to-face gedolmetscht? Irgendwo schon einmal, wenn die Leute  
187 und du vor Ort sind, das Bild also da ist, und du hast zwischen diesen gedolmetscht?

188 D1: Auf den Rettungsdienst bezogen?

189 I1: Generell.

190 D1: Generell, ja, vor allem mit der Familie. Wenn ich mit meinem Papa unterwegs bin, der  
191 kann nicht so gut [Sprache], oder auch zum Beispiel meine Freundin ist eine Österreicherin,  
192 meine Oma ist aus [Land]. Wir waren bei der Oma und ich habe quasi das Gespräch mehr  
193 oder weniger gedolmetscht: Sie fragt, ob du das und das willst. Sie hat gesagt: „Nein, danke!“  
194 Also eher im familiären Bereich.

195 I1: Was würdest du sagen, was sind denn die Unterschiede zum Telefondolmetschen? Worin  
196 bestehen die Schwierigkeiten?

197 D1: Also auf jedem Fall einmal muss man sich von der ganzen Situation ein Bild verschaffen  
198 und es ist viel leichter/ es klingt jetzt blöd, dass man sagt, wenn man es sieht, verschafft man  
199 sich natürlich leichter ein Bild, aber was ich meine, ist die ganze Mimik und Gestik, wenn der  
200 jetzt sagt - weiß ich nicht-: „Mir tut der Kopf weh“ und dann sieht man: Übertreibt er jetzt? Ist  
201 das irgend so ein Mensch, der einfach gerne übertreibt, und sollte der Fokus jetzt nicht auf  
202 dem Kopfweg liegen oder ist wirklich der Kopf das Primäre, das ihm weh tut. Also am  
203 Telefon: Man kann sich ein Bild machen, aber es ist sicher schwerer, als wenn man vor Ort  
204 ist. Oder ich sage jetzt einmal, man muss nicht vor Ort sein, wie es heutzutage möglich ist,  
205 mit technischen Hilfsmitteln Skype auch per Kamera ist das sicher leichter, als wenn man  
206 keine Ahnung hat und gerade irgendwo ist und dann fährt vielleicht noch ein Auto vorbei,  
207 dann versteht man den auch noch schlecht.

208 I1: Das heißt: Hintergrundgeräusche sind auch ein Problem?

209 D1: Die sind sehr störend, ja. Weil man ist sehr konzentriert und nach dem Telefonat merkt  
210 man wirklich: das war anstrengend. (..) Es ist nicht so, dass man dann sagt: Das ist wie ein  
211 normales Telefonat, sondern das gleicht einer Prüfung, wie wenn man nach einer Prüfung  
212 nach Hause geht. Man ist wirklich ein bisschen erschöpft.

213 I1: Das heißt, du hast auch einen erhöhten Stresspegel während des Telefonats?

214 D1: Auf jeden Fall. Man muss immer mitdenken: Einerseits ist da eben dieses Dolmetschen,  
215 dass ich jetzt sage: Okay, der erzählt mir das, was heißt das auf das - vor allem jetzt wenn ich  
216 irgendwelche fachlichen Ausdrücke habe. Wenn er sagt: „Ich habe Kopfweg oder „Mir tut der  
217 Magen weh“ oder „Ich habe mir die Hand gebrochen.“, das kann man schnell dolmetschen.  
218 Aber bei irgendwelchen Fachausdrücke, vor allem bei Vorerkrankungen, wenn das nicht  
219 lateinische Begriffe sind - wobei ich mich da auch nicht so gut auskenne mit den lateinischen  
220 Begriffen - da muss man eben viel überlegen. Man hat ja auch dann keine Möglichkeit, dass  
221 man nachschaut. Man versucht das zu umschreiben, wenn man das nicht weiß. Und  
222 andererseits muss man parallel dazu denken: Was habe ich ihn schon gefragt? Was muss ich  
223 ihn noch fragen? Was ist für den Leitstellendisponenten wichtig? Es sind eigentlich zwei  
224 parallele Schienen, die so laufen. Natürlich tut man sich leichter als Zweisprachiger, als wenn  
225 man die Sprache erlernt, aber es ist sicher nicht ohne.

226 I1: Woher kommen denn diese Fachausdrücke? Von Patientenseite oder eher von der  
227 Leitstelle?

228 D1: Bis jetzt war es so, dass sie eher von der Patientenseite gekommen sind. Der  
229 Leitstellendisponent will eher wissen: Hat er zum Beispiel irgendwelche Vorerkrankungen?  
230 Oder: Hat er das schon einmal gehabt? Und der Patient kennt sich dann auch nicht wirklich  
231 gut aus und hat von seinem Hausarzt gehört, dass er einmal das und das gehabt hat und da ist  
232 es dann schwerer. Aber ich muss sagen, dass es mir leichter fällt, vom [Sprache] ins Deutsche  
233 solche Fachbegriffe zu übersetzen als anders rum, vielleicht auch weil ich im Rettungsdienst  
234 in Österreich und nicht in [Land] tätig bin.

235 I1: Mhm. Du hast bereits kurz anklingen lassen, dass du zwei Mal bereits kontaktiert worden  
236 bist.

237 D1: Zwei Mal von der Leitstelle und einmal privat von einem Kollegen.

238 I1: Von einem Kollegen? Aber er hat dich aber nicht über die Leitstelle angefordert, sondern  
239 dich privat auf deinem Handy angerufen?

240 D1: Genau. Er hat mich privat angerufen, hat aber dann der Notarztmannschaft meine  
241 Telefonnummer hinterlassen und es war dann kein Gespräch mit der Leitstelle, sondern  
242 zwischen der Notärztin, dem Patienten und mir.

243 I1: Und wie läuft das Telefondolmetschen dann technisch ab? Wird auf Lautsprecher  
244 geschaltet, der Hörer hin und hergereicht? Wie kann man sich das vorstellen?

245 D1: Also ich habe schon mehrere Situationen erlebt. Einmal da hat ein Kollege von mir  
246 einfach das Telefon dem Patienten übergeben und der hat dann bis zum Eintreffen des  
247 Rettungswagens mit mir telefoniert. Im anderen Fall war es so, dass ein Passant sein Telefon  
248 auf Lautsprecher geschaltet hatte und der Vorteil daran war, dass er einstweilige Fragen, die  
249 wir auf Deutsch gestellt haben - der Leitstellendisponent oder ich - hat der auf Deutsch  
250 beantworten können, was natürlich auch schneller geht bzw. war das ein Ortskundiger und der  
251 hat natürlich die Lage, wo sich der Notfallort befindet, viel schneller und exakter beschreiben  
252 können, als der Patient auf [Sprache], der jetzt versucht, irgendwelche markanten Gebäude  
253 und Sachen zu finden.

254 I1: Noch eine generelle Frage: Wie lange bist du bei diesem Telefondolmetschdienst dabei?

255 D1: Damit habe ich angefangen letzten Sommer, also ca. ein Jahr.

256 I1: Und zwei Fälle hast du in diesem Zeitraum gehabt?

257 D1: Genau.

258 I1: Was waren das für Notfälle? Du musst jetzt nicht ins Detail gehen. Aber generell, war das  
259 etwas Zeitkritisches oder etwas, das nicht unbedingt zwischen Leben und Tod war?

260 D1: Also einmal war der Verdacht auf einen Herzinfarkt. Und einmal ist ein Herr in der  
261 Wachau mit dem Rad gestürzt. Also würde ich sagen: Einmal könnte es zeitkritisch gewesen  
262 sein und einmal eher nicht.

263 I1: Bist du dann während der Erstellung des Einsatzcodes dabei oder bist du erst nachher  
264 dabei, wenn es z.B. um Erste-Hilfe-Anweisungen geht? Ist das auch eine Aufgabe, die du  
265 bewältigen musst, bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes mit dem Melder am Telefon zu  
266 sein?

267 D1: Ja, also bis zum Eintreffen der Rettung wird üblicherweise telefoniert. Ja, mit der  
268 Alarmierung, Erstellung des Einsatzcodes - da bin ich mir ehrlich gesagt nicht ganz sicher. Da  
269 kann ich nur vom Gefühl her sagen, dass ich glaube, dass der Einsatzcode während des  
270 Gesprächs entsteht. Da kommt es sehr stark an den Leitstellendisponenten an: Bei  
271 zeitkritischen Patienten wird er - glaube ich - eher schon ein Rettungsmittel entsenden, bevor  
272 er überhaupt nähere Informationen einholt. Ich werde dann erst später dazu geholt. Zur  
273 Aufklärung quasi. Beziehungsweise bei nicht so zeitkritischen Einsätzen, also wenn der  
274 Leitstellendisponent den Eindruck hat, dass es nicht zeitkritisch ist, dann wird er - glaube ich -  
275 mit der Erstellung des Einsatzcodes noch warten, bis er eben mehr Informationen von mir  
276 erhält und ja eben wie gesagt: Es wird dann telefoniert bis zum Eintreffen der Rettung bzw.  
277 bis der Leitstellendisponent einfach das Gespräch beendet. Das ist mir auch schon einmal  
278 passiert, dass er einfach mitten während des Gesprächs aufgelegt hat und ich dann auch  
279 keinen Rückruf bekommen habe oder Ähnliches. Also das war eine sehr komische  
280 Geschichte. Da war es einfach aus.

281 I1: (.) Du hast kurz angesprochen, dass am Anfang, wenn du zugeschalten wirst, Chaos  
282 herrscht. Wie bringst du Ordnung in dieses Chaos?

