

Ethische Aspekte des Dolmetschens im mehrsprachig-interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis

**Ortrun Kliche · Sylvia Agbih · Ute Altanis-Protzer · Sabine Eulerich ·
Corinna Klingler · Gerald Neitzke · Tim Peters · Michael Coors**

Zusammenfassung Die Notwendigkeit guter Arzt-Patienten-Kommunikation für eine angemessene Behandlung und für die Ausübung der Patientenselbstbestimmung ist bekannt. In interkulturell-mehrsprachigen Situationen, in denen ein kommunikationsintensiver Aushandlungsprozess besonders notwendig ist, erhält die Qualität der Verständigung besondere Bedeutung, so dass der Einsatz qualifizierter Dolmetschender hier ethisch geboten ist. Er stellt Ärzte und Ärztinnen, aber auch die Dolmetschenden vor besondere, ethisch zu reflektierende Herausforderungen. Sind zudem keine qualifizierten Dolmetschenden einsetzbar, müssen Ärzte und Ärztinnen in schwierigen ethischen Abwägungsprozessen eine Entscheidung über das weitere

Dr. rer. medic. O. Kliche, Dipl.-Übersetzerin (☒)
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Uniklinik Köln, Josef-Stelzmann-Str. 20,
Geb. 42, 50931 Köln, Deutschland
E-Mail: ortrun.kliche@uni-koeln.de

S. Agbih, M.A. (phil)
Interdisziplinäres Forschungskolleg FlüGe, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Dr. med. U. Altanis-Protzer, M.A.
Medizinische Ethikberatung, Berlin, Deutschland

Dipl. Päd. S. Eulerich
Universitätsklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland

C. Klingler, MSc
Institut für Ethik, Geschichte & Theorie der Medizin, LMU, München, Deutschland

Dr. med. G. Neitzke
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover,
Hannover, Deutschland

Dr. phil. T. Peters
Zentrum für Medizinische Lehre, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

PD Pastor Dr. theol. habil. M. Coors
Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover, Deutschland

Vorgehen treffen. Diese beiden Themen finden in der medizinethischen Literatur bisher wenig Beachtung. Anhand von Erkenntnissen aus der Forschung u. a. zum Gesprächsdolmetschen werden im Folgenden zentrale ethische Herausforderungen eines Dolmetschereinsatzes herausgearbeitet. Diskutiert werden der Bedarf sprachlicher Unterstützung, der drohende Ausschluss von Patientinnen und Patienten in gedolmetschten Gesprächen, die Beachtung der für das Dolmetschen geltenden berufsethischen Prinzipien, die Gewährleistung der Vertraulichkeit sowie die Konsequenzen interkulturellen Vermittelns. Des Weiteren wird für Ärzte und Ärztinnen, die unter nicht-idealen Bedingungen ohne qualifizierte Dolmetschende agieren müssen, erstmals ein strukturierter argumentativer Rahmen vorgestellt. Es werden neun Bewertungskriterien vorgeschlagen, anhand derer in einem Abwägungsprozess über die Eignung einer Person zum (spontanen) Dolmetschen entschieden werden kann.

Schlüsselwörter Interkulturelle Kommunikation · Dolmetschen · Patientenselbstbestimmung · Güterabwägung

Ethical aspects of interpreting in multilingual–intercultural physician–patient relationships

Abstract

Definition of the problem It is well-known that good physician–patient communication is decisive for proper treatment of a patient and the patient’s self-determination. In intercultural–multilingual situations, intense discussions are even more important when possible discrepancies on both sides regarding presuppositions and actual facts have to be bridged. Hence, in case of language barriers, the use of qualified interpreters is ethically required. In interpreter-mediated consultations, both physicians and interpreters face specific ethical challenges. When qualified interpreters are not available, physicians, in difficult ethical reflections, have to weigh options regarding alternative solutions. To date, these two issues have received little attention in medical ethics.

Arguments Based on research about community interpreting and interpreter-mediated discourse, this paper, first, identifies central ethical challenges and the corresponding spheres of responsibility of physicians and interpreters. It discusses the need of language support, the risk of excluding patients from interpreter-mediated consultations, the observation of the interpreters’ ethical principles, the problem of ensuring confidentiality as well as the implications of cultural brokering. Second, the article approaches the physician’s options under nonideal conditions when no sufficiently qualified interpreter is available. Calling in a nonprofessional person for spontaneous interpreting, e. g., a relative or a multilingual colleague requires ethical reflection. For this purpose, this article presents for the first time a framework based on nine criteria which can help physicians assess the ability of a specific person to interpret in a given physician–patient encounter and balance competing interests.

Conclusion The ethical challenges in interpreter-mediated physician–patient interaction require qualified interpreting. Under nonideal conditions, the framework presented above supports physicians to select alternative solutions. However, it does not

substitute long-term solutions on the macro level, e. g., the funding of professional interpreting.

Keywords Cross-cultural communication · Interpreting · Patient self-determination · Balancing competing interests

*Dolmetschen bedeutet,
Respekt vor dem Recht des Patienten
auf Mündigkeit und Selbstbestimmung,
auch auf kulturelle Differenz und Ausdruck dieser Andersartigkeit zu zeigen*

Bahadır (2009, S. 182)

In deutschen Kliniken und Arztpraxen werden täglich Patientinnen und Patienten behandelt, die nur wenig oder kein Deutsch sprechen. Eine direkte Verständigung zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten ist dann häufig nur sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich. Diese Problematik erschwert oder versperrt Zugänge zur Gesundheitsversorgung, behindert den Aushandlungsprozess im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung und gefährdet gleichermaßen das Ausüben der Patientenselbstbestimmung wie das adäquate ärztliche, therapeutische und pflegerische Handeln. Dolmetscher und Dolmetscherinnen können in diesen Situationen Verständigung ermöglichen. Dieser Artikel beleuchtet aus ethischer Perspektive zum einen die Herausforderungen, die ein Dolmetschereinsatz mit sich bringt. Zum anderen nimmt er die Entscheidungssituation von Ärztinnen und Ärzten in den Blick, wenn sie ohne qualifiziert Dolmetschende Kommunikation ermöglichen müssen. Dazu wird einleitend knapp die Notwendigkeit von Verständigung anhand typischer Aushandlungsprozesse in mehrsprachig-interkulturellen Settings skizziert. Anschließend werden, ausgehend vom Forschungsstand zum medizinischen Gesprächsdolmetschen, Besonderheiten der Dolmetscherrolle beschrieben. Vor diesem Hintergrund wird herausgearbeitet und ethisch reflektiert, in welcher Verantwortung Ärztinnen und Ärzte bzw. Dolmetschende stehen. Im darauf folgenden Abschnitt widmet sich der Artikel dem Status quo, der dadurch gekennzeichnet ist, dass qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher in der Regel nicht zur Verfügung stehen. Da Ärztinnen und Ärzte unter diesen nicht-idealen Bedingungen dennoch agieren müssen, wird in diesem Artikel erstmals ein Argumentationsrahmen aus relevanten Kriterien präsentiert, der in den dann notwendigen ethischen Abwägungsprozessen Orientierung bietet.