283 D1: Ich habe es bis jetzt so gemacht, dass ich einfach lautstark [Sprache] geredet habe, weil  
284 man in dem Augenblick, in dem man zum [Sprache] reden anfängt, hat man mal den  
285 Leitstellendisponenten sowieso beiseite geschafft, sage ich einmal, der hört dann einmal zu.  
286 Auf den Patienten muss man schon ein bisschen einreden. Der bekommt dann aber relativ  
287 schnell mit: Okay, da ist jetzt wer, der meine Sprache spricht und wird dadurch automatisch  
288 ruhiger. Ich weiß ja nicht, wie das abläuft, ob die Leitstellendisponenten wirklich Englisch  
289 versuchen oder ob sie relativ bald die Dolmetscher hinzuziehen. Ich glaube, dass kommt auch  
290 darauf an, um welchen Leitstellendisponenten es sich handelt. Manche werden das so  
291 handhaben und manche anders. Manche werden mich früher kontaktieren, manche nicht. Es  
292 ist aber auf jeden Fall immer so, dass der Anrufer relativ nervös ist. Wenn er dann aber merkt,  
293 dass da jemand seine Sprache spricht, beruhigt er sich relativ schnell und man kann dann  
294 natürlich besser die Fragen gezielter stellen. Man versucht dann nicht nur die ganze Zeit mit  
295 dem Anrufer zu reden und erst dann dem Leitstellendisponenten Bescheid zu sagen, sondern  
296 man versucht immer eine Frage zu stellen und sie dann gleich dem Leitstellendisponenten zu  
297 beantworten, wobei da die Schwierigkeit darin besteht: Man stellt jetzt in einer fremden  
298 Sprache eine Frage und erhält eine Antwort und redet dann mit dem Leitstellendisponenten.  
299 Das verwirrt aber den Anrufer, weil ja gerade einer da war, der [Sprache] spricht, und auf  
300 einmal wird wieder Deutsch geredet. Also das ist ein bisschen ein schmaler Grat. Einerseits  
301 braucht ja der Leitstellendisponent so schnell wie möglich so viele Informationen wie

302 möglich, andererseits versucht man den Anrufer nicht ganz zu verwirren, dass man eben auch  
303 sagt: „Ich dolmetsche das schnell. Warten Sie kurz!“

304 I1: Die Koordinierung ist also eine sehr große Aufgabe?

305 D1: Ja, und obliegt aber dem Dolmetscher, kann man sagen.

306 I1: Ja, (..) ich muss noch schnell etwas schauen. Ja genau. Würdest du dich als professionellen  
307 Dolmetscher sehen?

308 D1: Als ganz professionell würde ich mich nicht bezeichnen, weil mir einfach diese  
309 Spezialisierung fehlt. Umgangssprachlich und einfach laufende Sachen ja, wobei, wenn man  
310 als professionellen Dolmetscher jemanden sehen würde, der wirklich das studiert hat, und sich  
311 dann auch auf eine Richtung spezialisiert hat, ist das natürlich etwas Anderes. Weil ich kann  
312 mich erinnern, auf der Arcanus war eine Dolmetscherin da, eine für [Sprache].

313 I1: Arcanus ist die?

314 D1: Die Großrettungsübung. Die hat sich eben auf den Rettungsdienst spezialisiert gehabt. Sie  
315 kann dann vielleicht- eben dadurch, dass es nicht ihre Muttersprache war, sondern dass es  
316 erlernt war - die Aussprache nicht so gut und vielleicht hat sie bei manchen Sachen mehr  
317 nachdenken müssen - also vielleicht war es mehr Aufwand für den Dolmetscher selber -, aber  
318 sie hat natürlich einen dementsprechenden Vorteil, was diverse Fachbegriffe betrifft. Also das  
319 auf jeden Fall.

320 I1: Aber du kommst eigentlich auch aus einem Haus, wo die Mutter Philologin ist, soweit ich  
321 Bescheid weiß?

322 D1: Ja.

323 I1: Aber die nicht ausgebildete Dolmetscherin ist?

324 D1: Nein. Der Optimalfall wäre natürlich ein Muttersprachler, der noch ein  
325 Dolmetscherstudium macht. Das wäre das Nonplusultra.

326 I1: Noch eine Abschlussfrage, weil ich das gerade in meinen Notizen gelesen habe: Du hast  
327 erwähnt, dass es eine Möglichkeit wäre, Skype einzusetzen, um sich ein besseres Bild zu  
328 verschaffen. Ist Skype im Rettungsdienst (..) eine Alternative zum Telefondolmetschen, was  
329 glaubst du?

330 D1: Naja. Ich sage einmal so: Bei größeren Ereignissen, die auch länger dauern, würde ich  
331 das schon als sehr sinnvoll empfinden, wobei man dann ja wieder in Betracht ziehen muss,  
332 dass man als Dolmetscher direkt hinfahren könnte. Ich stelle mir vor: Wenn ich an den  
333 klassischen Einsatz denke, wie zum Beispiel an einen Verkehrsunfall heutzutage, dass man da  
334 am Sanitärer eine GoPro anbringt und dass man sich quasi live ein Bild von der Situation  
335 verschafft, das ist - glaube ich - sehr schwer durchführbar, wobei es natürlich hilfreich wäre.  
336 Also ja, es ist ein schmaler Grat. Sinn hätte es, aber die Umsetzung ist schwer.

337 I1: Gut, dann vielen Dank für das Interview! Ich wünsche dir viel Glück in der Zukunft und  
338 hoffentlich immer erfolgreiche Dolmetschungen, egal ob im Rettungsdienst oder auch in  
339 Zukunft bei der Polizei (lacht), wenn es das wird. Vielen Dank für das Interview!

340 D1: Danke! Viel Erfolg für deine Arbeit!

## Anhang 6

Transkript

Interviews mit Rettungsdienstmitarbeiterinnen und Rettungsdienstmitarbeitern

### Interview RD1

Dauer der Aufnahme: 0:13:07

Interviewer: I1

Befragte Person: RD1

\_\_\_\_\_ besonders betontes Wort  
(.) Pause (pro Punkt je eine Sekunde)  
/ (vollständig) abgebrochener Satz

- 1 I1: Gut, vielen lieben Dank, dass du dich bereit erklärst für dieses Interview.
- 2 RD1: Gerne.
- 3 I1: Wir steigen mit einer leichten Frage ein: Wie lange bist du denn im Rettungsdienst schon  
4 tätig?
- 5 RD1: Das elfte Jahr.
- 6 I1: Das elfte Jahr. Das heißt: du hast 2005/?
- 7 RD1: 2005 begonnen.
- 8 I1: Was ist deine momentane Qualifikation im Rettungsdienst?
- 9 RD1: Ich bin Notfallsanitäter und Einsatzfahrerin.
- 10 I1: Wie oft machst du denn Dienst im Monat?
- 11 RD1: 2 Mal im Monat.
- 12 I1: 2 Mal im Monat. Das sind wie viele Stunden?
- 13 RD1: 24 Stunden.
- 14 I1: 24 Stunden. Wie viele Einsätze hast du in diesen 24 Stunden? Ca.? So im Durchschnitt?
- 15 RD1: Zwischen 0 und 7.
- 16 I1: 0 und 7. Das variiert sehr stark?
- 17 RD1: Das variiert, weil wir am Samstag Tagdienst viele Dialysefahrten haben und je  
18 nachdem, ob ich am Dialyseauto bin oder nicht, variiert es eben.
- 19 I1: Bist du dann eher im Krankentransport oder in der Notfallrettung aktiv?
- 20 RD1: Im Moment eher in der Notfallrettung, weil ich eine der einzigen Notfallsanitäterinnen  
21 im Dienst bin und wir ja mit dem neuen System den RTW-N besetzen müssen.

22 I1: Okay, wie viele Notfalleinsätze sind es pro Tag ca.?

23 RD1: 3.

24 I1: 3. Okay. Und jetzt auf das Jahr gesehen - wenn pro Tag 3 Einsätze sind -wie oft kommen  
25 denn Einsätze mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten vor?

26 RD1: Auf das Jahr gesehen?

27 I1: Ja. Du musst jetzt keine Zahl nennen, aber ist es sehr selten oder ist es doch häufiger?

28 RD1: Wenn ich das jetzt auf einer Skala betrachten würde, würde ich sagen selten. Aber sehr  
29 selten wäre schon untertrieben, weißt du, wie ich das meine? Es kommt schon vor. Und ich  
30 glaube eben auch dadurch, weil wir so nah an Wien sind. Wir haben z.B. auch viele oder  
31 viele/ relativ oft einfach so Bauarbeiter oder andere, die Unfälle haben und dann kein Deutsch  
32 sprechen.

33 I1: Wenn die Patienten kein Deutsch sprechen, welche Sprachen sprechen sie?

34 RD1: Rumänisch zum Beispiel.

35 I1: Gibt es noch andere Sprachen, die da relevant sind?

36 RD1: (.) Lass mich überlegen, da fragst du mich zu schnell. (.....) Naja, was wir jetzt zum  
37 Beispiel eben haben, in Purkersdorf und Pressbaum und Umgebung sind doch fast 200  
38 Flüchtlinge aus Syrien und Afghanistan. Da sind sicher bei den Kollegen schon arabische  
39 Sprachen vorgekommen. Mir fällt das Ganze Rumänisch, Kroatisch, Bosnisch, eher die  
40 Sprachen ein.

41 I1: Die Minderheitensprachen also?

42 RD1: Ja.

43 I1: Wenn du jetzt einen Einsatz mit einem nicht-deutschsprachigen Patienten, einer nicht-  
44 deutschsprachigen Patientin hast, wie gehst du denn da vor?

45 RD1: Naja, offiziell haben wir ja dieses komische Buch im Rettungsdienst. Dieses  
46 Dolmetschbuch. Das haben wir in allen RTWs. Ich weiß nicht, ob du das kennst?

47 I1: Was ist das genau?

48 RD1: Das ist ein Buch, wo du eben eigentlich/ - ich weiß nicht wie viele Sprachen drinnen  
49 sind - Englisch ist auf jeden Fall dabei, Französisch ist dabei, Russisch ist dabei - wo du quasi  
50 alle Symptome beschrieben hast und das in die jeweilige Sprache übersetzt ist. Das würde ich  
51 im Zweifelsfall nehmen, aber ich glaube zum Beispiel die Minderheitensprachen sind nicht  
52 vertreten.

53 I1: Das ist also eine Art Übersetzungshilfe?

54 RD1: Ja.

55 I1: Wenn die Übersetzungshilfe nicht klappt oder du sie im Auto vergisst?

56 RD1: Ja (lacht), mit Händen und Füßen.

57 I1: Versuchst du in vereinfachtem Deutsch zu kommunizieren oder wie kann man sich das  
58 vorstellen?

59 RD1: Ja, vereinfachtes Deutsch, probieren, ob die Leute Englisch sprechen - aber das ist eben  
60 auch meistens zum Scheitern verurteilt. Und dann eben Hände und Füße, hinzeigen, ja.

61 I1: Wenn es jetzt mit Händen und Füßen auch nicht klappt? Hast du irgendwelche  
62 Unterstützer?

63 RD1: Nein, nicht das ich wüsste.

64 I1: Wer gibt dir die dann die Informationen, die du brauchst, um einen Einsatz mit so einem  
65 Patienten zu meistern?

66 RD1: Mhm. Wie meinst du Informationen?

67 I1: Wenn du arbeitest / Du hast einen Einsatz und musst jetzt Werte erheben, dokumentieren/  
68 Braucht man dazu Kommunikation?

69 RD1: Eigentlich schon. (...) Ja, irgendwie geht es immer (beide lachen). Ich weiß nicht, wie  
70 ich es beschreiben soll.

71 I1: Helfen da auch Angehörige?

72 RD1: Ja, das schon. Also Angehörige oder (...) ja ich weiß nicht, ob ich jetzt wirklich schon  
73 den Fall erlebt habe, dass man sich wirklich zu 0% verständigen hätte können, weil eben  
74 gerade bei uns im Rettungsdienst viel familiär passiert und - weil die Familie dabei ist - sind  
75 einfach Leute da, die auch Deutsch können.

76 I1: Und diese Personen fungieren dann als Dolmetscherinnen und Dolmetscher?

77 RD1: Ja.

78 I1: Mhm. Was würdest du denn sagen, wenn du jetzt einen Dolmetscher, eine Dolmetscherin  
79 vor Ort hast, was brauchst du von dieser Person? Was erwartest du dir?

80 RD1: Also was ich mir auf jeden Fall erwarte, ist, dass sie soweit beide Sprachen sprechen  
81 kann, dass sie sowohl auf Deutsch dolmetschen kann als auch das, was wir sagen, quasi in die  
82 jeweilige Sprache dolmetschen kann und was eben auch wichtig wäre, dass sie auch den  
83 Transport begleiten würde ins Spital. Weil es hört ja nicht auf in dem Moment, in dem wir  
84 den Patienten aus dem Auto ausladen.

85 I1: Mhm. Das heißt, die Kommunikationsbarriere ist auch dann, wenn man im Spital ist, noch  
86 immer da?

87 RD1: Ja, die ist ja noch immer da.

88 I1: Jetzt gibt es von 144 Notruf Niederösterreich einen Telefondolmetschdienst. Den kennst  
89 du?

90 RD1: Nein.

91 I1: Kennst du nicht, okay. Das heißt: Du hast gerade gesagt, es wäre besser, wenn die  
92 Dolmetscherin/ der Dolmetscher den Transport auch begleiten könnte. Siehst du  
93 Telefondolmetschen dann als eine passable Lösung im Rettungsdienst?

94 RD1: Eigentlich nicht, weil ich der Meinung bin, dass gerade im Rettungsdienst, wenn die  
95 Leute krank sind, wenn sie einen Unfall gehabt haben, das auch ein bisschen Face-to-Face  
96 stattfinden muss und es ist auch die Frage, inwieweit der Patient aufgrund seiner Erkrankung  
97 und aufgrund seiner Verletzung überhaupt noch in der Lage ist zu telefonieren. Außerdem hat  
98 es ja ein bisschen etwas von Stille-Post-Spiel, weil ich sage dem Dolmetscher etwas, der  
99 Dolmetscher sagt ihm etwas und es ist auch die Frage, ob das wirklich zu 100% auch wieder  
100 so ankommt. Weißt du, was ich meine?

101 I1: Das heißt, der Dolmetscher hat da relativ viel Spielraum, würdest du sagen? Oder man  
102 kann ihn nicht kontrollieren?

103 RD1: Nein, das klingt jetzt so/ Nein, das würde ich jetzt nicht sagen.

104 I1: Ist er mehr als nur ein Sprachrohr?

105 RD1: Ich würde ihm da schon mehr Verantwortung zutrauen, ja. Also wenn ich in der  
106 Position wäre, dass ich einen Unfall hätte im Ausland, wäre es mir natürlich lieber, es  
107 begleitet mich jemand ins Spital, der auch meine Sprache spricht. Weil man einfach auch über  
108 die Sprache ein gewisses Vertrauen aufbaut zu den anderen Leuten.

109 I1: Das heißt, der Dolmetscher ist sozusagen auch ein wichtiger psychologischer Anker?

110 RD1: Ja, denke ich schon. Weil mir persönlich auch die Psyche meiner Patienten sehr wichtig  
111 ist, muss ich sagen. Ich bin da eher sehr einfühlsam (lacht), vielleicht liegt es daran. Also  
112 wahrscheinlich würdest du von anderen eine andere Antwort bekommen. Aber mir liegt das  
113 einfach am Herzen, dass sich die Patienten auch wohl fühlen, weil es eben eine  
114 Ausnahmesituation ist für die Patienten.

115 I1: Das heißt: Du würdest generell immer jemanden hinzuziehen, der auch die Sprache kann?

116 RD1: Ja.

117 I1: Was wären denn so Fälle, wo du sagst: „Nein, ich brauche jetzt keinen Dolmetscher. Ich  
118 mache das so.“

119 RD1: Ja, wenn er soweit Deutsch kann, dass er mich sowieso versteht, wenn so ein  
120 Mindestmaß an Kommunikation möglich ist und wenn ich sehe: Der Patient fühlt sich  
121 trotzdem wohl, auch wenn wir uns jetzt nicht zu 100% verstehen. Wenn überhaupt keine  
122 Verbindung bestehen sollte, dann würde ich auf jeden Fall jemanden hinzuziehen.

123 I1: Wie sieht denn das bei zeitkritischen Patienten aus?

124 RD1: Das ist eine gute Frage.

125 I1: Würdest du auf den Dolmetscher warten, der per Telefon zugeschaltet wird, wenn es nur  
126 diese Möglichkeit gibt oder handelst du dann mehr nach medizinischen Maßstäben?

127 RD1: Es kommt auf den Fall an, aber es gilt ja Leben vor Funktion und im Zweifelsfall muss  
128 man auch nach medizinischen Gesichtspunkten arbeiten. Die Kommunikation steht dann eher  
129 hinten an.

130 I1: Verstehe.

131 I1: Okay, ich möchte aber trotzdem noch einmal kurz zurückkommen auf den  
132 Telefondolmetschdienst. Und zwar: Wenn es jetzt einen bundesweiten, landesweiten  
133 Telefondolmetschdienst geben würde - wie es momentan in der Schweiz der Fall ist und der  
134 auch 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr verfügbar ist - würdest du den kontaktieren?

135 RD1: Ja.

136 I1: Warum (lacht)?

137 RD1: Ich wusste ja bis jetzt nicht, dass wir selbst Telefondolmetscher haben (lacht). Wenn ich  
138 es weiß, dass es ihn gibt, würde ich dann auch einen hinzuziehen.

139 I1: Und würdest du sagen, besser Telefondolmetschende als Angehörige als  
140 Dolmetscherinnen und Dolmetscher?

141 RD1: Es kommt wahrscheinlich auf die Situation an. (..) Weil was ich erlebt habe, ist eben  
142 gerade bei manchen kulturellen Hintergründen, wenn dann wirklich die ganze Sippe  
143 anwesend ist und du hast 15 Leute in einem Zimmer und alle schreien dich an. Es passiert  
144 gerade bei Leuten mit Migrationshintergrund, was mir auffällt. Da sind meistens die  
145 Emotionen höher, wenn es einem Angehörigen nicht gut geht. Und da wäre wahrscheinlich  
146 der Telefondolmetsch schon vor einem Angehörigen, weil das einfach auch Ruhe in die  
147 Situation bringen könnte.

148 I1: Weil er jetzt nicht direkt beteiligt ist an der Situation?

149 RD1: Ja, genau.

150 I1: Okay, dann möchte ich dir noch eine Abschlussfrage stellen. Und zwar: Wie bist du denn  
151 damit zufrieden, wie momentan Einsätze mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und  
152 Patienten abgewickelt werden? Gibt es da einen Verbesserungsbedarf?

153 RD1: Ja.

154 I1: Wo siehst du den?

155 RD1: (.....) Meine persönlich Meinung ist oft, dass schon auch im Rettungsdienst gewisse  
156 Vorurteile (...) da sind und - du zeichnest das jetzt auf, das ist ein bisschen blöd - aber ich

157 habe auch schon mitbekommen, dass zum Beispiel bei Notruf 144 über die Alarmierung  
158 schon auch so Seitenhiebe kommen - ich weiß nicht, wie ich es erklären soll- also schon auch  
159 so Seitenhiebe in Richtung: „Das ist eben ein Ausländer.“ Ich meine jetzt nicht im Sinne von  
160 fremdenfeindlich, aber „hat großes Aua“ - einfach so ein bisschen ins Lächerliche gezogen.