Der Arzt-Patienten-Kontakt, der hier fokussiert wird, steht dabei exemplarisch für weitere wichtige Kommunikationssituationen zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen und Patienten. Zu beachten ist auch, dass umfassende Deutschkenntnisse mitunter nicht nur auf Seite der Patientinnen und Patienten, sondern in zunehmend interkulturellen Behandlungsteams (Klingler und Marckmann 2016) auch auf ärztlicher Seite fehlen können.

Patientenbeteiligung und die Notwendigkeit von Verständigung

Die Bedeutung von Kommunikation in der Versorgung von Patientinnen und Patienten vom ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem an ist bekannt. So erhöhen Missverständnisse in der Anamnese das Risiko für Fehldiagnosen, eine falsch verstandene Aufklärung provoziert eine nicht wirksame Einwilligung und nicht korrekt erfasste Informationen und Anordnungen senken die Compliance und damit die Wirksamkeit der Behandlung. In interkulturellen Interaktionen kann Kommunikation aus verschiedenen Gründen gestört sein. Mittlerweile gibt es für alle Behandlungsphasen zwar sinnvolle, interkulturelle Aspekte berücksichtigende Kommunikationsmodelle (vgl. z. B. Peintinger 2013; Kobylarz et al. 2002; auch Kutalek 2011), diese aber funktionieren zumeist nur bei einer gemeinsam zur Verfügung stehenden Sprache (Li et al. 2010) und greifen kaum bei fehlender oder unzureichender Verständigung.

Dabei erfordern gerade die in interkulturellen Situationen wichtigen Aushandlungsprozesse eine funktionierende Kommunikation, weil hier die Gefahr besonders groß ist, dass Vorannahmen auf ärztlicher und auf Patientenseite nicht mit den Realitäten der jeweiligen Gegenseite korrespondieren. Als Beispiele wären zu nennen:

- die Festlegung des *Therapieziels* mit der gemeinsamen, partizipativ gestalteten Reflexion darüber, was erstrebenswerte Therapieziele sind, und das Abwägen von Nutzen und Schaden möglicher Therapieangebote (Dörries 2015; Lipp 2015; Neitzke 2014),
- der *informed consent-Prozess*, in dem eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Aufklärung, ggf. mit Einbezug von Dolmetschenden¹ juristisch und ethisch unverzichtbar ist. Dazu gehören auch Fragen zum Einwilligungsgeschehen: Welche Bedeutung hat ein vielleicht ungewöhnlich erscheinendes familiäres oder anderes soziales Umfeld für Patientinnen und Patienten zur Entscheidungsfindung? Mit ihnen gemeinsam ist auszuloten, inwieweit der Einbezug bestimmter Bezugspersonen das Ausüben ihrer Selbstbestimmung gefährdet oder stützt (Peintinger 2013; Braune 2011; Kutalek 2011).

Der Deutsche Ethikrat hat 2016 betont, dass es „aus ethischer Perspektive nicht aus[reicht], nur auf dem rechtlich gebotenen Respekt vor der Selbstbestimmung eines jeden zu bestehen und ihn an der Ausübung seiner Selbstbestimmung nicht zu hindern. Es ist ethisch vielmehr geboten, sich um die Selbstbestimmung eines jeden Patienten zu bemühen“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 40f.). Ohne entsprechende sprachliche Unterstützung kann dem nicht entsprochen werden. Vielmehr werden durch das Nicht-Bereitstellen von Dolmetschangeboten Patientinnen und Patienten an der Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts und Ärztinnen und Ärzte an der

¹ Vgl. Patientenrechtegesetz, § 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB: „Die Aufklärung muss für den Patienten verständlich sein“. Der Kommentar führt diesbezüglich aus: „Aufklärung muss sich am Verständnishorizont des Empfängers orientieren, jedenfalls soweit als möglich fachsprachenfrei [sic]; ggf. Dolmetscher, Gebärdendolmetscher (Kostentragungspflicht des Sozialleistungsträgers nach SGB I 17 II)“ (Mansel 2015; BGB § 630e Rn. 1–10).

Umsetzung „selbstbestimmungsermöglichender Sorge“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 38–41) gehindert.

Soll die „Patientenbeteiligung als Werthaltung“ (Lalouschek 2013, S. 369) auch Kranke einschließen, die die deutsche Sprache nicht oder nur wenig beherrschen, ist gutes Dolmetschen daher unerlässlich.

Zur Ethik des gedolmetschten Arzt-Patienten-Gesprächs

Besonderheiten der gedolmetschten Kommunikation

Eine zusätzliche, dolmetschende Person beeinflusst die Interaktion im Gespräch, denn sie ist kein neutrales, technisches Übersetzungsinstrument. Das ergibt sich schon aus den Grundlagen von Sprache und zwischenmenschlicher Kommunikation.² Ob die gedolmetschte Kommunikation darum zur Triade wird oder ob weiterhin von einer Dyade im triadischen Setting zu sprechen ist, wird kontrovers diskutiert (z. B. Pinzker 2015; Morina et al. 2010). Aus ethischer Perspektive relevant ist die sich in Bezug auf das Gesprächsdolmetschen zunehmend durchsetzende Erkenntnis (ausgehend bspw. von Angelelli 2004; Wadensjö 1992), dass Dolmetschende im Gespräch präsent sind und zwar als „social human beings who facilitate cross-linguistic and cross-cultural communication. As such, they are engaged in the co-construction of meaning with other interlocutors within an institution, which is permeable to cultural norms and societal blueprints“ (Angelelli 2004, S. 132).

Dass die dritte, dolmetschende Person als „social human being“ in der Gesprächssituation erscheint, manifestiert sich auf mehreren Ebenen: Sie realisiert im Übersetzen des Gesprochenen einen eigenen Sprechakt, bringt verbale, para- und nonverbale Eigentümlichkeiten ein, handelt vor einem individuellen Erfahrungs- und Wissenshintergrund sowie eigenen Emotionen und ist Teil des Beziehungs- und Machtgefüges der Drei-Parteien-Interaktion.

Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten gehen zumeist mit unterschiedlichen Erfahrungen und ohne spezielle Vorbereitung in gedolmetschte Gespräche. Ihre Vorstellungen vom Dolmetschen und ihre Erwartungen an eine dolmetschende Person variieren nicht nur untereinander, sondern können auch in sich widersprüchlich sein. Sie reichen von oben bereits verworfenen Forderungen nach „bestmöglicher Unsichtbarkeit“ (Bahadır 2009, S. 177) bis hin zu solchen nach Kompetenzen, die in andere Berufe und Funktionen hineinreichen (wie z. B. Mediator, Patientenfürsprecher, Cultural Broker) und die oft genug nur vage umrissen sind (Ahamer 2013). Dadurch, dass die Aussage, die verstanden wird, von der dolmetschenden Person stammt, interpretieren die Angesprochenen auch ihr Kommunikationsverhalten. So können Unsicherheiten bezüglich des eigentlichen Urhebers einer verbalen oder nonverbalen (Teil-)Information entstehen. Sowohl auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte als auch der Patientinnen und Patienten kann daher die Sorge mitschwingen, die dolmetschenden Dritten dolmetschten nicht „richtig“ oder seien mit der anderen Seite solidarischer als mit der eigenen.

² Siehe bspw. die fünf Axiome der Kommunikation nach Paul Watzlawick (Watzlawick et al. 2017).

Ethische Herausforderungen und Verantwortung in gedolmetschter Kommunikation

Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Dolmetschende mit den Besonderheiten der oben beschriebenen komplexen Drei-Parteien-Interaktion angemessen umgehen können, ist es hilfreich, ihre jeweilige Verantwortung mit Blick auf ethisch relevante Güter und Pflichten zu konkretisieren. Dabei dient folgendes Ziel des Dolmetschens als Ausgangspunkt: Dolmetschen soll Verständigung zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patientinnen oder Patienten herstellen, so dass Erstere nach den Regeln der ärztlichen Kunst in Übereinstimmung mit den entsprechenden ethischen Prinzipien handeln und Letztere gleichberechtigt Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und selbstbestimmt am Behandlungsgeschehen partizipieren können. Im Folgenden wird, wenn nicht explizit anders benannt, vom qualifizierten Gesprächsdolmetschen ausgegangen, wie es für das Gesundheitswesen mit Abstufungen an verschiedenen Stellen beschrieben bzw. gefordert wird.³

Grundsätzlich stehen Ärztinnen und Ärzte in der ethischen Verantwortung, unter Einbeziehung der Perspektive der Patientinnen und Patienten möglichen Schaden von ihnen abzuhalten und ihr Wohlergehen zu fördern. Nur dadurch können die Patientinnen und Patienten die Verantwortung für ihre auf individuellen Werturteilen beruhenden autonomen Behandlungsentscheidungen wahrnehmen. Im Verantwortungsbereich der Dolmetschenden liegt die fachgerechte Übersetzung des Gesprächs. Auf Grundlage der Ausgangsäußerungen entscheiden sie darüber, wie dabei der Anspruch, „vollständig“ und „sinngenaue“ (Interpret 2015) zu dolmetschen, zu realisieren ist. Dass sie ihre Aufgabe im Sinne des oben formulierten Ziels erfüllen können, liegt mit in ärztlicher Verantwortung. Die durch das Dolmetschen veränderte Gesprächsinteraktion erfordert unter Umständen mehr Präsenz von Ärztinnen und Ärzten (Bühlig et al. 2012). Denn der Einsatz verständnis erleichternder (Reisigl 2011) und gesprächsstrukturierender Vorgehensweisen, die das Dolmetschen mit einplanen, ist für größtmögliche Dialogizität mit den Patientinnen und Patienten unerlässlich (z. B. Bischoff und Loutan 2000). Eine angemessene Länge der Redebeiträge beider Parteien kommt nicht nur der Gedächtnisleistung der Dolmetschenden zugute, sondern die relative Nähe zwischen Äußerung und Replik von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten beugt zusätzlich Missverständnissen vor.

Über diese Grundlagen hinaus wird ausgehend von einigen zentralen ethischen Herausforderungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Dolmetschende nun deren Verantwortung für den Gesprächsverlauf beschrieben.

³ Z. B. Bischoff u. Loutan (2000); Bühlig u. Meyer (2015); Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e. V. (2018 [2017]); INTERPRET (2015); Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen (2015); Menz et al. (2013); SPRINT (www.sprachundintegrationsmittler.org). Zugegriffen: 17. Mai 2018).

Die Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte

1. Den Dolmetschbedarf ermitteln

Zunächst ist von ärztlicher Seite festzustellen, ob es mit der Patientin bzw. dem Patienten eine gemeinsame, von beiden Seiten ausreichend beherrschte Sprache gibt oder ob jemand zum Dolmetschen benötigt wird. Wird beispielsweise eine Patientin bereits in Begleitung eines dolmetschenden Angehörigen vorstellig, ist zumindest ihr Wunsch nach sprachlicher Unterstützung offenkundig. Weniger offensichtlich ist hingegen die Eignung des Angehörigen zum Dolmetschen, die von ärztlicher Seite geprüft werden muss. Wie ist aber damit umzugehen, wenn Patientinnen und Patienten auf selbst ausgewählten, nicht professionell Dolmetschenden bestehen? Zur Patientenselbstbestimmung gehört sicherlich, sich Begleitpersonen zur sprachlichen Unterstützung selbst auszusuchen. Ein Aussuchen impliziert aber das Vorhandensein echter Alternativen: Wenn Dolmetscherdienste angeboten werden, greifen Patientinnen und Patienten nämlich gerne auf diese zurück (Flubacher 2011; Suurmond et al. 2011; Morales 2015; Moreno und Morales 2010). Wünschen sie sich dennoch sprachliche Unterstützung durch Angehörige, deren Nähe zum patientenseitigen Erfahrungs- und Wissenshintergrund das Verstehen durchaus fördern kann (Meyer et al. 2010), ist gegebenenfalls eine Ergänzung durch qualifiziert Dolmetschende sinnvoll.

2. Die Interaktion mit den Patientinnen und Patienten aufrechterhalten

Die Kommunikation durch vor allem wenig qualifizierte Dolmetschende birgt das Risiko, mit der dolmetschenden Person *über* den Patienten oder die Patientin zu sprechen, statt vermittelt der dolmetschenden Person *mit* dem Patienten oder der Patientin. Dadurch werden Patientinnen und Patienten aus der Kommunikation ausgeschlossen (Menz 2013; Sator und Gülich 2013). Auch werden Gesprächsteile den Dolmetschenden manchmal ganz überlassen. Das überfrachtet die Dolmetscherrolle mit zusätzlichen Verantwortungsbereichen (Bührig et al. 2012), zum Beispiel die erforderliche Detailgenauigkeit von Informationen oder eine beabsichtigte Intention einzuschätzen. Der direkte Zugang zum Patienten oder zur Patientin sowie der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung sind so kaum möglich – ganz abgesehen davon, dass Dolmetschende dieser Aufgabe möglicherweise nicht gewachsen sind.