161 II: Da fehlt also manchmal die Sensibilität?

162 RD1: Ja, denke ich schon. Ja, das trifft es ganz gut. Danke (lacht).

163 II: Man müsste also auch für die Rettungsdienstmitarbeiter jetzt die Ausbildung in Richtung  
164 Kultursensibilität erhöhen?

165 RD1: Ja, und eben auf jeden Fall- weil wie gesagt ich bin jetzt das elfte Jahr bei der Rettung  
166 und ich habe noch nie etwas von diesem Telefondolmetsch gehört - das auf jeden Fall besser  
167 anpreisen. Es bringt ja nichts, wenn der in seinem Büro sitzt und keiner weiß, dass es ihn gibt.  
168 Da wäre ja beiden Seiten geholfen.

169 II: Das heißt: Du siehst Dolmetschen im Rettungsdienst ganz generell als eine  
170 Notwendigkeit? Zumindest in der Zukunft?

171 RD1: Ja, es wird auch immer notwendiger werden.

172 II: Mhm. Okay, dann sage ich vielen Dank für dieses Interview. Dankesehr!

## Interview RD2

Dauer der Aufnahme: 0:14:53

Interviewer/in: I1

Befragte Person: RD2

\_\_\_\_\_ besonders betontes Wort  
(.) Pause (pro Punkt je eine Sekunde)  
/ (vollständig) abgebrochener Satz

- 1 I1: Vielen Dank, dass du dich bereit erklärt hast, dieses Interview mit mir zu machen. Die  
2 erste Frage, die ich dir gleich stellen möchte: Wie lange bist du denn schon im Rettungsdienst  
3 tätig?
- 4 RD2: Dieses Jahr im Oktober werden es schon 10 Jahre.
- 5 I1: Zehn Jahre. Und welche Qualifikationsstufe hast du im Rettungsdienst inne?
- 6 RD2: Einstweilen nur Rettungssanitäter mit Praxisanleiterzusatzfunktion.
- 7 I1: Mhm. Wie oft hast du denn Dienst im Monat? Sehr viel oder sehr wenig?
- 8 RD2: Verhältnismäßig mittel bis viel. Ich schätze jetzt einmal mit allen Diensten zusammen,  
9 die ich mache, (..) 6-8 Dienste im Monat - durchschnittlich.
- 10 I1: Auf wie viele Stunden kommst du da? Sind das 70- 80 Stunden?
- 11 RD2: 72 so etwas, ja.
- 12 I1: Ich weiß ja, dass du auf verschiedenen Dienststellen Dienst machst. Wie ist ca. im  
13 Durchschnitt das Einsatzensum, also wie viele Einsätze pro Tag hast du denn ca.?
- 14 RD2: Das ist eine sehr gute Frage. Ich kann es dir sogar genau sagen. In Korneuburg haben  
15 wir am RTW im Durchschnitt 6 Ausfahrten am Tag, in Stockerau hätten wir 5 und in  
16 Ernstbrunn 1.2, ca. 1.3.
- 17 I1: Was war das letzte?
- 18 RD2: Ernstbrunn. Ernstbrunn in Mistelbach. Generell von allen Bezirksstellen?
- 19 I1: Wo du fährst.
- 20 RD2: Wo ich fahre. Groß Enzersdorf - ja, könnte man sagen, am RTW 2-3 Ausfahrten im  
21 Durchschnitt und dann noch Waidhofen an der Thaya mit 2 Ausfahrten ca. im Durchschnitt  
22 pro Dienst und auch jetzt wieder bald SNAW Tulln mit 2-3 Ausfahrten in einem 12-Stunden-  
23 Dienst.
- 24 I1: Okay, wenn wir jetzt primär in der Notfallrettung bleiben, also nicht im sekundären  
25 Bereich. Wie oft ist jetzt bei diesen Einsätzen, die du genannt hast, pro Tag ein  
26 fremdsprachiger Patient dabei, der eben kein Deutsch kann und bei dem die Kommunikation

27 auf Deutsch nicht klappt? Kannst du das irgendwie beziffern? Ist das eher selten oder kommt  
28 das doch häufig vor?

29 RD2: Habe ich bis jetzt selten gehabt. Selten. Wenn es nicht gerade irgendeine  
30 Großveranstaltung ist, wie damals zum Beispiel die Europameisterschaft 2008 in Wien, -  
31 relativ selten.

32 I1: Welche Sprachen sprechen denn die Patientinnen und Patienten, die kein Deutsch können?

33 RD2: (.....) Kommt fast auf die Gegend an. Ich sage jetzt einmal, in der Groß Enzersdorfer  
34 Gegend ist eher Slowakisch, Tschechisch ziemlich (..) begehrt. Da hatte ich schon ein paar  
35 Sachen. Ansonsten jetzt mit der aktuellen Zeit eben sage ich jetzt einmal arabische Sprachen.

36 I1: Aufgrund der Flüchtlingsproblematik?

37 RD2: Ja. Aufgrund der Flüchtlingsproblematik. Richtig. Also das würde mir ad hoc jetzt  
38 einfallen.

39 I1: Okay. Wenn so eine Situation jetzt vorkommen würde, wie gehst du vor?

40 RD2: Ich versuche mit dem Patienten auf Englisch zu kommunizieren und in den meisten  
41 Fällen bzw. bis jetzt hat es eigentlich immer geklappt.

42 I1: Also Englisch als lingua franca, wie es so schön heißt (lacht).

43 RD2: Ja, genau.

44 I1: Aber wenn es jetzt auch nicht auf Englisch geht? Was ist dann die nächste Ebene?

45 RD2: Wenn es auch nicht auf Englisch geht, dann versuche ich einmal im Umkreis zu  
46 schauen - vor Ort - ob jemand dolmetschen kann. Wenn nicht, dann bliebe eigentlich noch  
47 notfallsmäßig die Option einen Kollegen anzurufen, wo ich weiß, dass er diese Fremdsprache  
48 spricht oder eben über Notruf Niederösterreich, dass ich schaue, dass ich einen Dolmetscher  
49 an den Apparat bekomme.

50 I1: Das heißt: Du kennst auch diesen Telefondolmetschdienst von Notruf Niederösterreich?

51 RD2: Ja, kenn ich auch.

52 I1: Du hast aber auch gesagt, du würdest vielleicht zuerst jemanden fragen, der in der Nähe  
53 ist. Angehörige meinst du?

54 RD2: Ja.

55 I1: Wie sieht es bei denen aus? Können die meistens Deutsch, Englisch?

56 RD2: Ja, in den meisten Fällen haben wir es bis jetzt so gehabt, dass die wirklich dolmetschen  
57 konnten.

58 I1: Das heißt die Dolmetschung, die sie liefern, ist brauchbar für dich?

59 RD2: Ja, die ist brauchbar. Die Information, die ich haben möchte, die bekomme ich auch.

60 I1: Nehmen wir das „worst case scenario“ an: Du hast weder Angehörige, noch jemanden  
61 von der Leitstelle oder Kollegen und hast jetzt aber einen Patienten, mit dem du dich nicht  
62 verständigen kannst. Wie kannst du jetzt noch irgendetwas tun?

63 RD2: Notfallmäßig geht's auch noch über eine App oder irgendwie so ein Zeichen-  
64 Dingsbum - wie heißt denn das? - so ein Notfalldolmetschprospekt, das es da vom Wiener  
65 Roten Kreuz aus gibt.

66 I1: Okay, das heißt: Es gibt von den Rettungsorganisation etwas. So Übersetzungshilfen.

67 RD2: Ja, es gibt Übersetzungshilfen mit Symbolen und vorgefertigten Sätzen.

68 I1: Und hast du das schon einmal verwendet?

69 RD2: (überlegt) Ich glaube ja, aber das war zur Europameisterschaft, also wie wir in Wien  
70 bereitstellungsmäßig Ambulanzdienst gemacht haben. Ich glaube sogar ziemlich sicher, weil  
71 sonst im normalen Regelrettungsdienst eigentlich nicht.

72 I1: Aber dürfte gut funktioniert haben?

73 RD2: Ja.

74 I1: Gut, was würdest du sagen, was wären die Gründe, warum du keinen Dolmetscher zu  
75 einem Notfall mit einem fremdsprachigen Patienten hinzuziehst? Was wären die Gründe, dass  
76 du sagst: „Nein, brauche ich nicht, ich mache es so.“

77 RD2: Wenn ich mir also/ Wenn ich jetzt zum Beispiel auf Englisch sprechen möchte und ich  
78 bin mir der englischen Sprache im Moment sicher bzw. wenn mir die richtigen Wörter  
79 einfallen, dass ich diesen Einsatz abwickeln kann - genauso wie er ist - und dass ich halt eben  
80 auf die Fragen und Wünsche des Patienten eingehen kann bzw. die Beschwerden eruieren  
81 kann, dann würde ich sagen: Ich bräuchte eigentlich jetzt hier ad hoc keinen Dolmetschdienst.

82 I1: Ein großes Problem, das auch teilweise die Leitstelle in ihrem Interview angesprochen hat,  
83 ist die Zeit. Zeitkritische Patienten, brauchen die einen Dolmetscher oder nicht?

84 RD2: Zeitkritische Patienten - ist eine gute Frage. Interessant wäre das schon betreffend der  
85 Information von Medikamenten und Allergien und sonstigem. Das wäre einerseits schon  
86 wichtig. Ich sage jetzt einmal, zeitkritische Patienten sollten sich vielleicht eventuell zunächst  
87 einmal in Richtung Krankenhaus bewegen und eventuell nachher auf der Anfahrt vielleicht  
88 versucht werden, einen Dolmetsch zu bekommen - damit man auch wichtige Infos erfährt.

89 I1: Wenn du jetzt versuchst, einen Dolmetscher/ eine Dolmetscherin zu bekommen, was soll  
90 sie machen? Was sind deine Erwartungen an die Dolmetscherinnen, an den Dolmetscher?  
91 Was brauchst du von Ihnen? Wie sollen Sie das machen?

92 RD2: Ich sage das einmal ganz blöd und formal: Wenn ich ihr sage/ Wenn ich z.B. einen  
93 deutschen Satz sage oder auf Englisch und eben sage - keine Ahnung - blöde Frage: „Wie

94 geht es Ihnen?“, dann soll sie es eben genau in der Sprache für den Patienten wiedergeben und  
95 auch die Antwort vom Patienten mir wieder übergeben - quasi klassischer Dolmetsch.

96 I1: Du siehst also die Dolmetscherin/ den Dolmetscher als neutrale Zwischenperson, wenn  
97 man das so sagen darf.

98 RD2: Mhm (bejahend).

99 I1: Sie gibst deine Wortmeldung an den Patienten weiter und die Wortmeldung des Patienten  
100 an dich.

101 RD2: Ja. Mhm.

102 I1: (...) Braucht man im Rettungsdienst überhaupt Dolmetscher, um jetzt einen Einsatz zu  
103 meistern? Brauchst du ihn unbedingt?

104 RD2: Bei den meisten Einsätzen nicht.

105 I1: Auch wenn die Kommunikation jetzt nicht funktionieren würde?

106 RD2: Bei den meisten Einsätzen allgemein nicht. Sobald aber ein Einsatz mit einem  
107 fremdsprachigen Patienten zustande kommt, könnte man schon in Erwägung ziehen, dass man  
108 einen Dolmetscher heranzieht, vor allem wenn auch die eigenen Fremdsprachenkenntnisse  
109 jetzt nicht gefestigt sind bzw. nicht wirklich gut sind.

110 I1: Gleich eine Anschlussfrage: Würdest du dann das Telefondolmetschen einem Dolmetscher  
111 vor Ort vorziehen oder nicht? Würdest du lieber einen Dolmetscher per Telefon haben oder  
112 eine Angehörige/ einen Angehörigen?

113 RD2: Kann ich jetzt wirklich ad hoc nicht sagen. Der Angehörige könnte mitfahren und auch  
114 im Krankenhaus weiter dolmetschen bzw. würde das gleiche nachher per Telefon auch  
115 möglich sein. (...) Wenn dann hätte ich gerne einen Dolmetscher hier und jetzt vor Ort - also  
116 wirklich in realer Person.

117 I1: Warum?

118 RD2: Einerseits weil- ich sage jetzt einmal so - die Kommunikation, wenn ich ihn jetzt am  
119 Telefon habe und ich falle in ein Funkloch oder sonst irgendwas, abreißen könnte. Ich habe  
120 dann aktiv in diesem Zeitraum keinen Dolmetsch mehr und das ist eben der Vorteil, wenn die  
121 Person wirklich mitfahren sollte, dass sie wirklich vor Ort ist, dass die Person die ganze Zeit  
122 da ist und ja immer dolmetschen kann.

123 I1: Okay. Sie ist auch so etwas wie ein Sicherheitsanker für den Patienten?

124 RD2: Ja, also das ist wirklich so ein gegenseitiges Sicherheitsgefühl - einerseits für den  
125 Patienten, weil die Person, die ihn versteht, fährt mit im Fahrzeug, und andererseits auch für  
126 mich oder für uns -besser gesagt -, dass wir eine Person an Bord haben, die dolmetschen kann.

127 I1: Okay, gut. Aber ist Telefondolmetschen im Rettungsdienst generell eine passable Lösung?

128 RD2: Ja.

129 I1: Was glaubst du: Wenn es einen bundesweiten Dolmetschdienst gäbe/ Das ist zum Beispiel  
130 in der Schweiz so. Da gibt es einen nationalen Telefondolmetschdienst. Würdest du den auch  
131 in Anspruch nehmen, wenn du weiß, da sind jetzt professionelle Dolmetscher am Hörer?

132 RD2: Würde ich in Anspruch nehmen, wenn ich auch wirklich weiß, dass die Sprache auch  
133 wirklich abgedeckt wird, die ich jetzt gerade brauche bzw. müsste man zunächst noch  
134 eruieren, welche Sprache diese Person vor mir spricht. Das ist die nächste Frage. Wenn ich  
135 diese Person nur einzeln antreffe, wie kann ich feststellen, welche Sprache diese Person  
136 spricht? Eventuell vielleicht durch den Reisepass wäre es möglich, aber ich würde ihn auf  
137 jeden Fall in Anspruch nehmen.

138 I1: Das ist ein interessanter Punkt: die Spracherkennung ist also auch ein Problem an sich.

139 RD2: Ja, genau.

140 I1: Weil wir gerade über die Probleme gesprochen haben: Welche Probleme gibt es denn noch  
141 aufgrund der sprachlichen Barriere? Wenn du drei Problemfelder nennen müsstest, was sind  
142 die größten Probleme?

143 RD2: Die größten Probleme? Information könnte verloren gehen bzw. Information könnte  
144 falsch interpretiert werden, sowohl in die eine Richtung als auch in die andere Richtung. (.....)  
145 Gute Frage. (.....) Drei Kriterien.

146 I1: Oder was dir einfällt.

147 RD2: Ja, das ist das, was mir ad hoc einfallen würde. (..) Beziehungsweise wenn nachher  
148 beim Telefondolmetschen vielleicht eben diese Sprache nicht verfügbar wäre, dass ich eben  
149 die Sprache nicht erkenne, welche Sprache da jetzt angefordert werden sollte. (...) Ja.

150 I1: Glaubst du, dass es rechtliche Unterschiede bei fremdsprachigen Patienten und  
151 deutschsprachigen Patienten gibt? Gibt es da Probleme, die rechtlicher Natur sind?

152 RD2: Das auf jeden Fall. Weil - soweit ich weiß - dürfte man eigentlich hochhoffiziell nur  
153 offizielle Dolmetscher heranziehen. Soweit ich weiß, da gab es nämlich - keine Ahnung/ Aber  
154 auf jeden Fall: Es könnten theoretisch rechtliche Probleme auftreten, falls eben Informationen  
155 falsch wiedergegeben werden. Da ist eben die Frage nach der Haftung - sprich die  
156 Haftungsfrage - sprich, wenn jetzt falsche Allergene des Patienten genannt werden und es  
157 wird genau dieses Medikament verabreicht, auf das der Patient allergisch reagiert und es  
158 wurde vielleicht irgendwie nicht übersetzt oder falsch gedolmetscht, dann ist eben die Frage  
159 nach der Haftung da: Wer haftet dafür? Haftet der Dolmetscher dafür oder haftete dann ich  
160 dafür? Und ich muss jetzt sagen, ich kenne die rechtliche Grundlage jetzt auch nicht zu 100%,  
161 aber eine Haftungsfrage wäre hier ein ziemlich großer Punkt dahinter. Schätze ich jetzt  
162 einmal.

163 I1: Bist du trotzdem zufrieden mit der Situation, wie derzeit nicht-deutschsprachige  
164 Patientinnen und Patienten behandelt werden und versorgt werden können oder nicht?

165 RD2: Jein. Ich muss sagen, jetzt so einmal primär Versorgung im Rettungsdienst kann ich  
166 schon mit Ja beantworten. Die andere Frage ist, wie es im Krankenhaus aussieht. Das kann  
167 ich eben nicht beurteilen - also wenn man wirklich den allgemeinen Punkt Versorgung  
168 hernimmt, dann kann ich das nicht beantworten. Ich weiß nicht, ob das Krankenhaus auf  
169 Dolmetscher zugreifen kann, höchstwahrscheinlich ja, aber diesen Punkt kann ich jetzt nicht  
170 wirklich zu 100% beantworten. Ich sage jetzt einmal im Rettungsdienst, nachdem es die  
171 Möglichkeit gibt, einerseits großteils mit Englisch zu kommunizieren, andererseits eben  
172 Dolmetscher über Notruf Niederösterreich zu organisieren, dass da halt das Ganze eben  
173 relativ gut abgedeckt ist. Wenn es wirklich nur um die Sprache und den Sprach austausch geht.

174 I1: Hast du selbst schon einmal angerufen bei 144 Notruf Niederösterreich und einen  
175 Dolmetscher verlangt?

176 RD2: Nein, ich habe einmal meine Mutter angerufen, weil die nämlich gebürtige Polin ist und  
177 ich hatte eine polnische Patientin im Fahrzeug. Das war aber vor vielen, vielen Jahren, wo  
178 glaube ich Notruf Niederösterreich noch nicht einmal diesen Dolmetschservice hatte.

179 I1: Das heißt, man greift auch auf die eigenen Ressourcen zu, auf die Leute, die man kennt  
180 und wo man auch weiß, dass die Fremdsprachen sprechen.

181 RD2: Genau.

182 I1: Okay, dann sage ich vielen lieben Dank für dieses Interview und wünsche dir alles Gute  
183 für deine weitere Tätigkeit im Rettungsdienst.