Die Verantwortung der Dolmetschenden

In verschiedenen Berufskodizes wurden ethische Prinzipien festgelegt, die für Dolmetschende handlungsleitend sein sollen. Dazu gehören z. B. „Allparteilichkeit“, „Schweigepflicht“, „Transparenz“ und „Rollenklarheit“, aber auch eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber Menschen mit diversen Normen und Werten (Interpret 2015) sowie professionelle Distanz bei notwendiger Empathie (Initiative Sprachmittlung 2015). Diese Prinzipien können in komplexen Interaktionsverläufen nur als Richtschnur dienen (Bahadır 2007). Dolmetschende müssen sie immer wieder neu mit Leben füllen und sich gegen zum Teil divergierende Erwartungen, die an sie herangetragen werden, behaupten.

Geteilte Verantwortung

1. Vertraulichkeit gewährleisten

„Um die Schweigepflicht zu wahren und die erforderliche Zuwendung in bestimmten Situationen – beispielsweise bei Mitteilung einer Krebsdiagnose – zu gewährleisten, sind geeignete räumliche, zeitliche und personelle Ressourcen bereitzuhalten“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 47). Dolmetscher und Dolmetscherinnen – in mehrsprachigen Settings Teil der „personellen Ressourcen“ – sind der Schweigepflicht unterworfen. In ärztlicher Verantwortung liegt es, dies den Patientinnen und Patienten zu Gesprächsbeginn transparent zu machen. Der Einsatz von spontan einspringenden Zufallsdolmetschenden (Mitpatienten; Angehörigen etc.) kann in dieser Hinsicht problematisch sein: Mit ihnen muss zu Gesprächsbeginn zumindest vereinbart werden, dass die Inhalte vertraulich zu behandeln sind. Allerdings können in der Regel nur professionelle Dolmetschende für einen Bruch der Schweigepflicht rechtlich belangt werden.

2. Dolmetschen, interkulturell vermitteln und Patientenselbstbestimmung achten

Es wird kontrovers diskutiert, ob es ethisch vertretbar ist, wenn Dolmetschende bei (drohenden) Missverständnissen durch interkulturelles Vermitteln⁴ eingreifen (so schlagen es z. B. Peters et al. 2014; Rauch 2011; van Keuk und Ghaderi 2011 vor). Einerseits bestehen dagegen Vorbehalte, da auf diese Weise einer Stereotypisierung von Patientengruppen Vorschub geleistet und eine Entindividualisierung der Patientin bzw. des Patienten betrieben werde. Andererseits wird interkulturelles Vermitteln als Verständigungshilfe zwischen kulturell unterschiedlich sozialisierten Interaktionspartnern begrüßt. U. a. wird argumentiert, dem Dolmetschen zwischen Sprachen sei interkulturelles Vermitteln ohnehin immanent, da Sprache und Kultur untrennbar miteinander verbunden seien (Pinzker 2015). Diese Gegenüberstellung soll im Folgenden an einem Beispiel diskutiert werden, anhand dessen die zentralen (ethischen) Anforderungen (Funktionieren der Kommunikation, Recht auf Selbstbestimmung des Patienten, Allparteilichkeit der Dolmetscherin) thematisiert werden:

Ein Patient stimmt einem Eingriff weder eindeutig zu, noch lehnt er ihn ab. Die Dolmetscherin fügt der Übersetzung seiner Äußerungen eine verallgemeinernde kulturelle Erläuterung hinzu. Darin macht sie den Arzt auf ein ihr bekanntes Phänomen in der Kultur des Patienten aufmerksam: nämlich auf das grundsätzlich vorsichtige, indirekte Handeln und Formulieren in Bezug auf Zustimmung oder Ablehnung.

Was geschieht mit bzw. nach dieser zusätzlichen Erläuterung? Wie transparent wird sie dem Patienten gemacht, der sie nicht versteht, da sie in der anderen Sprache formuliert oder in einem Nachgespräch nur mit dem Arzt besprochen wird? Der Arzt wünscht gegebenenfalls diese Erläuterung, aber wünscht sie auch der Patient? Wird seine Selbstbestimmung geachtet, indem die Dolmetscherin seine Aussage interpretierend erläutert, ohne mit ihm Rücksprache zu halten, oder wird sie geachtet, indem die ergänzende Interpretation unterbleibt? Was wird der Arzt aus dem Interpretationsangebot der Dolmetscherin folgern? Wird er die in seinen Ohren zunächst

⁴ Terminus „interkulturelles Vermitteln“ in Anlehnung an Interpret (o.J.): Glossar.

nicht eindeutige Zustimmung nun als solche werten und um Unterschrift bitten oder aber dem Patienten die Notwendigkeit einer eindeutigen Zustimmung im Kontext Aufklärung und *informierter Einwilligung* erklären? Wird er dem Patienten weitere Informationen und Hilfestellungen anbieten, die ihm eine Entscheidung erleichtern, – oder wird er die Dolmetscherin fragen, ob die Zustimmung nun eine Zustimmung war oder nicht? Die Situation stellt die Dolmetscherin vor

eines der größten ethischen Probleme in der Rollenkonstitution des Fachdolmetschers in medizinischen und sozialen Settings [...]: das Dilemma zwischen Empathie und Einverleibung. Einerseits muss der Dolmetscher die ethische Verantwortung übernehmen, Stimme der Stimmlosen zu sein; andererseits muss er gleichzeitig ständig darüber „wachen“, beim Darstellen der Stimme des Anderen sich des anderen nicht zu „bemächtigen“, ihn nicht zu entmündigen und zu assimilieren (Bahadır 2007, S. 242).

Gleichzeitig sind die Dolmetschenden in der Pflicht, auf (mögliche) Missverständnisse aufmerksam zu machen, seien diese nun kulturell oder anders begründet. Missverständnisse bergen das Risiko, dass die Kommunikation scheitert und damit sowohl die Selbstbestimmung des Patienten als auch der Handlungserfolg bedroht sind. Es liegt in der Verantwortung von Dolmetschenden, sich des skizzierten Konfliktes bewusst zu sein und „entsprechende Haltungen“ zu entwickeln, die es ihnen erlauben, ihre „kulturelle Expertise“ (Pinzker 2015, S. 87) unter Einbezug der genannten Güter (Patientenselbstbestimmung, Transparenz, Ermöglichen der Verständigung, Allparteilichkeit) ins Gespräch einzubringen. Dazu gehört auch der verantwortliche Umgang mit den eigenen Wissensgrenzen (Bahadır 2007).