184 RD2: Dankeschön.

### Interview RD3

Dauer der Aufnahme: 0:24:18

Befragte Person: RD3

Interviewer/in: I1

\_\_\_\_\_ besonders betontes Wort  
(.) Pause (pro Punkt je eine Sekunde)  
/ (vollständig) abgebrochener Satz

- 1 I1: Vielen Dank, dass du dich für das Interview bereit erklärt hast.
- 2 RD3: Gerne.
- 3 I1: Zum Einstieg möchte ich dir die Frage stellen: Wie lange bist du denn schon im  
4 Rettungsdienst tätig?
- 5 RD3: Seit 2007. Das kannst du dir jetzt selber ausrechnen. 9 Jahre. Im Sommer werden es 9  
6 Jahre.
- 7 I1: Im Sommer werden es 9 Jahre. Und bezüglich deiner Qualifikation, hast du welche  
8 Position inne?
- 9 RD3: Notfallsanitäter mit NKA, NKV in Ausbildung. Da habe ich in einer Woche  
10 Abschlussprüfung, glaube ich. Da sollte ich bereits etwas tun.
- 11 I1: Wie oft machst du Dienst im Monat?
- 12 RD3: Sehr oft. Also ich komme auf 40 Stunden, 40 Wochenstunden.
- 13 I1: 40 Wochenstunden, aber als Freiwilliger?
- 14 RD3: Als Freiwilliger. Ja, das ist korrekt.
- 15 I1: Das heißt, wie viele Einsätze pro Tag hast du ca.?
- 16 RD3: Naja, pro Dienstag oder pro Wochentag aufgerechnet?
- 17 I1: Pro Dienst, also pro Schicht.
- 18 RD3: Naja, am NAW bzw. NEF sind ungefähr 2 Ausfahrten und am RTW wird es ähnlich  
19 sein. Im Schnitt komme ich auf 2 bis 4 Ausfahrten pro Tag.
- 20 I1: Pro Dienstschicht oder pro Tag?
- 21 RD3: Pro 24 Stunden.
- 22 I1: Okay, gut. Mein Thema ist ja „Dolmetschen im Rettungsdienst“, also wie kann man mit  
23 nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten umgehen. Wie oft kommen denn Einsätze  
24 in deinem Gebiet mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten vor? Wenn man das  
25 jetzt zurückblickend betrachtet auf 4 Einsätze pro Tag.

26 RD3: Okay, also aufgrund des erhöhten Flüchtlingsaufkommens (.....) ist es in den letzten  
27 eineinhalb bis zwei Jahren entschieden mehr geworden. (..) Soll ich jetzt eine Schätzung  
28 abgeben, wie viel Prozent?

29 I1: Kannst du eine Schätzung abgeben?

30 RD3: (lacht) Ich würde sagen, ungefähr jeder 20. Einsatz hat irgendetwas mit nicht-  
31 deutschsprachigen Patienten zu tun.

32 I1: Nicht-deutschsprachig? Also welche Sprachen sind das vor allem?

33 RD3: (...) Ich habe - glaube ich - zum Beispiel nie jemanden gehabt, dessen Muttersprache  
34 Englisch war. Das ist eigentlich sehr interessant. Ja, wir haben dann/ Was sind die Klassiker?  
35 Farsi und Arabisch. Das sind - glaube ich- die zwei Klassiker momentan.

36 I1: Das heißt, eben die Sprache, die die Flüchtlinge sprechen?

37 RD3: Genau.

38 I1: Wie hilfst du dir jetzt in so einer Situation? Du bekommst einen Einsatz, fährst dort hin  
39 und bemerkst: der Patient, die Patientin spricht kein Deutsch. Wie funktioniert die  
40 Kommunikation? Wie machst du das?

41 RD3: Das war grundsätzlich viel Wissen aus Erfahrung, bis ich darauf gekommen bin, dass es  
42 auch immer Menschen rund herum gibt, von denen irgendwer sicher zumindest Englisch  
43 spricht. Und der muss dann als provisorischer Dolmetscher herhalten. Auf dem lastet dann  
44 auch viel Verantwortung bzw. es funktioniert natürlich auch immer: „Wo haben sie  
45 Schmerzen?“ So viel deuten kann man dann schon, was aber bei - keine Ahnung -  
46 Hypoglykämie dann schon schwer wird. Was auch schon vorgekommen ist - des Öfteren - das  
47 war, dass die Patienten vor Ort dann jemanden angerufen haben, der dann über das Telefon  
48 gedolmetscht hat, also der Freund. Aber es sind meistens Menschen anwesend, weil  
49 Flüchtlingsquartiere hauptsächlich von mehreren Menschen bewohnt werden,  
50 zusammengewürfelt. Also das funktioniert recht gut. Da haben auch schon Kinder  
51 ausgeholfen.

52 I1: (...) Das heißt, es wird zuerst einmal versucht, mit Englisch die Situation zu meistern?

53 RD3: Genau. Englisch kann ich sehr gut. Wenn das nicht gelingt mit keinem der Anwesenden  
54 und auch niemand ein Handy zückt und uns gibt, dann sind wir - also soweit ist es glaube ich  
55 noch nie gekommen - aber in dem Fall würden wir dann mit Handzeichen bzw. ich habe auch  
56 schon probiert - recht erfolgreich -, dass ich mit Google Translate gearbeitet habe, wo ich  
57 dann nur eingegeben habe: „Krankenhaus“ und dann „Übersetzen auf Farsi“ und dann dem  
58 Patienten hingehalten habe.

59 I1: Man hat also verschiedene Hilfsmittel zum Einsatz?

60 RD3: Ja.

61 I1: Gibt es da auch von den Organisationen selbst irgendetwas? Also von den  
62 Rettungsorganisationen?

63 RD3: Mir ist nichts bekannt.

64 I1: Okay, worin bestehen jetzt aber die Schwierigkeiten, wenn eine Situation eintritt, wo  
65 wirklich keine Kommunikation auf sprachliche Ebene möglich ist? Wo sind die Probleme im  
66 Rettungsdienst aus der Sicht des Sanitäters?

67 RD3: Da würde ich jetzt gleich einmal sagen, das ist ja ein ähnliches Problem, wie wenn ein  
68 bewusstloser Patient gefunden wird, der ja per Definition auch nicht mit uns spricht. (.....)  
69 Ich würde das jetzt gar nicht als großes Problem identifizieren, (..) denn falls es akute  
70 gesundheitliche Probleme sind, dann ist es eigentlich meist recht eindeutig erkennbar - auf  
71 jeden Fall die grobe Symptomatik. Und nachdem wir ja viele Messwerkzeuge haben -  
72 spätestens dann der Notarzt, die Notärztin-, ist das eigentlich alles nicht so tragisch.  
73 Schwieriger wird es dann, wenn man versucht, die Angehörigen und die Freunde irgendwie  
74 zu beruhigen, weil die dann sehr oft ziemlich aufgewühlt sind. Also ein Freund hat mir  
75 erzählt: Er ist vor zwei Wochen zu einer Geburt gekommen. Das Kind war eine Minute alt,  
76 wie sie angekommen sind - also es war auch in einer Flüchtlingsunterkunft - und da war ein  
77 heilloses Chaos. Er hat einfach keine Ruhe hineinbringen können, weil er einfach nicht  
78 kommunizieren konnte.

79 I1: Das heißt, von der medizinischen Seite gesehen ist die Kommunikation jetzt eher  
80 zweitrangig?

81 RD3: Ja, das wäre es. Da würde ich sagen, da geht es dann eher um organisatorische  
82 Problematiken: Wo kommt man hin? Welchen rechtlichen Status haben die Personen? Wie  
83 kommen sie dann wieder zurück, wenn sie im Krankenhaus nur ambulant behandelt werden?  
84 Und ganz komplizierte Sachen: alleinerziehende Mutter von drei Kindern, die jetzt selber ins  
85 Krankenhaus muss. Das haben wir auch schon gehabt und man ihr dann vielleicht irgendwie  
86 noch hilft, dass sie jetzt noch jemanden organisieren kann, der dann auf die Kinder aufpasst.  
87 Also es wären eher die organisatorischen Dinge.

88 I1: Und die psychologische Komponente?

89 RD3: Genau. Beruhigen, guter Zuspruch. Das ist eigentlich - finde ich - die allerwichtigste  
90 Maßnahme, die ein Sanitäter setzen kann: guter Zuspruch, Vertrauen aufbauen und Ruhe  
91 vermitteln. Das wäre eigentlich das Allerwichtigste und das ist halt non-verbal möglich, aber  
92 schwierig.

93 I1: Gibt es da auch irgendwelche rechtlichen Aspekte, die man beachten muss?

94 RD3: Beim Abwickeln von Einsätzen mit fremdsprachigen Patienten? Also mir ist  
95 grundsätzlich nicht bekannt, dass es da andere Regeln gäbe, als bei regulären Einsätzen. Das  
96 ist meine Vermutung. Man braucht eine andere Herangehensweise, aber die rechtliche Lage -  
97 würde ich vermuten - ist dieselbe.

98 II: Was ist die andere Herangehensweise, wenn du das ein bisschen näher definieren  
99 könntest?

100 RD3: Wir haben schon Einsätze gehabt, wo es fraglich war, ob wir als Männer da überhaupt  
101 hineingehen dürfen. Da haben wir zum Glück eine weibliche Notärztin mitgebracht, die das  
102 dann sehr charmant gelöst hat. Also es ist die Geschlechterfrage, die Frage, wie diese Gäste  
103 uns sehen bzw. ob sie sich so schnell anpassen können, falls das bei ihnen zuhause anders  
104 gehandhabt wurde: die Geschlechtertrennung. Man braucht auch entschieden mehr Geduld,  
105 man muss auch das Verständnis gegenüber den Flüchtlingen aufbringen, dass die ja nicht  
106 wirklich freiwillig da sind.

107 II: Das heißt, neben Sprache fließt auch das Kulturelle ein und ist auch für den Rettungsdienst  
108 ein relevantes Thema?

109 RD3: Definitiv. Genau. Es sind teilweise auch sehr komplexe Hintergründe: zum Beispiel  
110 muss man verstehen, dass Menschen aus Afghanistan sehr wenig Kontakt haben mit Alkohol.  
111 Das heißt, wenn sie nach Österreich kommen und wie das bei uns ist, einen sehr schnellen  
112 Kontakt mit Alkohol aufbauen können, dann kann es schon einmal sein (.....), dass sich  
113 ziemlich problematische Situationen ergeben können, falls sie einmal zu viel Alkohol trinken,  
114 weil sie nicht wissen, was das tut und weil sie natürlich auch traumatisiert sind und sich bei  
115 uns nicht gut aufgehoben fühlen, was ich auch verstehen kann. Also das sind so Sachen, die  
116 das (.....) Verständnis fördern und die man auch so vielleicht den Sanitätern besser  
117 kommunizieren sollte.

118 II: Wenn jetzt zum Beispiel ein Freund angerufen wird oder jemand von den Angehörigen  
119 zum Dolmetschen eingesetzt wird, ist er auch ein Kulturmittler? Also weist er auf solche  
120 Dinge hin?

121 RD3: Das habe ich so noch nicht erlebt.

122 II: Okay, also Dolmetschen nur auf einer sprachlichen Ebene?

123 RD3: (.) Genau, diese befreundeten „Telefondolmetscher“ haben tatsächlich nur sprachliche  
124 Dolmetschfähigkeiten.

125 II: Mhm. Wenn eine Dolmetschung erfolgt, ist diese hilfreich? Können ihr damit etwas  
126 anfangen?

127 RD3: Definitiv. Ich habe das selber schon ein paar Mal praktiziert. Das waren Patienten, die  
128 russischer Abstammung sind/waren. Da habe ich dann immer einen guten Freund angerufen.  
129 Der hat dann immer sehr souverän gedolmetscht. Der war damals sogar in Ausbildung zum  
130 Dolmetscher. Das hatte schon Hand und Fuß.

131 II: Was würdest du sagen, was wäre ein Grund, warum kein Dolmetscher hinzugezogen wird?  
132 Wären das eben, wie du vorher gesagt hast, Akutsituationen, wo der Patient zeitkritisch ist?

133 RD3: So richtig „ultrazeitkritische“ Patienten gibt es sowieso extrem wenig. Und das habe ich  
134 erst wieder im letzten Dienst gelernt, wenn es auf ein oder zwei Minuten wirklich ankäme,

135 dann ist es trotzdem meistens zu spät, (...) weil das in der Biologie mit Eins und Null so nicht  
136 funktioniert. Naja, kein Dolmetscher ist auf jeden Fall dann nötig, wenn der/die Patientin  
137 sowieso nicht sprechen kann. Ja ich weiß nicht, ob es bei extremen Akutfällen/ Ja, da hat man  
138 sowieso keine Zeit. Da geht es darum Vitalparameter zu erheben, Transport ins Krankenhaus,  
139 danke. Da ist Kommunikation und psychische Zuwendung vermutlich auch Freundlichkeit  
140 und Etikette hinten anzustellen. Da steht die Medizin im Vordergrund.

141 II: Gut, wenn du jetzt aber doch einen Dolmetscher hinzuziehen würdest. Was soll er  
142 machen? Was erwartest du von ihm? Wie kann er dir helfen?

143 RD3: Ja, im Idealfall hat er irgendwie ein Schema, nach dem er abfragt. Da gibt es im  
144 Rettungsdienst diese tollen ABCDE-Schemata und SAMPLE-Schemata, die man da  
145 verwenden kann, die jetzt eigentlich auch nicht allzu aufwendig zu lernen sind. Das wäre  
146 natürlich toll, wenn das die Dolmetscher können bzw. was ich vor Ort mich verständigen  
147 kann mit dem Patienten, brauche ich dann nicht mehr über den Dolmetscher zu regeln bzw.  
148 vielleicht noch einmal, um sicherzugehen, aber dann wären noch vielleicht Spezialauskünfte  
149 notwendig, in welchem Krankenhaus der Patient behandelt bis jetzt wurde, welche  
150 Vorerkrankungen vorliegen oder so Dinge, bei denen man sich mittels Körpersprache schwer  
151 verständigen kann.

152 II: Das heißt: Du würdest gewissermaßen, dem Dolmetscher dieses Schema abfragen lassen,  
153 und nicht du fragst dieses Schema ab und er soll es quasi dann dolmetschen oder sie?

154 RD3: Ich würde da diesen Zwischenschritt weglassen, ja.

155 II: Sodass er kompetent im Abfragen dieses Schemas ist?

156 RD3: Ja, das wäre für mich sinnvoll bzw. das wäre dann sinnvoll, wenn überhaupt keine  
157 Kommunikation möglich ist oder da irgendwie die Kommunikation aufgrund von  
158 Missverständnissen oder kulturellen Barrieren so gestört ist, weil man - keine Ahnung - mit  
159 dieser Frau nicht sprechen darf. Dann wäre das natürlich schon eine sehr interessante Sache.  
160 Weil sonst müsste ich jede Frage dem Dolmetscher stellen und der muss dann jede Frage und  
161 Antwort dolmetschen. Das ist ein bisschen schwierig. Also ich kenne das auch von den zwei  
162 Flüchtlingen, die ich aufgenommen habe: mit ihr (.) kann ich nicht reden. Ich spreche sie an  
163 und sie antwortet nicht. Also ja, ich weiß es nicht, wie es da im Notfall aussehen würde. Aber  
164 darauf muss man sich auf jeden Fall einstellen.

165 II: Okay, aber Angehörige könnten diese Aufgabe ja nicht erfüllen, weil sie dieses Schema  
166 nicht kennen. Das heißt, du würdest schon plädieren, dass hier Dolmetschende zum Einsatz  
167 kommen, die zumindest irgendwie rettungsdienstlich einen Background haben? Oder  
168 zumindest das System kennen, wie der Rettungsdienst in Österreich funktioniert?

169 RD3: (...) Es ist nicht zwingend erforderlich. Es ist auf jeden Fall hilfreich in der Situation,  
170 aber nicht zwingend. Denn wenn ein gut ausgebildeter Sanitäter vor Ort ist, dann weiß der  
171 selber auch ganz genau, was zu erfragen ist und welche Schlüsselkriterien er jetzt erfragen  
172 muss, welche Schlüsselparameter. Es ist auf jeden Fall hilfreich, aber es ist nicht notwendig.

173 I1: Aber du sprichst dem Dolmetscher eine sehr aktive Rolle zu. Oft wird der Dolmetscher  
174 jedoch als neutraler Mittler gesehen, der nicht eingreift in den Gesprächsprozess an sich. Wie  
175 du das siehst, wäre er ja sehr aktiv. Er fragt selbst und weiß auch, was benötigt wird. Du  
176 siehst den Dolmetscher also aktiv?

177 RD3: (.....) So viele Gedanken habe ich mir jetzt noch nicht darüber gemacht. (.....) Aber ja,  
178 auf der anderen Seite könnte die Problematik auch sein, dass dann wieder zu viel (.....)  
179 medizinisches Laienpersonal eingreift oder einzugreifen versucht. Ja, es ist/

180 I1: Eingreifen im Sinne von Verfälschen von Information, oder was?

181 RD3: Im Sinne von Kommunikationschaos vielleicht. Obwohl, wenn es ein professioneller  
182 Dolmetscher ist, dann wir das sicher nicht aufkommen. Ja, also vermutlich ist die beste und  
183 effizienteste Methode, dass der Sanitäter dem Dolmetscher konkrete Fragen dolmetschen  
184 lässt. Wäre wahrscheinlich das Beste.

185 I1: Ja, es gibt ja einen Telefondolmetschdienst der niederösterreichischen Rettungsleitstelle.  
186 Ist dir der bekannt?

187 RD3: Ich wusste, dass es einen Dolmetschdienst gibt. Meiner Meinung nach funktioniert oder  
188 ist der quasi nur freigegeben für den Notruf des Patienten, für die Dolmetschung des Notrufs.  
189 Soweit ich informiert bin.

190 I1: Wie siehst du das selber? Wäre Telefondolmetschen, Dolmetschen über Telefon eine  
191 passable Lösung im Rettungsdienst? Würde man quasi das Telefondolmetschen dem  
192 Dolmetschen von Angehörigen vorziehen?

193 RD3: (....) Grundsätzlich nicht. Meine Erfahrung sagt, dass vor allem die jüngere Generation  
194 ziemlich gut Englisch spricht - bei den Flüchtlingen wie auch die jungen Österreicherinnen  
195 und Österreicher. Dementsprechend würde ich das eher vorziehen, weil sie natürlich auch den  
196 Patienten, die Patientin genauer kennen. Was jetzt nicht bedeutet, dass der professionelle  
197 Dolmetscher keine Berechtigung hat, weil natürlich professionelles Dolmetschen extrem  
198 wichtig ist und im Zweifel immer zu bevorzugen ist. Natürlich. Aber grundsätzlich würde ich  
199 die Angehörigen zum Dolmetschen bitten, denn sie sind vertraut mit der Situation.

200 I1: Beim Telefondolmetschdienst von 144 Notruf Niederösterreich ist es so, dass hier auch  
201 nur Personen zum Einsatz kommen, die sich freiwillig gemeldet haben und mehrere Sprachen  
202 oder eine Sprache außer Englisch zusätzlich beherrschen, aber eben keine  
203 Dolmetschausbildung haben. Würde man in diesem Fall dann sowieso Angehörige  
204 bevorzugen oder eben nicht, weil eben diese Kollegen des Dolmetschdienstes, wenn er zur  
205 Verfügung stünde, diesen rettungsdienstlichen Background haben und sich auskennen, wie  
206 ein Rettungseinsatz auch abläuft?