In der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte aber liegt es, diese Expertisen behutsam und reflektiert in das Gespräch hereinzuholen, ihre Relevanz zu beurteilen und dergestalt in die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten einzubinden, dass diese weiterhin in ihrer Individualität gehört und gesehen werden.

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Anforderungen an gedolmetschte Arzt-Patienten-Gespräche, der komplexen und sich überschneidenden Verantwortungsbereiche auf ärztlicher wie auch auf Dolmetscherseite sollte qualifiziertes Dolmetschen also der Normalfall sein. Dass darüber hinaus weitere flankierende Maßnahmen sinnvoll sind (wie z.B. vorbereitende Informationsgespräche mit Patientinnen und Patienten über das deutsche Gesundheitssystem und dessen institutionelle Abläufe), kann an dieser Stelle nicht vertieft werden.

Ärztliches Handeln unter nicht-idealen Bedingungen: ein argumentativer Rahmen zur Strukturierung des Entscheidungsprozesses

Bislang wurde eine Gesundheitsversorgung unter idealen Bedingungen vorausgesetzt – wie sich in Anlehnung an Rawls Terminologie aus der politischen Philosophie formulieren lässt (Rawls 1999 [1971]). Ärztinnen und Ärzte müssen jedoch in der Regel unter nicht-idealen Bedingungen agieren und in Situationen, in denen ausreichend qualifizierte Dolmetschende nicht zur Verfügung stehen, diejenige

Handlungsoption identifizieren, die aus ethischer Perspektive am besten zu rechtfertigen ist. Im Folgenden soll daher ein argumentativer Rahmen zur Strukturierung dieses Entscheidungsprozesses vorgestellt werden. Dieser expliziert die relevanten Kriterien für einen solchen Abwägungsprozess und ist als Hilfestellung gedacht, die bislang in der medizinethischen Literatur fehlt.

Die Bewertung verschiedener Handlungsoptionen, z. B. mangels Alternativen auf Spontandolmetschende zurückzugreifen, eine Behandlung zu verschieben, bis qualifiziert Dolmetschende beauftragt und deren Finanzierung sichergestellt worden ist, oder auf eine Übersetzung ganz zu verzichten, wird von verschiedenen *Situationsfaktoren* beeinflusst. Zunächst ist die Dringlichkeit einer Behandlung maßgeblich: Ist die Situation lebensbedrohlich und erfordert unverzügliches Handeln, sind unter Berücksichtigung des Patientenwohls sowie des mutmaßlichen Patientenwillens Beschränkungen hinsichtlich der Aufklärung möglicherweise hinnehmbar bis hin zum Verzicht auf eine (gedolmetschte) Aufklärung (z. B. Hick 2007).

Des Weiteren ist relevant, *wer* dolmetschen soll: Angehörige, Mitpatienten, Medizinstudierende oder Krankenhauspersonal. Mit Blick auf die Frage, inwieweit das Hinzuziehen einer bestimmten Person zum (spontanen) Dolmetschen aus ethischer Perspektive als akzeptabel erachtet werden kann, ergeben sich aus den obigen Ausführungen die folgenden Bewertungskriterien:

1. Erfüllt die Person die Voraussetzungen dafür, die Haltung der *Allparteilichkeit* umzusetzen? Eine solche Haltung einzunehmen, wird in signifikantem Maße erschwert, wenn die Dolmetschenden eine (persönliche) Beziehung zu einer der beteiligten Personen (Arzt, Ärztin – Patient, Patientin) aufweisen. Wichtig ist also eine (möglichst große) *Äquidistanz* in der Beziehung der dolmetschenden Person zu den Beteiligten. Eine hierarchische, aber auch emotionale Abhängigkeit ist zu vermeiden, Eigeninteressen oder Loyalitätskonflikte der Dolmetschenden sollten so weit wie möglich ausgeschlossen sein.
2. Wie gut ist die allgemeine und fachbezogene *Sprachkompetenz* der Person in *beiden* zu sprechenden Sprachen?
3. Wie gut ist die Person jenseits der Sprachkompetenz für das Dolmetschen *qualifiziert*? Hier geht es um das Ausbilden der notwendigen Haltung und das Entwickeln korrespondierender Handlungsoptionen, um die oben beschriebenen ethischen Herausforderungen für das Dolmetschen adäquat managen zu können. Das Spektrum kann hier von nicht vorhandener Qualifizierung über praktische Erfahrung bis hin zu spezifischen Fortbildungen reichen.
4. Wie wird die Tätigkeit von der dolmetschenden Person selbst *erlebt*? Wird das Dolmetschen als stark (emotional) *belastend* wahrgenommen? Wird die Tätigkeit *freiwillig* übernommen? Damit ist im Blick, dass es auch gegenüber den dolmetschenden Personen (wie z. B. gegenüber den Mitarbeitenden) eine moralische Pflicht zur Fürsorge gibt.
5. Wird die dolmetschende Person *spontan* hinzugezogen oder handelt es sich um ein *geplantes* Vorgehen? Spontanes Dolmetschen ist riskant, da sich Dolmetschende gar nicht oder nur unzureichend vorbereiten können. Und der (manchmal unnötig) kurzfristige Dolmetscheinsatz medizinischen Personals führt dazu, dass dessen

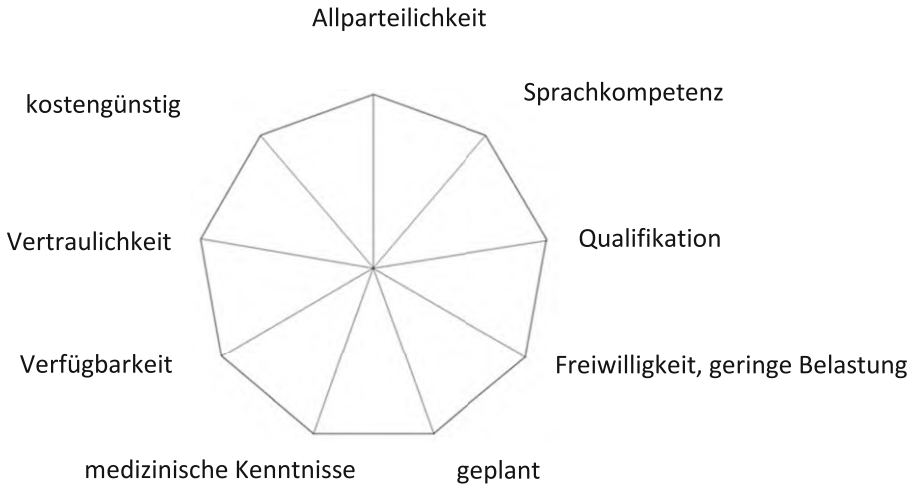


Abb. 1 Kriterienetz für den ärztlichen Abwägungsprozess vor Dolmetschereinsätzen

eigentliche Aufgaben im Krankenhaus ebenso kurzfristig von Kolleginnen und Kollegen übernommen werden müssen.