207 RD3: Ist das eine Frage (lacht)?

208 I1: Ja, was würdest du sagen: Würdest du jetzt den Telefondolmetschdienst mit Mitarbeitern  
209 des Rettungsdienstes anrufen, wenn er dir zur Verfügung steht, oder bleibst du trotzdem bei  
210 den Angehörigen?

211 RD3: (.....) Ich würde grundsätzlich die Kommunikation mit den Angehörigen bevorzugen  
212 und ich persönlich traue mir die Einschätzung zu, ob die Kommunikation gelingt oder im  
213 erforderlichen Maß gelingt. Als Notfallkontakt wäre oder ist ein Dolmetscher unerlässlich,  
214 würde ich sagen.

215 I1: Das heißt, wenn es einen bundesweiten Telefondolmetschdienst geben würde, einen  
216 professionellen, wie man das zum Beispiel in der Schweiz momentan hat, würdest du den in  
217 Anspruch nehmen, wenn er auch kostenmäßig gedeckt wäre.

218 RD3: Definitiv.

219 I1: Meine letzte Frage: Wie zufrieden bist du denn damit, wie zurzeit nicht-deutschsprachige  
220 Patientinnen und Patienten versorgt werden? Wenn du einen Einsatz hast, wie zufrieden bist  
221 du dann mit diesem Einsatz? Hast du alles machen können, was du wolltest?

222 RD3: Grundsätzlich sind die größten Vorbehalte oder die größten Probleme in der Akzeptanz  
223 und der Toleranz der Sanitäter gegenüber den Gästen, die bei uns sind, gegenüber den  
224 Flüchtlingen. Das ist die viel größere Problematik -würde ich vermuten - als die Thematik mit  
225 der Sprache grundsätzlich. (.....) Die Versorgung hat auch viel mit Glück zu tun. Ich  
226 persönlich schätze mich als fachlich sehr kompetenten Sanitäter ein und auch fachlich sehr  
227 kompetenten englischsprechenden Menschen. Dementsprechend würde ich sagen, dass es bei  
228 mir vermutlich meistens besser funktioniert als im Durchschnitt. Im schlimmsten Fall ist es  
229 eine Katastrophe, falls die falschen Menschen aufeinandertreffen. (...) Ich kann von mir  
230 sagen, dass ich bis jetzt alle fremdsprachigen Patientinnen und Patienten (..) bestmöglich  
231 versorgt habe. Ich würde sogar sagen gut.

232 I1: Also die Kommunikationsbarriere ist nicht so stark beeinflussend, ob ein Patient gut  
233 versorgt werden kann oder nicht?

234 RD3: Nein (..) ,nein, ist sie nicht. Denn in der Medizin, vor allem in der Notfallmedizin,  
235 funktioniert auch viel non-verbal.

236 I1: Und über Messwerte, was du bereits gesagt hast?

237 RD3: Genau.

238 I1: Gut, dann sage ich vielen Dank für dieses Interview und noch alles Gute für deine  
239 Tätigkeit bei deiner Rettungsorganisation.

240 RD3: Danke!

## **Anhang 7**

1. Hinweise zum Ablauf einer Telefondolmetschung für Dolmetscherinnen und Dolmetscher
2. Hinweise zum Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher für Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeiter
3. Hinweise zum Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher für Sanitäterinnen und Notärztinnen



## **Hinweise zum Ablauf einer Telefondolmetschung für Dolmetscherinnen und Dolmetscher**

1. Heben Sie bei Anruf der Leitstelle umgehend ab, sofern es Ihnen möglich ist.
2. Suchen Sie sich einen ruhigen Ort und vermeiden Sie laute Hintergrundgeräusche.
3. Verwenden Sie – sofern möglich – ein Headset, um Ihre Hände frei zu haben. Nehmen Sie Notizen. Halten Sie dafür Papier und Stift bereit. Alternativ können Sie bei angemessener Sprachqualität und der Abwesenheit weiterer Personen auch den Lautsprecher Ihres Telefons einschalten.
4. Lassen Sie sich die Situation von der Leitstellenmitarbeiterin / dem Rettungsdienst kurz schildern.
5. Warten Sie, bis Sie informiert werden, dass die Notfallmelderin / die Patientin Sie hören kann.
6. Stellen Sie sich kurz mit Namen und Funktion vor und übergeben Sie das Wort an die Leitstellenmitarbeiterin / den Rettungsdienst. Er/Sie leitet das Gespräch!
7. Prägen Sie sich die Fragen der Leitstellmitarbeiterin / des Rettungsdienstes gut ein und liefern Sie zügig passende Antworten.
8. Versuchen Sie dabei den Wortlaut der Patientin so genau wie möglich auf Deutsch wiederzugeben.
9. Erklären Sie notfalls kulturell geprägte Redewendungen, sofern sie Ihnen bekannt sind.
10. Machen Sie die Leitstellenmitarbeiterin/ den Rettungsdienst darauf aufmerksam, falls Sie im Hintergrund etwas Notfallbezogenes hören.
11. Sprechen Sie klar, deutlich und mit ruhiger Stimme, sodass Sie alle Gesprächspartnerinnen verstehen können.
12. Dolmetschen Sie die Notfallmelderin / die Patientin aus der ersten Person (z.B. „Ich habe Bauchweh.“)
13. Stellen Sie Rückfragen, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder bitten Sie die Gesprächspartnerinnen etwas zu wiederholen, falls Sie sich nicht sicher sind.
14. Führen Sie keine Nebengespräche mit der Leitstellenmitarbeiterin / dem Rettungsdienst.
15. Verabschieden Sie sich am Ende des Telefongesprächs.

**Zur besseren Lesbarkeit wurde jeweils nur die weibliche Form verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.**



## **Hinweise zum Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern für Leitstellenmitarbeiterinnen und Leitstellenmitarbeiter**

1. Kontaktieren Sie gemäß ihrer Vorgaben die Telefondolmetscherin für die gewünschte Sprache.
2. Schildern Sie der Telefondolmetscherin kurz, worum es im Notrufgespräch gehen wird.
3. Geben Sie der Telefondolmetscherin Bescheid, sobald die Notfallmelderin in der Leitung ist.
4. Die Telefondolmetscherin wird sich nun kurz bei der Notfallmelderin vorstellen. Nach dieser Vorstellung können Sie das Gespräch wieder aufnehmen.
5. Sprechen Sie klar und deutlich, sodass Sie die Telefondolmetscherin verstehen kann.
6. Vermeiden Sie laute Hintergrundgeräusche (z.B. ein zu lautes Tippen auf der Computertastatur)! Diese können den Dolmetschvorgang deutlich erschweren!
7. Adressieren Sie die Notfallmelderin direkt (z.B. „Sagen Sie mir, was passiert ist!“). Benutzen Sie keine indirekte Rede (z.B. „Fragen Sie ihn, ob sie ...“).
8. Seien Sie darauf vorbereitet, dass die Telefondolmetscherin Rückfragen haben kann bzw. teilweise erhaltene Informationen verifizieren wird.
9. Führen Sie keine Nebengespräche mit der Telefondolmetscherin.
10. Geben Sie der Telefondolmetscherin kurz vor dem Auflegen Bescheid, dass die Verbindung nun getrennt wird.

**Zur besseren Lesbarkeit wurde jeweils nur die weibliche Form verwendet. Sämtliche  
Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.**



## **Hinweise zum Umgang mit Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetschern für Sanitäterinnen und Notärztinnen**

1. Stellen Sie vor Kontaktaufnahme mit einer Telefondolmetscherin sicher, dass die Patientin die Beziehung einer Dolmetscherin wünscht (Schweigepflicht!).
2. Ist die Patientin einverstanden, können Sie die Leitstelle kontaktieren. Bitten Sie die Leitstellenmitarbeiterin, die Verbindung mit der Dolmetscherin für die gewünschte Sprache herzustellen.
3. Schildern Sie der Telefondolmetscherin kurz, worum es im Notrufgespräch gehen wird.
4. Schalten Sie Ihr Telefon – sofern möglich – auf Lautsprecher und informieren Sie die Telefondolmetscherin, sobald der Lautsprecher aktiv ist. Sollte dies nicht möglich sein, geben Sie der Telefondolmetscherin Bescheid, dass das Telefon hin und her gereicht wird.
5. Die Telefondolmetscherin wird sich nun kurz bei der Patientin vorstellen. Nach dieser Vorstellung können Sie das Gespräch wieder aufnehmen.
6. Sprechen Sie klar und deutlich, sodass Sie die Telefondolmetscherin verstehen kann.
7. Vermeiden Sie laute Hintergrundgeräusche bzw. versuchen Sie diese – sofern möglich - zu minimieren (z.B. medizinische Geräte, unruhige Angehörige, Haustiere etc.)! Diese können den Dolmetschvorgang deutlich erschweren!
8. Adressieren Sie die Patientin direkt (z.B. „Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?“). Benutzen Sie keine indirekte Rede (z.B. „Fragen Sie ihn, ob sie ...“).
8. Seien Sie darauf vorbereitet, dass die Telefondolmetscherin Rückfragen haben kann bzw. teilweise erhaltene Informationen verifizieren wird.
9. Führen Sie keine Nebengespräche mit der Telefondolmetscherin.
10. Geben Sie der Telefondolmetscherin kurz vor dem Auflegen Bescheid, dass die Verbindung nun getrennt wird.

**Zur besseren Lesbarkeit wurde jeweils nur die weibliche Form verwendet. Sämtliche  
Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.**