6. Verfügt die dolmetschende Person über grundlegende *medizinische Kenntnisse*? Ist sie mit den institutionellen Abläufen, den Behandlungsphasen und den je unterschiedlichen Gesprächszielen vertraut? Dieses Wissen erleichtert ihr das Verständnis der Kommunikationsinhalte und verbessert damit auch die Verdolmetschung.
7. Ist die dolmetschende Person schnell und ohne großen Aufwand *verfügbar*? Oder dauert es eine erhebliche Zeit, bis sie zum Dolmetschen kommen kann, mit möglicherweise negativen Konsequenzen für die Patientin oder den Patienten?
8. Inwieweit ist die *Vertraulichkeit* der Kommunikation durch die dolmetschende Person gewährleistet? Bei medizinischem Personal, das mit Anforderungen des Datenschutzes aus dem Klinikalltag vertraut ist, kann dies erwartet werden.
9. Entstehen durch die dolmetschende Person *Kosten*? Natürlich darf die Entscheidung über das Hinzuziehen von professionell Dolmetschenden nicht grundsätzlich von den Kosten abhängen. Unter den Bedingungen des nicht-idealen Status quo sind unter Gerechtigkeitsaspekten hohe Dolmetscherkosten aber unverhältnismäßig, wenn die Einfachheit und Übersichtlichkeit einer Situation das kostenfreie Hinzuziehen, z. B. eines mehrsprachigen Mitarbeiters, oder kostengünstige Alternativen, wie das Telefondolmetschen, rechtfertigen.

Diese neun Kriterien lassen sich als Netzgraphik darstellen, siehe Abb. 1.

Mit diesem Netz lässt sich die Eignung der dolmetschenden Person aus ethischer Perspektive bewerten: Je positiver ihre Eignung für ein bestimmtes Kriterium eingeschätzt wird, desto weiter außen kann dies mit einem Punkt auf der entsprechenden Linie markiert werden. Aus der Verbindung der neun eingetragenen Punkte ergibt sich eine Fläche. Je größer diese ist, desto besser ist die Person aus ethischer Perspektive *prima facie* für das Dolmetschen geeignet. Dies sei an zwei Beispielen für wenig belastende Gespräche illustriert.

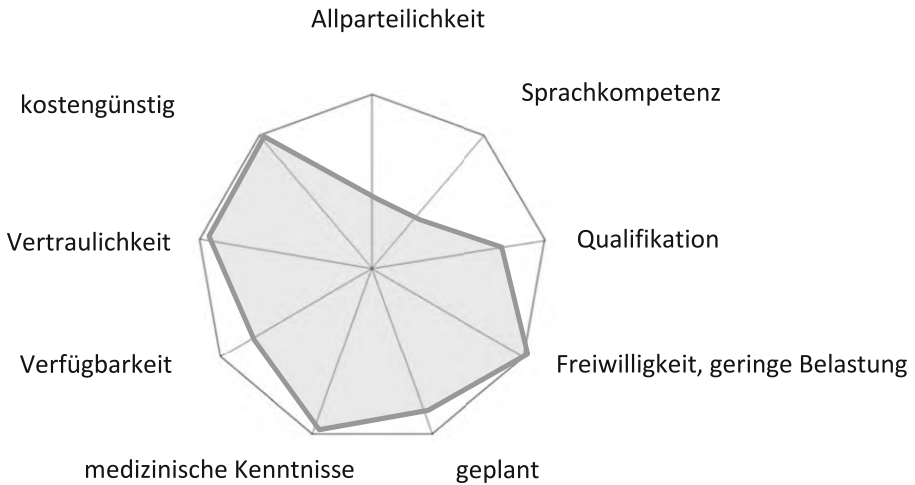


Abb. 2 Beispiel 1 im Kriterienetz

Beispiel 1 Ein zweisprachiger Assistenzarzt; freiwillig auf einer Dolmetscherliste des Krankenhauses für seine Erstsprache geführt; für Dolmetschertätigkeit einmal fortgebildet; Bildungssozialisation in seiner Zweitsprache, daher bspw. eingeschränkte Kenntnisse der medizinischen Terminologie in seiner Erstsprache; Einsatz kurzfristig, aber geplant; ist abkömmlich. Die entsprechende Eintragung in das Kriterienetz ergibt die in Abb. 2 sichtbare Eignungsfläche.

Beispiel 2 Die erwachsene Tochter eines Patienten; zweisprachig aufgewachsen; Bildungssozialisation in der Zweitsprache; Erfahrung mit Dolmetschern im familiären Rahmen; keine besonderen medizinischen Kenntnisse; gerade anwesend, übernimmt die Dolmetscherrolle freiwillig; als Angehörige grundsätzlich belastet. Hier stellt sich die Eignungsfläche dar, wie in Abb. 3 zu sehen ist.

Bei qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Gesundheitsangelegenheiten werden alle Punkte weit außen zu setzen sein, mit Ausnahme der Kostendimension. Es ergibt sich die folgende Hierarchie: Eine qualifizierte Dolmetscherin wäre dem dolmetschenden Kollegen aus Beispiel 1, dieser aber wiederum der dolmetschenden Tochter aus Beispiel 2 vorzuziehen.

Das Kriterienetz dient zur Orientierung. Es geht nicht darum festzuschreiben, wie gehandelt werden soll. Je nach Situation und *Gesprächsinhalt* können die einzelnen Kriterien unterschiedlich gewichtet werden. Auch zusätzliche Faktoren (wie z. B. genaue Kenntnis der individuellen Patientensicht) können eine Rolle spielen. Je komplexer die Situationen und je weitreichender für beide Seiten die Konsequenzen eines möglichen Missverständnisses sind, desto wichtiger ist die tatsächliche Eignung der dolmetschenden Person und desto weniger dürfen Kostenerwägungen eine Rolle spielen. Das heißt umgekehrt, dass in übersichtlichen Kommunikationssituationen auf weniger qualifizierte, aber ohne Aufwand verfügbare und kostengünstige Dolmetschende zurückgegriffen werden kann. Eine Ärztin, die einem Patienten z. B.

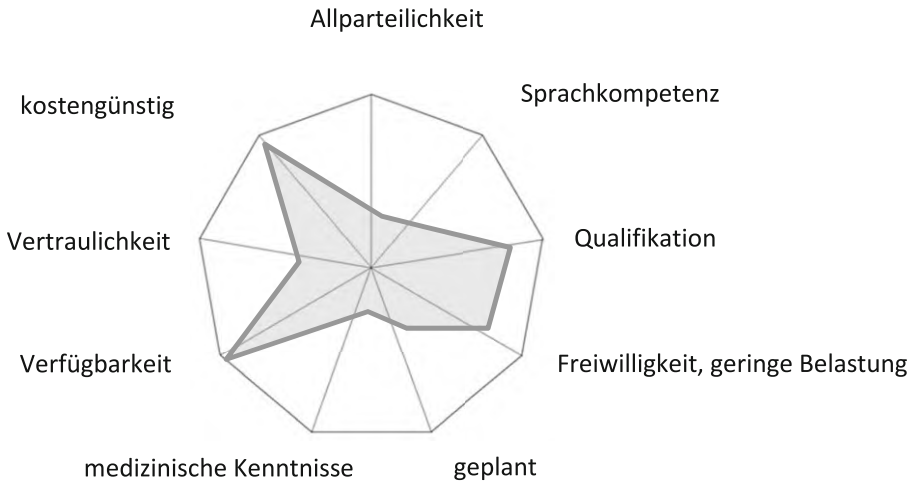


Abb. 3 Beispiel 2 im Kriterienetz

eine intravenöse Injektion in die Cubitalvene geben und diesen bitten möchte, den Arm still zu halten, kann dafür auch die am Bett stehende Tochter aus Beispiel 2 bitten zu dolmetschen. Sollte der Vater allerdings entgegen, er könne den Arm nicht still halten, weil er die Bewegungen nicht unter Kontrolle habe, so würde dies anamnestische und diagnostische Gespräche nach sich ziehen, die das Hinzuziehen eines oder einer qualifiziert Dolmetschenden ratsam erscheinen lassen.

Fazit

Wir haben ausgeführt, welche komplexen ethischen Herausforderungen sich in gedolmetschten Kommunikationssituationen für Ärztinnen und Ärzte sowie für Dolmetschende ergeben. Zudem haben wir einen Argumentationsrahmen aus relevanten Kriterien für die Strukturierung von Abwägungsprozessen unter nicht-idealen Bedingungen vorgestellt. Zum Schluss muss betont werden, dass nicht nur die hier im Artikel fokussierte Mikroebene der vor Ort Agierenden gefragt ist, denn

[e]s kann nicht die Aufgabe von einzelnen Angehörigen der Gesundheitsberufe sein, spontan nach Lösungen suchen zu müssen, wenn die Kommunikation mit dem Patienten nicht möglich ist. Es ist die Aufgabe der Führungsebene, flächendeckend alltagstaugliche Lösungen zur Überwindung von Sprach- und Kommunikationsbarrieren einzusetzen, um die Mitarbeiter- und Patientensicherheit zu gewährleisten (Kletečka-Pulker 2016, S. 213).

Krankenhäuser bzw. deren Management können durch den Aufbau geeigneter interner Strukturen ihren Beitrag mittelfristig leisten (Droste et al. 2013). Langfristig ist es aus ethischer Perspektive geboten, die strukturellen Rahmenbedingungen den als ideal identifizierten Bedingungen anzunähern – also in diesem Fall eine Finanzierung professionellen Dolmetschens sicherzustellen, die nicht zu Lasten der

Patientinnen und Patienten geht. Diese Einschätzung vertritt auch der Deutsche Ethikrat:

Aus Gründen der Gleichbehandlung und der Sicherstellung einer informierten selbstbestimmten Entscheidung sollte der Gesetzgeber die Kosten für eine notwendige professionelle Übersetzung im Kontext einer interkulturellen Behandlungssituation sowie eine Übersetzung in Gebärdensprache für gehörlose Patienten im fallbasierten Abrechnungssystem abbilden (Deutscher Ethikrat 2016, S. 135).

Dem entgegen steht das jüngste Urteil des Landessozialgerichtes Niedersachsen-Bremen vom 23.01.2018 (L 4 KR 147/14), demzufolge die Krankenkasse keine Dolmetscherkosten tragen muss. Ohne politisches Engagement sind strukturelle Veränderungen unwahrscheinlich. Sie sind jedoch dringend notwendig, um bei Sprachbarrieren der im deutschen Gesundheitssystem zu beobachtenden systematischen Benachteiligung von Patientinnen und Patienten entgegenzuwirken und die entsprechenden Konsequenzen für den ärztlichen und pflegerischen Arbeitsalltag zu verhindern. Die betroffenen Akteurinnen und Akteure (dazu zählen Ärztinnen und Ärzte, aber auch Medizinethiker und Medizinethikerinnen) dürfen über den Herausforderungen des Alltags ihre politische Verantwortung also nicht ignorieren (Young 2011). Das Bündeln von Kräften in kollektiven Strukturen mit einer entsprechenden Diskursmacht (wie Ärztekammern, NGOs, Patienten- oder Dolmetscherinitiativen) und eine systematische Öffentlichkeitsarbeit sind gefragt, um diese ethisch gebotenen Veränderungen auf Systemebene anzuschieben.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt O. Kliche ist auf Honorarbasis als Referentin in Dolmetschfortbildungen tätig. S. Agbibi, U. Altanis-Protzer, S. Eulerich, C. Klingler, G. Neitzke, T. Peters und M. Coors geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Ahamer V (2013) Unsichtbare Spracharbeit. Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch „Community Interpreting“. transcript, Bielefeld
- Angelelli C (2004) Revisiting the interpreter's role: A study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States. Benjamins, Amsterdam
- Bahadır Ş (2007) Verknüpfungen und Verschiebungen. Dolmetscherin, Dolmetschforscherin, Dolmetschausbilderin. Frank & Timme, Berlin
- Bahadır Ş (2009) Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge Ch, Zimmermann G (Hrsg) Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Nomos, Baden-Baden, S 171–185
- Bischoff A, Loutan L (2000) Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung, Pflege. http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_tropicale_et_humanitaire/mots_ouverts_deutsch.pdf. Zugegriffen: 24. Mai 2017
- Braune F (2011) Informed consent im kulturbedingten Spannungsfeld. In: Peintinger M (Hrsg) Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien, S 189–201

- Bührig K, Meyer B (2015) Ärztliche Gespräche mit MigrantInnen. In: Busch A, Spranz-Fogasy Th (Hrsg) Handbuch Sprache in der Medizin. De Gruyter, Berlin, S 300–316
- Bührig K, Kliche O, Meyer B, Pawlack B (2012) Explaining the interpreter's unease. Conflicts and contradictions in bilingual communication in clinical settings. In: Braunnüller K, Gabriel Ch, Hänel-Faulhaber B (Hrsg) Multilingual individuals and multilingual societies. Hamburg studies on multilingualism, Bd. 13. Benjamins, Amsterdam, S 407–418
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e. V. – Expertenservice (2018) Fachliste Medizin, Pharmazie und Medizintechnik. Spezialisierte Übersetzer/innen und Dolmetscher/innen für mehr als 30 Sprachen. Weiterbildungs- und Fachverlagsgesellschaft, Berlin (http://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Publikationen/BDUe_Fachliste_Medizin.pdf). Zugegriffen: 30. August 2017
- Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>. Zugegriffen: 11. Mai 2017
- Dörries A (2015) Die medizinische Indikation: Begriffsbestimmung und Rahmenbedingungen. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg) Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven – Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, S 13–23
- Droste M, Gün AK, Kiefer H, Koch E, Naimi I, Reinecke H, Wächter M, Wesselman E (2013) Das kultursensible Krankenhaus: Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Bundeskanzleramt. https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.html?view=trackDownload. Zugegriffen: 21. Juli 2017
- Flubacher P (2011) Wenn uns unsere Patienten nicht verstehen – wenn wir unsere Patienten nicht verstehen. Wechselseitiger Gewinn in der Arzt-Patienten-Kommunikation durch Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschern. Schweiz Med Forum 11(30–31):520–523
- Hick C (2007) Klinische Ethik. Springer, Heidelberg
- Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen (2015) Gründungsstatement. www.sprachmittlung-im-gesundheitswesen.de. Zugegriffen: 25. Sept. 2017
- Interpret – Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln (o.J.). Glossar zum interkulturellen Dolmetschen und Vermitteln. <http://www.inter-pret.ch/de/service/glossar-39.html#interkulturelles-dolmetschen-interkulturell-dolmetschende-3>. Zugegriffen: 27. März 2018
- Interpret – Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln (2015) Berufskodex für interkulturell Dolmetschende und Vermittelnde. http://www.inter-pret.ch/admin/data/files/editorial_asset/file/113/berufskodex_2015_dt.pdf?lm=1447338895. Zugegriffen: 16. Mai 2017
- van Keuk E, Ghaderi C (2011) Leitfaden zum Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern. In: van Keuk E, Ghaderi C, Joksimovic L, David D (Hrsg) Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart, S 266–267
- Kletečka-Pulker M (2016) Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich – Reduktion des Haftungsrisikos durch Videodolmetschen. Gesundheitsrecht 15(4):206–213. <https://doi.org/10.9785/gesr-2016-0404>
- Klingler C, Marckmann G (2016) Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. Hum Resour Health 14(1):57
- Kobylarz FA, Heath FM, Like RC (2002) The ETHNIC(S) Mnemonic: a clinical tool for ethnogeriatric education. J Am Geriatr Soc 50(9):1582–1589
- Kutalek R (2011) Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze. In: Peintinger M (Hrsg) Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien, S 23–38
- Lalouschek J (2013) Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Menz F (Hrsg) Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, Göttingen, S 353–444
- Li Sh, Pearson D, Escott S (2010) Language barriers within primary care consultations: an increasing challenge needing new solutions. Educ Prim Care 21:385–391
- Lipp V (2015) Die medizinische Indikation aus medizinrechtlicher Sicht. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg) Medizinische Indikation. Kohlhammer, Stuttgart, S 36–43
- Mansel HP (2015) BGB § 630e Aufklärungspflichten. In: Stürmer R (Hrsg) Jauernig Bürgerliches Gesetzbuch Kommentar, 16. Aufl. C. H. Beck, München
- Menz F (2013) Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: Menz F (Hrsg) Migration und medizinische Kommunikation.

- Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, Göttingen, S 311–352
- Menz F, Reisl M, Sator M (2013) Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz F (Hrsg) Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, Göttingen, S 17–32
- Meyer B, Kliche O, Pawlack B (2010) Family members as ad hoc-interpreters in hospitals: good reasons for bad practice? In: Antonini R (Hrsg) Child language brokering: trends and patterns in current research. Special Issue of MediAzioni Vol. 10 (<http://www.mediazioni.sitlec.unibo.it/index.php/no-10-special-issue-2010/166-family-interpreters-in-hospitals-good-reasons-for-bad-practice.html>). Zugriffen: 24. Mai 2017)
- Morales VF (2015) Die Kosten des Unverstandenen. Dolmetscher im Krankenhaus. Führen Wirtsch Krankenh 32(10):814–817
- Moreno G, Morales LS (2010) Hablamos juntos (together we speak): interpreters, provider communication, and satisfaction with care. J Gen Intern Med 12:1282–1288
- Morina N, Maier T, Schmid Mast M (2010) Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. Psychother Psych Med 60:104–110
- Neitzke G (2014) Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfmed 109(1):8–12
- Peintinger M (2013) Interkulturelle Kommunikation. IMAGO Hominis 20(4):277–288
- Peters T, Grützmann T, Bruchhausen W, Coors M, Jacobs F, Kaelin L, Knipper M, Kressing F, Neitzke G (2014) Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der Medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. Ethik Med 26:65–75
- Pinzker I (2015) Die Dolmetscherin als Mensch zu sehen, das muss man auch üben: Dolmetschvermittelte Personenzentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen. Masterthesis. Donau Universität, Krems
- Rauch S (2011) Soziale Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Ländern und Sprachen. In: van Keuk E, Ghaderi C, Joksimovic L, David D (Hrsg) Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart, S 261–265
- Rawls J (1999) A theory of justice. Harvard University Press, Cambridge
- Reisl M (2011) Schwierige Verständigung. Interkulturelle Gespräche auf der Kopfschmerzambulanz. In: Holzer P, Kienpointner M, Pröll J, Ratheiser U (Hrsg) An den Grenzen der Sprache. University Press, Innsbruck, S 101–128
- Sator M, Güllich E (2013) Familiendolmetschung vs. Professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. In: Menz F (Hrsg) Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, Göttingen, S 147–310
- Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML (2011) Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. BMC Health Serv Res 11:10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- Wadensjö C (1992) Interpreting as interaction. Linköping University, Linköping
- Watzlawick P, Jackson DD, Bavelas JB (2017) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, 13. Aufl. Hogrefe, Bern
- Young IM (2011) Responsibility for justice. Oxford University Press, Oxford New York